

Boletim de Serviço

Nº 215, 08 de outubro de 2018.

**Hospital
Universitário
Maria Aparecida
Pedrossian**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN**

Avenida Senador Filinto Muller, 355
Cidade Universitária Vila Ipiranga/ CEP: 79080-190 | Campo Grande-MS |
Telefone: (67) 3345-3000 | Site: www.ebserh.gov.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA
Superintendente do HUMAP

DARIO CÉSAR BRUM ARGUELLO
Gerente Administrativo

ANDRÉA DE SIQUEIRA CAMPOS LINDENBERG
Gerente de Atenção à Saúde

MARIA DE FÁTIMA MEINBERG CHEADE
Gerente de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

Superintendência.....	04
Portarias.....	06
Portaria n. 289 de 03 de outubro de 2018.....	06
Portaria n. 290 de 04 de outubro de 2018.....	07
Portaria n. 291 de 05 de outubro de 2018.....	07
Portaria n. 292 de 05 de outubro de 2018.....	08
Portaria n. 293 de 08 de outubro de 2018.....	10
Portaria n. 294 de 08 de outubro de 2018.....	12
Portaria n. 295 de 08 de outubro de 2018.....	15
Portaria n. 296 de 08 de outubro de 2018.....	17
Resolução n. 38 de 05 de outubro de 2018.....	18
Resolução n. 39 de 05 de outubro de 2018.....	21
Resolução n. 40 de 05 de outubro de 2018.....	22
Resolução n. 41 de 05 de outubro de 2018.....	23
Resolução n. 42 de 05 de outubro de 2018.....	24
Resolução n. 43 de 05 de outubro de 2018.....	25
Resolução n. 44 de 05 de outubro de 2018.....	26
Resolução n. 45 de 05 de outubro de 2018.....	27
Resolução n. 46 de 05 de outubro de 2018.....	28
Resolução n. 47 de 05 de outubro de 2018.....	29
Portaria-SEI n. 10 da Divisão de Gestão de Pessoas de 05 de outubro de 2018.....	18
Portaria-SEI n. 12 da Divisão de Gestão de Pessoas de 05 de outubro de 2018.....	18
Portaria-SEI n. 13 da Divisão de Gestão de Pessoas de 05 de outubro de 2018.....	18

SUPERINTENDÊNCIA

PORTARIA Nº 289, DE 03 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho – SEI da Gerência Administrativa/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 36/2015, referente a Pregão Eletrônico 001/2015 do processo n 23447.000079/2015-10:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Rosimeire Romero da Silva Faccio	2237841
Substituta	Alessandra Rodrigues Bonfim	2224515

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

Processo nº 23538.010657/2018-50

PORTARIA DE SUSPENSÃO – PAS

PORTARIA nº 290, de 04 de outubro de 2018.

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 136 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º Suspender, temporariamente, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão, designado pela Portaria nº 238, publicada no Boletim de Serviço nº 207, de 03 de setembro de 2018, referente ao Processo nº 23538.010657/2018-50, ante as razões apresentadas através da Cota- SEI, de 03 de outubro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a contar de 08 de outubro até 06 de novembro de 2018.

CLAÚDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 291, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Memorando - SEI nº 12/2018/SGPIT/GEP/Humap-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º Revogar a Portaria Nº 83, de 29 de março de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 116 de 03 de abril de 2017.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 292, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o Despacho – SEI da Gerência Administrativa/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 29/2018, referentes à RDC nº 01/2018 do processo n 23538.000284/2018-17:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Josué Alfredo	0432496
Substituta	Edeilson Silva Cruz	2254122

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

	NOME	SIAPE
Presidente	Diego Moraes de Oliveira	1244080
Substituto	Romualdo Orlandeli Sanches	2213306
Membro	Aline Desiderá Santo André	2341499

FISCAL ADMINISTRATIVO

	NOME	SIAPE
Titular	Maurício Laurentino do Nascimento	3070383
Substituto	Alexandre Duarte da Silva	2224520

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º Compete aos **Fiscais Técnicos** do Contrato, auxiliar o Gestor ora designado, observando se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores.
- III) Fiscalizar e monitorar a execução, de modo que sejam cumpridas integralmente todas as condições (objeto, prazos, vigência) estabelecidas nas Cláusulas Contratuais;
- IV) Comunicar à autoridade competente com a antecedência necessária, eventuais falhas, atrasos, ou fatos relevantes que possam inviabilizar o cumprimento do objeto do contrato, dos prazos estabelecidos, ou que acarretem a necessidade de prorrogação de prazos ou de vigência contratual, propondo a aplicação de penalidades ou outras sanções, quando for o caso;
- V) Diligenciar às unidades beneficiárias, quando necessário, visando certificação quanto a informações ou procedimentos que possam inviabilizar ou dificultar a execução, por parte da Contratada;
- VI) Responsabilizar-se pelo fornecimento de arquivos, materiais e informações julgadas pertinentes à execução do Contrato, na forma estabelecida no Projeto Básico/Termo de Referência;
- VII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VIII) Encaminhar à área competente, após analisado e atestado, emitindo parecer conclusivo, os documentos necessários à comprovação da aquisição e/ou execução dos serviços, rigorosamente, na forma exigida em Cláusula Contratual;
- IX) Recusar, com a devida justificativa, qualquer material ou serviço prestado fora das especificações, bem como qualquer documento ou Nota Fiscal apresentados em

desacordo com as condições estabelecidas no Edital, Projeto Básico/Termo de Referência e no Contrato;

- X) Registrar e propor toda e qualquer alteração na execução do contrato, para a autorização da autoridade demandante, após a ratificação do gestor de contrato.

Art. 4º – Compete ao Fiscal Administrativo:

- I) Acompanhar a formalização dos atos administrativos do Contrato, supervisionando sua execução orçamentária;
- II) Emitir as certidões de regularidade fiscal e trabalhista do fornecedor, antes do envio da fatura para pagamento;
- III) Verificar se a documentação de cobrança apresentada, e o devido atesto, encontra-se na forma estabelecida no contrato;
- IV) Efetuar a instrução processual para fins de pagamento, na forma convencionada no instrumento contratual;
- V) Prestar orientações técnicas à unidade demandante e à Contratada, relativas à observância das condições pactuadas, no que diz respeito aos prazos de execução, faturamento e pagamento e outros esclarecimentos que venham a ser solicitados;
- VI) Recusar, com a devida justificativa qualquer documento ou nota fiscal encaminhados pelo fiscal do contrato que se encontre em desacordo com as condições estabelecidas no contrato.
- VII) Realizar toda e qualquer ação pertinente à alteração contratual;

Art. 5º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

PORTARIA Nº 293, DE 08 DE OUTUBRO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o despacho da Unidade de Contratos/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º- Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 06/2018, referentes ao Pregão Eletrônico nº 115/2017 do processo n. 23538.001888/2016-19:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Josue Alfredo	0432496
Substituto	Alexandre Duarte da Silva	2224500

FISCAL TÉCNICO

	NOME	SIAPE
Titular	Douglas Fellipe dos Santos	2204176
Substituto	Romualdo Orlandelli Sanches	2213306

FISCAL ADMINISTRATIVO

	NOME	SIAPE
Titular	Maurício Laurentino do Nascimento	3070383
Substituta	Neiva Leticia Machado	2232340

Art. 2º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º Compete aos **Fiscais Técnicos** do Contrato, auxiliar o Gestor ora designado, observando se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores.
- III) Fiscalizar e monitorar a execução, de modo que sejam cumpridas integralmente todas as condições (objeto, prazos, vigência) estabelecidas nas Cláusulas Contratuais;
- IV) Comunicar à autoridade competente com a antecedência necessária, eventuais falhas, atrasos, ou fatos relevantes que possam inviabilizar o cumprimento do objeto do contrato, dos prazos estabelecidos, ou que acarretem a necessidade de prorrogação de prazos ou de vigência contratual, propondo a aplicação de penalidades ou outras sanções, quando for o caso;

- V) Diligenciar às unidades beneficiárias, quando necessário, visando certificação quanto a informações ou procedimentos que possam inviabilizar ou dificultar a execução, por parte da Contratada;
- VI) Responsabilizar-se pelo fornecimento de arquivos, materiais e informações julgadas pertinentes à execução do Contrato, na forma estabelecida no Projeto Básico/Termo de Referência;
- VII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VIII) Encaminhar à área competente, após analisado e atestado, emitindo parecer conclusivo, os documentos necessários à comprovação da aquisição e/ou execução dos serviços, rigorosamente, na forma exigida em Cláusula Contratual;
- IX) Recusar, com a devida justificativa, qualquer material ou serviço prestado fora das especificações, bem como qualquer documento ou Nota Fiscal apresentados em desacordo com as condições estabelecidas no Edital, Projeto Básico/Termo de Referência e no Contrato;
- X) Registrar e propor toda e qualquer alteração na execução do contrato, para a autorização da autoridade demandante, após a ratificação do gestor de contrato.

Art. 4º – Compete ao Fiscal Administrativo:

- I) Acompanhar a formalização dos atos administrativos do Contrato, supervisionando sua execução orçamentária;
- II) Emitir as certidões de regularidade fiscal e trabalhista do fornecedor, antes do envio da fatura para pagamento;
- III) Verificar se a documentação de cobrança apresentada, e o devido atesto, encontra-se na forma estabelecida no contrato;
- IV) Efetuar a instrução processual para fins de pagamento, na forma convencionada no instrumento contratual;
- V) Prestar orientações técnicas à unidade demandante e à Contratada, relativas à observância das condições pactuadas, no que diz respeito aos prazos de execução, faturamento e pagamento e outros esclarecimentos que venham a ser solicitados;
- VI) Recusar, com a devida justificativa qualquer documento ou nota fiscal encaminhados pelo fiscal do contrato que se encontre em desacordo com as condições estabelecidas no contrato.
- VII) Realizar toda e qualquer ação pertinente à alteração contratual;

Art. 5º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA.

PORTARIA Nº 294, DE 08 DE OUTUBRO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”
da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira

de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o despacho da Unidade de Contratos/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar a Portaria nº 89 de 13 de abril de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 181 de 19 de abril de 2018.

Art. 2º - Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 08/2018, referentes ao RDC 03/2017 do processo n. 23538.000016/2017-14:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Josue Alfredo	0432496
Substituto	Edeilson Silva Cruz	2254122

FISCAL TÉCNICO

	NOME	SIAPE
Titular	Diego Moraes de Oliveira	1244080
Titular	Romualdo Orlandelli Sanches	2213306
Titular	Daniel Duarte Dittmar	2249717

FISCAL ADMINISTRATIVO

	NOME	SIAPE
Titular	Maurício Laurentino do Nascimento	3070383
Substituto	Alexandre Duarte da Silva	2224500

Art. 3º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 4º Compete aos **Fiscais Técnicos** do Contrato, auxiliar o Gestor ora designado, observando se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores.
- III) Fiscalizar e monitorar a execução, de modo que sejam cumpridas integralmente todas as condições (objeto, prazos, vigência) estabelecidas nas Cláusulas Contratuais;
- IV) Comunicar à autoridade competente com a antecedência necessária, eventuais falhas, atrasos, ou fatos relevantes que possam inviabilizar o cumprimento do objeto do contrato, dos prazos estabelecidos, ou que acarretem a necessidade de prorrogação de prazos ou de vigência contratual, propondo a aplicação de penalidades ou outras sanções, quando for o caso;
- V) Diligenciar às unidades beneficiárias, quando necessário, visando certificação quanto a informações ou procedimentos que possam inviabilizar ou dificultar a execução, por parte da Contratada;
- VI) Responsabilizar-se pelo fornecimento de arquivos, materiais e informações julgadas pertinentes à execução do Contrato, na forma estabelecida no Projeto Básico/Termo de Referência;
- VII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VIII) Encaminhar à área competente, após analisado e atestado, emitindo parecer conclusivo, os documentos necessários à comprovação da aquisição e/ou execução dos serviços, rigorosamente, na forma exigida em Cláusula Contratual;
- IX) Recusar, com a devida justificativa, qualquer material ou serviço prestado fora das especificações, bem como qualquer documento ou Nota Fiscal apresentados em desacordo com as condições estabelecidas no Edital, Projeto Básico/Termo de Referência e no Contrato;
- X) Registrar e propor toda e qualquer alteração na execução do contrato, para a autorização da autoridade demandante, após a ratificação do gestor de contrato.

Art. 5º– Compete ao **Fiscal Administrativo**:

- I) Acompanhar a formalização dos atos administrativos do Contrato, supervisionando sua execução orçamentária;
- II) Emitir as certidões de regularidade fiscal e trabalhista do fornecedor, antes do envio da fatura para pagamento;
- III) Verificar se a documentação de cobrança apresentada, e o devido atesto, encontra-se na forma estabelecida no contrato;
- IV) Efetuar a instrução processual para fins de pagamento, na forma convencionada no instrumento contratual;
- V) Prestar orientações técnicas à unidade demandante e à Contratada, relativas à observância das condições pactuadas, no que diz respeito aos prazos de execução, faturamento e pagamento e outros esclarecimentos que venham a ser solicitados;

- VI) Recusar, com a devida justificativa qualquer documento ou nota fiscal encaminhados pelo fiscal do contrato que se encontre em desacordo com as condições estabelecidas no contrato.
- VII) Realizar toda e qualquer ação pertinente à alteração contratual;

Art. 6º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA.

PORTARIA Nº 295, DE 08 DE OUTUBRO DE 2018

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso de suas atribuições legais e considerando o despacho da Unidade de Contratos/HUMAP-UFMS.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar a Portaria nº 87 de 13 de abril de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 181 de 19 de abril de 2018.

Art. 2º - Designar os servidores relacionados abaixo, para acompanhamento do Contrato nº 22/2017, referentes ao Pregão Eletrônico nº 118/2016 do processo n. 23538.000626/2016-29:

GESTOR

	NOME	SIAPE
Titular	Josue Alfredo	0432496
Substituto	Edeilson Silva Cruz	2254122

FISCAL TÉCNICO

	NOME	SIAPE
Titular	Maurício Laurentino do Nascimento	3070383
Substituto	Alexandre Duarte da Silva	2224500

FISCAL ADMINISTRATIVO

	NOME	SIAPE
Titular	Neiva Leticia Machado	2275296
Substituto	Lucas Dorneles Miranda	2262352

Art. 3º Compete ao **Gestor** observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores;
- III) Coordenar e comandar o processo da execução contratual;
- IV) Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento do contrato;
- V) Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;
- VI) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VII) Ratificar toda e qualquer alteração na execução do contrato, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 4º Compete aos **Fiscais Técnicos** do Contrato, auxiliar o Gestor ora designado, observando se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

- I) Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;
- II) Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis aos contratos administrativos, em especial a Lei nº 8.666/1993, IN 02/2008 e alterações posteriores.
- III) Fiscalizar e monitorar a execução, de modo que sejam cumpridas integralmente todas as condições (objeto, prazos, vigência) estabelecidas nas Cláusulas Contratuais;
- IV) Comunicar à autoridade competente com a antecedência necessária, eventuais falhas, atrasos, ou fatos relevantes que possam inviabilizar o cumprimento do objeto do contrato, dos prazos estabelecidos, ou que acarretem a necessidade de prorrogação de prazos ou de vigência contratual, propondo a aplicação de penalidades ou outras sanções, quando for o caso;
- V) Diligenciar às unidades beneficiárias, quando necessário, visando certificação quanto a informações ou procedimentos que possam inviabilizar ou dificultar a execução, por parte da Contratada;
- VI) Responsabilizar-se pelo fornecimento de arquivos, materiais e informações julgadas pertinentes à execução do Contrato, na forma estabelecida no Projeto Básico/Termo de Referência;
- VII) Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;
- VIII) Encaminhar à área competente, após analisado e atestado, emitindo parecer conclusivo, os documentos necessários à comprovação da aquisição e/ou execução dos serviços, rigorosamente, na forma exigida em Cláusula Contratual;
- IX) Recusar, com a devida justificativa, qualquer material ou serviço prestado fora das especificações, bem como qualquer documento ou Nota Fiscal apresentados em

desacordo com as condições estabelecidas no Edital, Projeto Básico/Termo de Referência e no Contrato;

- X) Registrar e propor toda e qualquer alteração na execução do contrato, para a autorização da autoridade demandante, após a ratificação do gestor de contrato.

Art. 5º – Compete ao **Fiscal Administrativo**:

- I) Acompanhar a formalização dos atos administrativos do Contrato, supervisionando sua execução orçamentária;
- II) Emitir as certidões de regularidade fiscal e trabalhista do fornecedor, antes do envio da fatura para pagamento;
- III) Verificar se a documentação de cobrança apresentada, e o devido atesto, encontra-se na forma estabelecida no contrato;
- IV) Efetuar a instrução processual para fins de pagamento, na forma convencionada no instrumento contratual;
- V) Prestar orientações técnicas à unidade demandante e à Contratada, relativas à observância das condições pactuadas, no que diz respeito aos prazos de execução, faturamento e pagamento e outros esclarecimentos que venham a ser solicitados;
- VI) Recusar, com a devida justificativa qualquer documento ou nota fiscal encaminhados pelo fiscal do contrato que se encontre em desacordo com as condições estabelecidas no contrato.
- VII) Realizar toda e qualquer ação pertinente à alteração contratual;

Art. 6º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA.

Processo nº 23538.011265/2018-16

PORTARIA DE PRORROGAÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

PORTARIA nº 296, de 08 de outubro de 2018.

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º Prorrogar, por 30 (trinta) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão, designada pela Portaria nº 255, de 11 de setembro de 2018, publicada no

Boletim de Serviço nº 209, de 11 de setembro de 2018, referente ao Processo nº 23538.011265/2018-16, ante as razões apresentadas no Relatório SEI nº 2/2018, de 08 de outubro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a contar da data de 15 de outubro até 13 de novembro de 2018.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

RESOLUÇÃO Nº 38, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme Reunião Ordinária do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar os projetos de pesquisa abaixo relacionados:

1. Protocolo GEP **055/2018**

Título do Projeto: Atendimento urgência e emergência do paciente HIV/AIDS e seus fatores predisponentes

Pesquisador: Alex Sander Cardoso de Souza Vieira

Orientador: Elaine Cristina Fernandes Baez Sarti

Período: 09/2018 a 11/2018

2. Protocolo GEP **057/2018**

Título do Projeto: Qualidade de vida e impacto psicológico em pacientes com alopecia frontal fibrosante.

Pesquisador: Sylka Rebelato Toppan

Orientador: Aline Blanco Barbosa Reverdito

Período: 08/2018 a 09/2018

3. **Protocolo GEP 058/2018**

Título Do Projeto: Banco de leite humano: aspectos epidemiológicos das doadoras, receptores e processamento do leite humano.

Pesquisador: Delia Esmeyre

Orientador: Marcos Antônio Ferreira Júnior.

Período: 08/2018 a 12/2018

4. **Protocolo GEP 059/2018**

Título Do Projeto: Evolução clínica de pessoas vivendo com HIV/AIDS com doença citomegálica, tratados com ganciclovir em serviço de infectologia de alta complexidade em Campo Grande/MS

Pesquisador: Anne Caroline Manguiera de Almeida Bastos

Orientador: Silvia Naomi de Oliveira Uehara.

Período: 08/2018 a 12/2018

5. **Protocolo GEP 060/2018**

Título Do Projeto: Assistência ao parto baseada em evidências em um hospital escola.

Pesquisador: Eloína de Matos Fonseca Carvalho

Orientador: Sandra Luzinete Félix de Freitas.

Período: 12/2018 a 01/2019

6. **Protocolo GEP 061/2018**

Título Do Projeto: Conhecimento dos profissionais de enfermagem com relação aos médicos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto em hospitais públicos de Campo Grande.

Pesquisador: Luthyane Berriel da Silva

Orientador: Gislaine Recaldes de Abreu.

Período: 09/2018 a 09/2018

7. **Protocolo GEP 062/2018**

Título Do Projeto: Qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes no centro obstétrico.

Pesquisador: Amanda de Mello Luz

Orientador: Patrícia Mota Garcia Kawakane.

Período: 10/2018 a 10/2018

8. **Protocolo GEP 064/2018**

Título Do Projeto: Fatores associados ao sucesso ou insucesso de desmame e extubação.

Pesquisador: Pamella de Rezende Pinto

Orientador: Karla Luciana Magnani.

Período: 12/2017a 02/2019

9. **Protocolo GEP 065/2018**

Título Do Projeto: Investigação das funções motoras, cognitivas e pneumofuncionais em pacientes com esclerose múltipla.

Pesquisador: Patrícia David Charro

Orientador: Gustavo Christofolletti.

Período: 03/2018 a 03/2020

10. **Protocolo GEP 066/2018**

Título Do Projeto: Preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hanseníase: uma análise sociodemográfica e psicológica.

Pesquisador: Ana Paula Caserta Tencatt Abrita

Orientador: Rivaldo Venâncio da Cunha.

Período: 09/2018 a 02/2020

11. **Protocolo GEP 067/2018**

Título Do Projeto: Posição da parturiente e integridade perineal em partos normais assistidos por diferentes profissionais.

Pesquisador: Patrícia de Rezende Seixas

Orientador: Ana Paula de Assis Salles.

Período: 11/2018 a 02/2019

12. **Protocolo GEP 068/2018**

Título Do Projeto: epidemiologia dos pacientes portadores de fratura de calcâneo tratados em hospital de ensino federal entre 2015 a 2017.

Pesquisador: Igor Wanderley de Andrade

Orientador: Maria Helena Costa Vieira

Período: 01/12/2017 a 30/11/2018

13. **Protocolo GEP 069/2018**

Título Do Projeto: Avaliação da assistência ao parto normal em uma instituição de saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul

Pesquisador: Saniely Alexandre de Souza

Orientador: Grazielle Rocha de Rezende

Período: 01/2017 a 02/2019

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

RESOLUÇÃO Nº 39, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – SOST 001/2015 – Entrega de Atestados, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Procedimento Operacional Padrão

POP/SOST/001/2015

ENTREGA DE ATESTADOS

Versão 2.0

2018



HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Revisão	Descrição	Gestor do POP	Responsável por aprovação
27/07/2015	1.0	-	POP Entrega de Atestados	Larisse Carvalho	Patrícia Dantas
		Tarefa 01			
		Tarefa 02			
20/06/2017	1.1	Anexo 1	POP Entrega de Atestados	Larisse Carvalho	Diego Melo
		Anexo 3			
		Anexo 4			
		Tarefa 01			
		Tarefa 02			
28/06/2018	2.0	Anexo 1	POP Entrega de Atestados	Beatriz Bicudo	Danielle Bertolino
		Anexo 2			
		Anexo 3			
		Anexo 4			

Quando impresso, este documento só é válido com assinatura.

Beatriz da Costa Bicudo

Enfermeira do Trabalho - SOST

Danielle Bertolino de Macedo Vero

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

ENTREGA DE ATESTADOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

1. OBJETIVO

Padronizar as atividades relativas à entrega de atestados médicos e odontológicos no serviço de Saúde Ocupacional do HUMAP-UFMS.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO E VIGÊNCIA

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) descreve requisitos pertinentes a todos os trabalhadores empregados do HUMAP-UFMS, que necessitarem se ausentar do trabalho por motivo de saúde. Este documento passa a vigorar a partir da data estabelecida no rodapé deste documento.

3. DEFINIÇÕES

ATESTADO	Documento que contém atestação. Documento passado por pessoa qualificada afirmando a <u>veracidade</u> de um fato ou de uma situação
ATESTADO MÉDICO	Documento de fé pública, o atestado é parte integrante do atendimento – portanto é direito do paciente solicitá-lo – e tem como função básica confirmar a veracidade de um ato médico realizado.
ATESTADO ODONTOLÓGICO	É uma declaração escrita, de consequência jurídica, firmada pelo Cirurgião Dentista habilitado, sobre assunto de sua competência.

4. CONDIÇÕES GERAIS

Os documentos aceitos para abonar ausência ao trabalho devem conter no mínimo:

- Identificação do empregado;
- Identificação do Serviço de Saúde assistente;
- Identificação legível e assinatura do profissional que emitiu o documento;
- Número de registro do conselho profissional correspondente;

- e) Localidade;
- f) Data;
- g) Informar o motivo do afastamento do trabalho (respeitando-se a legislação em vigor).

É fundamental que o documento esteja íntegro em sua forma e teor, ou seja, sem qualquer tipo de adulteração.

O HUMAP remunerará o afastamento de trabalho pelo mesmo problema de saúde até o limite de 15 (quinze) dias, consecutivos ou não, num período de 60 (dias) corridos. A partir do 16º dia de afastamento, o empregado será encaminhado ao INSS.

PADRONIZAÇÃO TAREFA 01: Entrega de atestado médico ou odontológico até 3(três) dias

TAREFA 01		SE TOR
ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO <u>ATÉ 3(TRÊS) DIAS</u>		SOST
EXECUTANTE		RESPONSÁVEL
Todos os empregados HUMAP-UFMS		Não se aplica N/A
DESCRIÇÃO CRÍTICA DA TAREFA		
1	Comunicar a ausência ao trabalho a sua chefia imediata no prazo de 24 horas (email, SMS, whatsapp).	
2	Conferir se o atestado apresenta seu nome corretamente, identificação do serviço de saúde, nome legível do profissional que prestou o atendimento, juntamente com o número do registro profissional e CID (respeitando legislação vigente).	
3	O atestado deverá constar pelo menos 1 dia de afastamento, não sendo aceito declaração de comparecimento ou atestado de meio período..	
4	No prazo de até <u>72 horas após emissão do atestado</u> , o empregado deverá entregar o <u>original</u> no serviço de Saúde Ocupacional – SOST, localizado no antigo Banco de Sangue.	
5	Segundas, terças e quintas nos horários das 7:00 as 11:00, ou das 12:00 as 19:00, quartas 7:00 as 11:00, ou das 12:00 as 01:00, e as sextas no horário de 07:00 as 16:00.	
6	Deverá acompanhar o preenchimento, pelo profissional do SOST, do documento de recebimento de atestado (Anexo 1).	
7	Receber comprovante de entrega de atestado assinado pelo profissional do SOST.	

PADRONIZAÇÃO TAREFA 02: Entrega de atestado médico acima de 3(três) dias

TAREFA 02		SE TOR
HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO <u>ACIMA DE 3 (TRÊS) DIAS</u>		SOST
EXECUTANTE		RESPONSÁVEL
Todos os empregados HUMAP-UFMS		Não se aplica N/A
DESCRIÇÃO CRÍTICA DA TAREFA		
1	Comunicar a ausência ao trabalho a sua chefia imediata no prazo de 24 horas (email, SMS, whatsapp).	
2	Conferir se o atestado apresenta seu nome corretamente, identificação do serviço de saúde, nome legível do profissional que prestou o atendimento, juntamente com o número do registro profissional e CID (respeitando legislação vigente).	
3	No prazo de até <u>72 horas após emissão do atestado</u> , o empregado deverá realizar perícia médica com o médico do trabalho para homologação ou retificação do atestado.	
4	A perícia será realizada na sala do serviço de Saúde Ocupacional, localizada no antigo Banco de Sangue, nos horários das 7:00 as 19:00, segundas e quartas.	
5	Caso o empregado não possa comparecer a perícia, o representante deverá trazer um relatório do médico atendente, relatando o motivo da impossibilidade da presença.	
6	Acompanhar o preenchimento, pelo médico do trabalho, do documento de homologação ou retificação de atestado (Anexo 3).	
7	Assinar o documento de homologação ou retificação de atestado (Anexo 3), já preenchido com os dados do atestado e com as demais orientações de acordo com o caso específico (data de retorno ao trabalho, agendamento de nova avaliação, encaminhamento ao INSS).	
8	Receber comprovante de homologação ou retificação do atestado, assinado pelo médico do trabalho.	

5. PROCEDIMENTOS POSTERIORES

A equipe de Saúde Ocupacional do SOST:

- Alimentará os dados do atestado na planilha eletrônica e lançará no sistema de pessoal e financeiro usado pelo HUMAP-UFMS
- Comunicará, via correio eletrônico (email), o recebimento de atestado para a chefia imediata do empregado, informando nome, cargo e dias em que o empregado esteve/estará afastado do trabalho.
- O atestado original será arquivado no prontuário do trabalhador no setor de Saúde Ocupacional - SOST.

Em casos específicos, o médico do trabalho poderá solicitar informações ao médico assistente que atendeu o empregado do HUMAP-UFMS.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- Acompanhar a saúde do empregado dentro e fora da empresa.
- Controlar os atestados dos empregados HUMAP-UFMS.
- Prevenir períodos de maiores afastamentos, com detecção precoce de casos mais graves.
- Fazer levantamento estatísticos dos afastamentos ocorridos no HUMAP-UFMS.
- Realizar medidas de controle sobre as situações de morbimortalidade que afeta os trabalhadores do HUMAP-UFMS.
- Programar medidas de prevenção ao absenteísmo.
- Realizar, de acordo com a legislação trabalhista, exame de retorno ao trabalho, avaliando se o empregado está apto a retornar.

7. AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADES

- Atestado com rasura, ilegível, ausência de assinatura e/ou carimbo do médico atendente, ou cópia: O empregado terá um prazo de 24 horas para reapresentar o atestado ou apresentar um novo contendo todas as informações obrigatórias.
- Atestado fora do prazo (mais 72 horas após a emissão ou após as 24 horas para reapresentação, quando já apresentado): **Atestado não será aceito.**
- Atestado de meio período ou declaração de comparecimento não será aceito.
- A comunicação de não abono do atestado será encaminhada a chefia imediata e para a área de frequência e pagamento da Divisão de Gestão de Pessoas, para as devidas providências.
- Todos os casos de não conformidades serão anotados no Protocolo Adequação e Recusa de Atestados (Anexo 2), onde consta nome, matrícula e motivo do atestado ter sido recusado, bem como a data para uma possível reapresentação.
- Caso o atestado necessite de homologação médica e este for apresentando em horário que não tenha médico no HUMAP, o profissional da SOST preencherá documento específico (Anexo 4) já contendo o agendamento da data de homologação com o médico do trabalho do HUMAP.


8. REFERÊNCIAS


BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. *Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.*

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Regulamento de Pessoal.* Brasília, 2014.


BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. *Sumula nº 15 - Atestado Médico.* Brasília, 2003.

ANEXO 1 - RECEBIMENTO ATESTADOS ATÉ TRÊS DIAS


	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO ATESTADOS E DECLARAÇÕES	FOR002/2018 SOST/DivGP
Empregado (a): _____		
Recebemos o documento original, emitido em: ____/____/____, justificando o afastamento pelo período de _____ dias e confirmo que o original encontra-se arquivado no prontuário do trabalhador na SOST. O afastamento será lançado diretamente na folha de frequência do empregado.		
Data do Recebimento: _____ <i>Via do Empregado - Recortar</i>	Assinatura empregado (a) SOST com SIAPE _____	

	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO ATESTADOS E DECLARAÇÕES CHEFIA	FOR002/2018 SOST/DivGP
Empregado (a): _____		
Afastamento: _____ dias, a partir de ____/____/____ O afastamento será lançado diretamente na folha de frequência do empregado.		
Data do Recebimento: _____ <i>Via da Chefia - Recortar</i>	Assinatura empregado (a) SOST com SIAPE _____	

ANEXO 2 - PROTOCOLO ADEQUAÇÃO E RECUSA DE ATESTADOS


	PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO E RECUSA DE ATESTADOS MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS	FOR001/2018 SOST/DivGP			
FOLHA:					
DATA/ MATRÍCULA	NOME DO EMPREGADO	DATA DA EMISSÃO DO ATESTADO	MOTIVO DA RECUSA	HAVERÁ REAPRESENTAÇÃO	VISFO DO SOST
1		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	
2		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	
3		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	
4		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	
5		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	
6		//	<input type="checkbox"/> Fora do prazo. <input type="checkbox"/> Ilegível, rasurado. <input type="checkbox"/> Ausência de dados.	<input type="checkbox"/> SIM, ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO RECUSADO.	

ANEXO 3 - HOMOLOGAÇÃO OU RETIFICAÇÃO DE ATESTADO


	HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADOS	FOR003/2018 SOST/Div.GP.
Empregado (a): _____ Cargo: _____ Lotação: _____ Turno: _____		
(1) Abono o(s) documento(s) anexo(s), em sua integralidade. Emitido em: _____ * Em caso de mais de um atestado: ____/____/____		
(2) Retifico o Atestado Médico em anexo, emitido em: _____ Alinho o período de afastamento para: _____ a _____ totalizando _____ dias.		
(3) Abono o documento em anexo, emitido em _____ e retifico o Atestado médico emitido em _____ Totalizando um afastamento de _____ dias.		
O empregado(a): <input type="checkbox"/> deverá permanecer afastado(a) no período de _____ dias. A contar de ____/____/____. <input type="checkbox"/> permaneceu afastado(a) no período de _____ a _____. <input type="checkbox"/> permanecerá afastado por mais de 15 dias, sendo encaminhado(a) à perícia do INSS a partir de ____/____/____.		
Assinatura do empregado ou representante:		Assinatura e Carimbo Médico do Trabalho
Data: ____/____/____		

Deve ser preenchido junto ao atestado original.

Recortar



	COMPROVANTE DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADOS EMITIDO PELO MÉDICO DO TRABALHO	FOR003/2018 SOST/Div.GP.
Empregado (a): _____ Afastamento: _____ dias, a partir de ____/____/____. Confirmando que o original encontra-se arquivado no prontuário do trabalhador na SOST. O afastamento será lançado diretamente na folha de frequência do empregado e comunicado a chefia por email.		
Data do Recebimento: _____		Assinatura e Carimbo Médico do Trabalho

Via do Empregado ou Representante

	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO ATESTADOS E DECLARAÇÕES CHEFIA	FOR003/2018 SOST/Div.GP.
Empregado (a): _____ Afastamento: _____ dias, a partir de ____/____/____. O afastamento será lançado diretamente na folha de frequência do empregado.		
Data do Recebimento: _____		Assinatura empregado(a) SOST com SIAPE

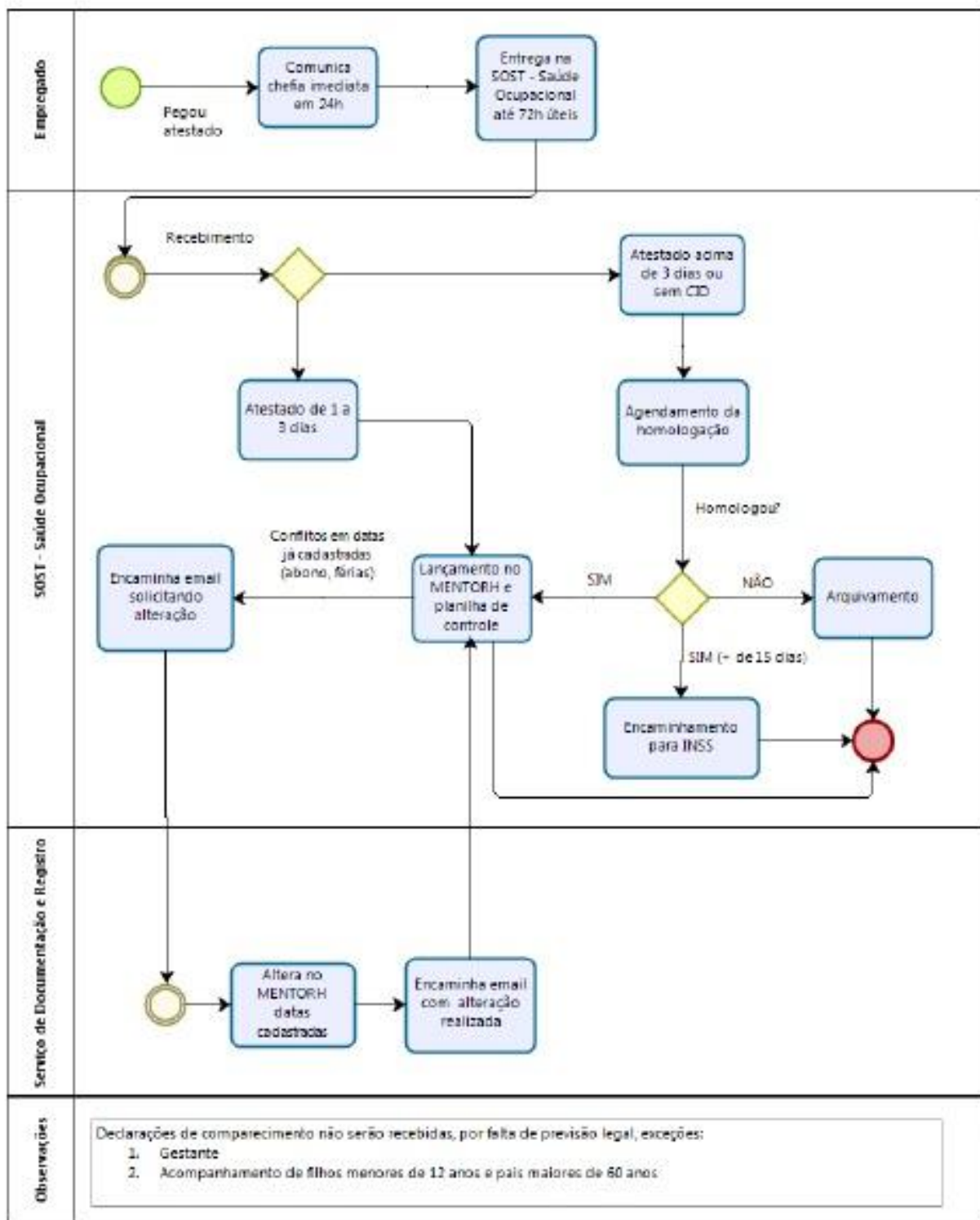
Via de Chefia

ANEXO 4 - AGENDAMENTO DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO

	AGENDAMENTO DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADOS	FOR010/2018 SOST/DivGP
<p>Empregado (a): _____ Cargo: _____ Lotação: _____ Turno: _____</p> <p>Recebemos o documento original, emitido em: ____/____/____ e confirmo que o original encontra-se arquivado no prontuário do trabalhador na SOST. (____) Atestado mais de 3 (três) dias - <u>Daniel Carvalho / Vanessa Colman</u> – Médico do Trabalho</p> <p>Agendamento Homologação: ____/____/____ Horário: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura empregado (a) SOST com SIAPE</p>		
Assinatura do empregado ou representante: _____ <i>Deve ser grapeado junto ao atestado original</i>		Data: ____/____/____
Recortar		
	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO	FOR010/2018 SOST/DivGP
<p>Empregado (a): _____ Cargo: _____ Lotação: _____ Turno: _____</p> <p>Recebemos o documento original, emitido em: ____/____/____ e confirmo que o original encontra-se arquivado no prontuário do trabalhador na SOST.</p> <p>Agendamento Homologação: ____/____/____ Horário: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura empregado (a) SOST com SIAPE</p>		
Via do Empregado ou Representante		

FLUXOGRAMA

1 ENTREGA DE ATESTADOS



RESOLUÇÃO Nº 40, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – SOST 002/2015 – Encaminhamento ao INSS, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

POP – SOST 002/2015 – Encaminhamento ao INSS



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Procedimento Operacional Padrão

POP/SOST/002/2015

ENCAMINHAMENTO AO INSS

Versão 2.0

2018



HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Revisão	Descrição	Gestor do POP	Responsável por aprovação
27/07/2015	1.0	-	Encaminhamento do empregado ao INSS para requerer auxílio-doença	Larisse Carvalho	Patrícia Dantas
21/06/2017	1.1	TAREFA ANEXO 1 ANEXO 2 ANEXO 3	Encaminhamento do empregado ao INSS para requerer auxílio-doença	Larisse Carvalho	Diego Melo
04/07/2018	2.0	TAREFA ANEXO 1 ANEXO 2	Encaminhamento do empregado ao INSS para requerer auxílio-doença	Beatriz Bicudo	Danielle Bertolino

Quando impresso, este documento só é válido com assinatura.

Beatriz da Costa Bicudo

Enfermeira do Trabalho - SOST

Danielle Bertolino de Macedo Verao

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

ENCAMINHAMENTO DO EMPREGADO AO INSS PARA REQUERER AUXÍLIO-DOENÇA

1. OBJETIVO

Padronizar as atividades relativas ao encaminhamento dos empregados do HUMAP para INSS, para requerer auxílio-doença.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO E VIGÊNCIA

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) descreve as ações pertinentes a todos os trabalhadores empregados do HUMAP-UFMS, que necessitem solicitar auxílio-doença perante o INSS, passando a vigorar a partir da data estabelecida no rodapé deste documento.

3. DEFINIÇÕES

AUXÍLIO-DOENÇA	O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o <u>período de carência</u> exigida na Lei 8213/91, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual <u>por mais de 15 (quinze) dias consecutivos</u> .
PERÍODO DE CARÊNCIA	Correspondem as contribuições mensais feitas ao INSS, enquanto trabalhador, necessárias para obter algum benefício da previdência social.
CARÊNCIA PARA REQUERER AUXÍLIO-DOENÇA	A carência no Auxílio-doença é de (12) doze contribuições mensais.

4. CONDIÇÕES GERAIS

De acordo com as definições, quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos, o segurado será encaminhado à perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

O HUMAP-UFMS remunerará o afastamento do trabalho pelo mesmo problema de saúde até o limite de 15 (quinze) dias, consecutivos ou não, num período de 60 (sessenta) dias corridos. A partir do 16º dia de afastamento, o empregado será encaminhado à Perícia Médica do INSS (Anexo 1), pelo Médico do Trabalho, para avaliação da capacidade laborativa e de direito a Benefício Previdenciário (Auxílio-doença).

Num prazo de 60 (sessenta) dias após o fim de um Benefício do INSS, independente do número de dias de atestado, o empregado que se afastar pelo mesmo motivo que o tenha levado a receber tal Benefício deverá ser reencaminhado a Perícia do INSS pelo Médico do trabalho, para pedir reabertura do mesmo Benefício.

Ao receber a orientação de encaminhamento ao INSS, o empregado ou seu representante receberá também os seus atestados originais entregues no serviço de saúde ocupacional - SOST e que motivaram o requerimento ao auxílio-doença. Será tirada Xerox dos mesmos, e carimbado com “confere com original” e assinado pelo funcionário do SOST. O empregado ou seu representante assinará um termo onde afirma estar recebendo os atestados originais, sendo de sua responsabilidade a apresentação dos mesmos na Perícia do INSS.

<i>TAREFA</i>		<i>SE TOR</i>
ENCAMINHAMENTO AO INSS PARA REQUERER AUXÍLIO-DOENÇA		SOST
<i>EXECUTANTE</i>		<i>RESPONSÁVEL</i>
Todos os empregados HUMAP-UFMS		Não se aplica N/A
<i>DESCRIÇÃO CRÍTICA DA TAREFA</i>		
1	Após homologação dos atestados pelo médico do trabalho, preenchimento do documento de homologação e retificação do atestado (Anexo 1), o empregado(a) que os atestados ultrapassarem 15 dias, será encaminhado a perícia do INSS.	
2	O empregado ou seu representante receberá do funcionário do SOST, o documento de orientação para requerimento de auxílio doença (Anexo 2), ficando uma via arquivada em seu prontuário ocupacional.	

3	O empregado deverá agendar a perícia no INSS pelo site http://www.dataprev.gov.br/servicos/auxdoe/auxdoe.htm , informando o CNPJ da empresa 15.126.437/0018-91.
4	O requerimento da perícia (Anexo 3) com o agendamento gerado pelo site deverá ser trazido pelo empregado (a) ou representante a Divisão de Gestão de Pessoas para ser carimbado e assinado por um representante da empresa.
5	O empregado deverá comparecer à agência da previdência social munido dos seguintes documentos originais: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS); Documento de identificação oficial com foto; CPF; Comprovante de residência; Requerimento do auxílio-doença; Atestados médicos, laudos, exames complementares para avaliação pelo médico perito do INSS, conforme consta no Anexo 2.
6	Após a realização da perícia, será expedido pelo INSS o Comunicado de Decisão, em que consta o deferimento ou não do pedido, bem como a data de término do benefício. O empregado ou representante deverá apresentar uma cópia a SOST – Saúde Ocupacional, ou enviá-la por email através do endereço: sostmed.humap@ebserh.gov.br
7	Caso o empregado agende uma solicitação de Prorrogação, Reconsideração ou Liberação no INSS, o mesmo deverá comunicar a SOST – Saúde Ocupacional a data e horário do agendamento.
8	Para os empregados que necessitarem de uma perícia hospitalar ou domiciliar, será necessário que familiar ou responsável pelo segurado compareça à Previdência Social portando laudo médico que ateste a impossibilidade de locomoção para solicitar a perícia desejada, devendo comunicar a SOST – Saúde Ocupacional.
9	<u>O empregado deverá realizar exame de retorno ao trabalho com médico do trabalho da EBSEH no 1º dia de trabalho após o término da licença.</u> O empregado deverá apresentar laudo médico de alta, emitido pelo seu médico assistente. O exame de retorno ao trabalho poderá ser agendado pela SOST - telefone (67)3345-3269, ou por email sostmed.humap@ebserh.gov.br .

5. PROCEDIMENTOS POSTERIORES

A equipe de Saúde Ocupacional do SOST:

- Comunicará a chefia imediata, via correio eletrônico (email), o encaminhamento do empregado ao INSS.
- Enviará email para a área de frequência e pagamento da Divisão de Gestão de Pessoas informando o nome do empregado, cargo, início do afastamento para o INSS.

A declaração original será arquivada no prontuário do trabalhador no setor de Saúde Ocupacional- SOST.

6. AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADES

- Em caso de impossibilidade de comparecimento à perícia médica o empregado deverá remarcar-la junto ao INSS, através do número 135 (Serviço de Atendimento ao Segurado, este número só pode ser acionado através de telefone fixo) ou do site <http://www2.dataprev.gov.br/prevagenda/OpcaoInicialTela.view>
 - Informar, imediatamente, Saúde Ocupacional - SOST a data e horário do novo agendamento;
- Caso haja remarcação da perícia por iniciativa do INSS, é de responsabilidade do empregado comunicar a Saúde Ocupacional - SOST.
- O HUMAP não se responsabiliza em casos de indeferimento de auxílio-doença, seja por ausência de carência ou por não enquadramento legal, visto que o ato de concessão de benefícios é privativo da perícia do INSS.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL, DataPrev. *Orientações para requerimento de auxílio-doença.*

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. *Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.*

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. *Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.*



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Instrução normativa INSS/PRES nº 11, de 20 de setembro de 2006. *Estabelece critérios a serem adotados pelas áreas de Benefícios.*

ANEXO 1 _ ABONO MÉDICO DE ATESTADOS

	HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADOS	FOR003/2018 SOST/DivGP
<p>Empregado (a): _____ Cargo: _____ Lotação: _____ Turno: _____</p> <p>(1) Abono o(s) documento(s) anexo(s), em sua integralidade. Emitido em: _____ *Em caso de mais de um atestado: ____/____/____</p> <p>(2) Retifico o Atestado Médico em anexo, emitido em : _____ Alinho o período de afastamento para: _____ a _____, totalizando _____ dias.</p> <p>(3) Abono o documento em anexo, emitido em _____ e retifico o Atestado médico emitido em _____. Totalizando um afastamento de _____ dias.</p> <p>O empregado (a): () deverá permanecer afastado(a) no período de _____ dias. A contar de _____. () permaneceu afastado(a) no período de _____ a _____. () permanecerá afastado por mais de 15 dias, sendo encaminhado(a) à perícia do INSS a partir de _____.</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura e Carimbo Médico do Trabalho</p>		
Assinatura do empregado ou representante:	Data: / /	

Deve ser grampeado junto ao atestado original

ANEXO 2_ ORIENTAÇÕES PARA REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA

 	ORIENTAÇÕES PARA O REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA INSS	FOR006/2018 SOST/DivGP
---	---	---------------------------

Empregado: _____ Matricula: _____


1. O empregado irá agendar a perícia do INSS pelo site https://www2.dataprev.gov.br/sabiweb/azendamento/inicio.view#sabiweb , informando o CNPJ da empresa 15.126.437/0018-91
2. O empregado ou representante deverá trazer o requerimento de perícia constando a data do agendamento para ser assinado e carimbado pelo representante da empresa na Divisão de Gestão de Pessoas/ HUMAP-UFMS
3. Comparecer à agência da previdência social munido dos seguintes documentos originais: <ul style="list-style-type: none"> • Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS); • Documento de identificação oficial com foto; • CPF; • Comprovante de residência; • Requerimento do auxílio-doença; • Atestados médicos, laudos, exames complementares para avaliação pelo médico perito do INSS.
4. Após a realização da perícia, será expedido pelo INSS o Comunicado de Decisão, em que consta o deferimento ou não do pedido, bem como a data de término do benefício. O empregado ou representante deverá apresentar uma cópia a Saúde Ocupacional - SOST, ou enviá-la por email através do endereço: sostmed.humap@ebserh.gov.br
5. Em caso de impossibilidade de comparecimento a perícia médica o empregado deverá remarca-la junto ao INSS, através do número 135 (Serviço de Atendimento ao Segurado, este número só pode ser acionado através de telefone fixo) ou do site www.inss.gov.br . Informar, imediatamente, Saúde Ocupacional - SOST a data e horário do novo agendamento;
6. Caso haja remarcação da perícia por iniciativa do INSS, e de responsabilidade do empregado comunicar a Saúde Ocupacional - SOST.
7. Caso o empregado agende uma solicitação de Prorrogação ou Reconsideração no INSS, o mesmo deverá comunicar a Saúde Ocupacional - SOST a data e horário do agendamento.
8. Para os empregados que necessitarem de uma perícia hospitalar ou domiciliar, será necessário que familiar ou responsável pelo segurado compareça à Previdência Social portando laudo médico que ateste a impossibilidade de locomoção para solicitar a perícia desejada, devendo comunicar a Saúde Ocupacional - SOST.
9. O empregado deverá realizar exame de retorno ao trabalho com médico do trabalho da EBSERH no 1º dia de trabalho após o término da licença. O empregado deverá apresentar laudo médico de alta, emitido pelo seu médico assistente. O exame de retorno ao trabalho poderá ser agendado pela SOST - telefone (67)3345-3269, e também por email sostmed.humap@ebserh.gov.br
10. O descumprimento das orientações acima implicará negativamente no registro da frequência do empregado.

Declaro estar ciente das informações apresentadas neste documento e declaro que recebi meus atestados médicos originais arquivados no serviço de Saúde Ocupacional - SOST.

_____, Campo Grande, ____/____/____
(Assinatura legível do empregado ou representante)

1ª via: empresa, 2ª via: empregado

ANEXO 3_ REQUERIMENTO DE PERÍCIA INSS

 **PREVIDÊNCIA SOCIAL**
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

NOME: DATA NASCIMENTO: NACIONALIDADE:

RUA/AV.: Nº:

COMPLEMENTO: BAIRRO:

CIDADE: ESTADO: CEP:

SEXO: MASC. FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série):

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CASADO VIÚVO DESQ/IV

TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL? SIM. NÃO

ASSINATURA: _____

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR: _____

ENDEREÇO: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA: Nº CNPJ:

RUA/AV.: Nº:

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO:

CIDADE: ESTADO: CEP:

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO: CID:

AFASTADO POR: DOENÇA ACIDENTE DO TRABALHO FÉRIAS

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA		DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA	
PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.	PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LOCALIDADE: DATA:

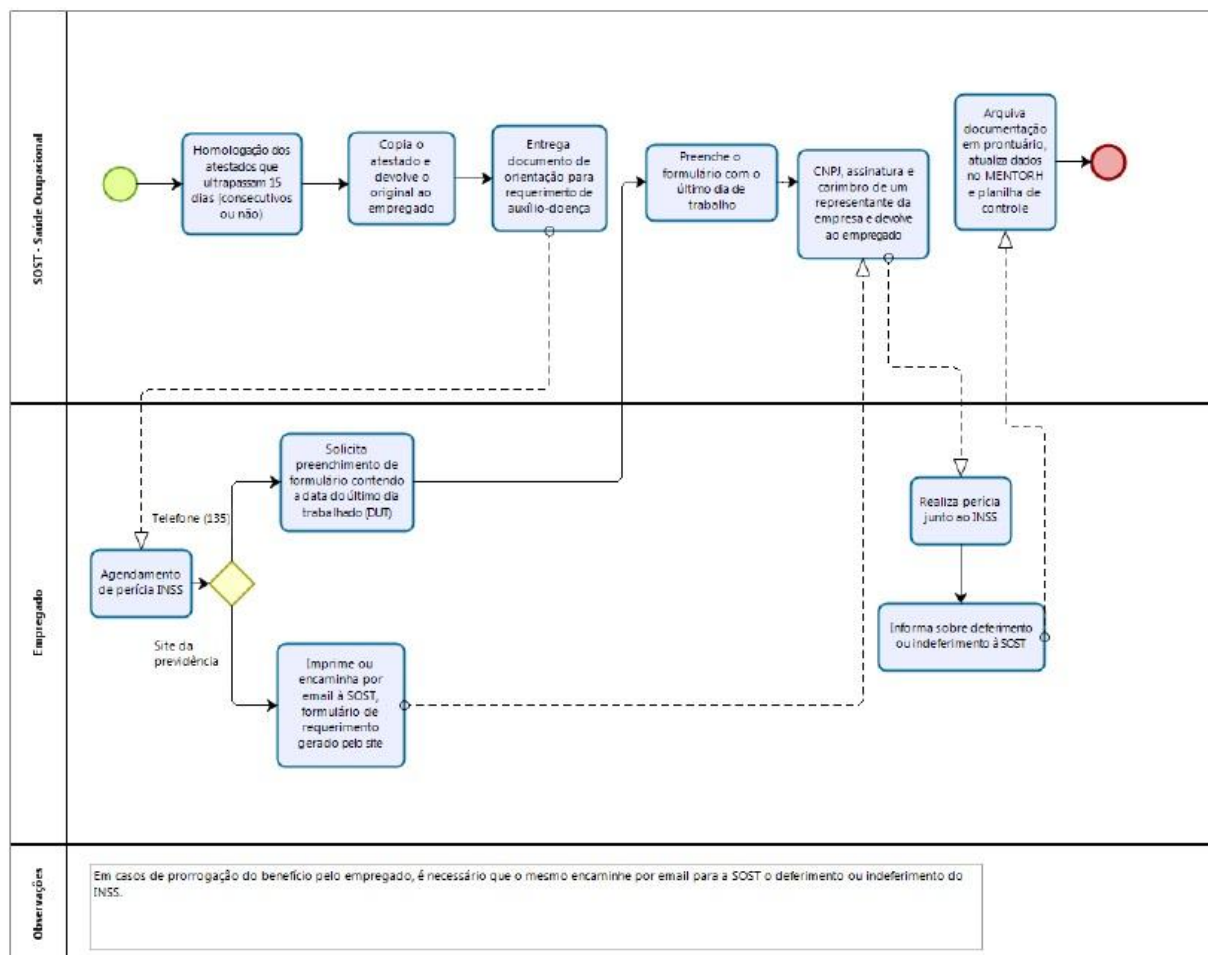
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CNPJ DA EMPRESA

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 3 - No mês do afastamento do trabalho, a empresa efetuará o pagamento integral do Salário-Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

FLUXOGRAMA

1 ENCAMINHAMENTO AO INSS



RESOLUÇÃO Nº 41, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – SOST 003/2015 – Requerimento de Licença Maternidade, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

POP – SOST 003/2015 – Requerimento de Licença Maternidade



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Procedimento Operacional Padrão

POP/SOST/003/2015

**REQUERIMENTO DE
LICENÇA MATERNIDADE**

Versão 2.0

2018



HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Revisão	Descrição	Gestor do POP	Responsável por aprovação
27/07/2015	1.0	-	Requerimento de Licença Maternidade	Larisse Carvalho	Patrícia Dantas
21/06/2017	1.1	Tarefa Anexo 1	Requerimento de Licença Maternidade	Larisse Carvalho	Diego Melo
28/06/2018	2.0	Tarefa Anexo 1	Requerimento de Licença Maternidade	Beatriz Bicudo	Danielle Bertolino

Quando impresso, este documento só é válido com assinatura.

Beatriz da Costa Bicudo

Enfermeira do Trabalho - SOST

Danielle Bertolino de Macedo Verao

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE

1. OBJETIVO

Padronizar as atividades relativas à requisição de licença maternidade no serviço de Saúde Ocupacional do HUMAP-UFMS.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO E VIGÊNCIA

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) descreve requisitos pertinentes a todas as empregadas gestantes do HUMAP-UFMS, passando a vigorar a partir da data estabelecida no rodapé deste documento.

3. DEFINIÇÕES

Licença maternidade (ou licença-gestante) é benefício de caráter previdenciário, introduzido pela CF de 1998 (art.7º, XVIII), que consiste em conceder, à mulher que deu à luz e a mulher adotante uma licença remunerada de 120 dias.

O regulamento de pessoal da EBSERH garante a empregada uma licença maternidade e licença adotante de 180 dias, com início da contagem a partir do primeiro dia de afastamento. A empregada, mediante atestado médico, deve notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto (se o atestado estiver relacionado à gestação) e ocorrência deste.

Para a licença adotante, a data do início da licença será sempre contada a partir da data de adoção ou obtenção da guarda judicial.

Em caso de natimorto, a mulher parturiente terá direito a licença remunerada de 120 dias. E em casos de aborto não criminoso, comprovado por meio de atestado médico, a mulher terá direito ao repouso remunerado pelo período de 14 dias.

O INSS diferencia essas duas situações pelas semanas de gestação, onde se considera parto o evento ocorrido a partir da 23ª semana (6º mês) de gestação, inclusive em caso de natimorto. (IN INSS/PR nº 11, de 20 de setembro de 2006, artigo 236, parágrafo 2º).

No caso de antecipação ou prorrogação da LM, que deve ser motivada por pedido médico escrito (atestado), uma avaliação da Medicina do trabalho da HUMAP-UFMS deve ocorrer. É necessária a apresentação de cópia do cartão de pré-natal juntamente ao pedido médico de antecipação da LM.

No caso de prorrogação do período de repouso após o parto (LM), o máximo previsto é de 2 semanas (14 dias).

<i>T A R E F A</i>		<i>S E T O R</i>
REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE		SOST
<i>E X E C U T A N T E</i>		<i>R E S P O N S Á V E L</i>
Empregadas gestantes do HUMAP-UFMS		Não se aplica
<i>D E S C R I Ç Ã O C R Í T I C A D A T A R E F A</i>		
1	Comunicar a chefia imediata que irá requerer licença maternidade.	
2	<u>Licença maternidade antes do parto:</u> Comparecer no setor de Saúde Ocupacional – SOST, a partir do 28º dia antes da data provável do parto, com o atestado de licença maternidade, emitido pelo seu médico, constando seu nome, a indicação de licença maternidade, a data provável do parto e identificação e número de registro do médico atendente.	
3	<u>Licença maternidade depois do parto:</u> Representante da empregada deverá se encaminhar ao SOST munido de <u>documento original e uma cópia</u> , da declaração de nascido vivo ou certidão de nascimento da criança, ou cópia autenticada em cartório.	
4	<u>Licença Adotante:</u> Empregada ou seu representante deverá se encaminhar ao SOST munido do termo de guarda judicial ou termo de adoção, nos dois casos, munida de <u>original e uma cópia</u> .	
5	Comparecer ao serviço de saúde ocupacional – SOST, localizado no antigo Banco de Sangue. Nos horários das 7:00 as 11:00, ou das 12:00 as 16:00, de segunda a sexta.	
6	Acompanhar o preenchimento, pelo profissional do SOST, do documento de recebimento de licença maternidade (Anexo 1).	
7	Assinar o documento de recebimento (Anexo 1), já preenchido com os dados do atestado ou com os dados da certidão de nascimento, constando a data de retorno ao trabalho.	
8	Receber comprovante de entrega de licença maternidade assinado pelo profissional do SOST.	
9	Receber orientações sobre o exame de retorno ao trabalho a ser realizado no fim do período de licença, só podendo voltar a desempenhar função após a emissão do atestado de saúde ocupacional.	

4. PROCEDIMENTOS POSTERIORES

A equipe de Saúde Ocupacional do SOST:

- Alimentará os dados do atestado na planilha eletrônica e lançará os dados no sistema de pessoal e financeiro usado pelo HUMAP.
- Comunicará, via correio eletrônico (email), o afastamento para a chefia imediata da empregada, com matrícula, cargo e dias em que a empregada permanecerá de licença.
- A documentação original entregue pela empregada será arquivada em seu prontuário no setor de Saúde Ocupacional- SOST.
- Em casos específicos, o médico do trabalho poderá solicitar informações ao médico assistente que atendeu a empregada do HUMAP-UFMS.

5. RESULTADOS ESPERADOS

- Acompanhar a saúde da empregada gestante dentro e fora da empresa.
- Fazer orientação à chefia imediata da empregada nos casos em que seja necessária mudança de função.
- Fazer levantamento estatísticos das licenças maternidade ocorridas no HUMAP-UFMS.
- Realizar, de acordo com a legislação trabalhista, exame de retorno ao trabalho, avaliando se a empregada está apta a retornar.

6. AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADES

- Atestado com rasura, ilegível, ausência de assinatura e/ou carimbo do médico atendente, ou cópia:
 - A empregada terá um prazo de 24 horas para rerepresentar o atestado ou apresentar um novo contendo todas as informações obrigatórias.
- Em casos específicos, a empregada poderá enviar a documentação (atestado e certidão da criança) via correios, tendo que os documentos serem autenticados em cartório. Neste caso, a empregada deverá se comunicar previamente com o serviço de Saúde Ocupacional informando que enviará a documentação. Sendo responsabilidade da empregada confirmar se houve recebimento.

O HUMAP não se responsabiliza por documentos extraviados pelos correios.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988




BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. *Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências*.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. *Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho*.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Regulamento de Pessoal*. Brasília, 2014.

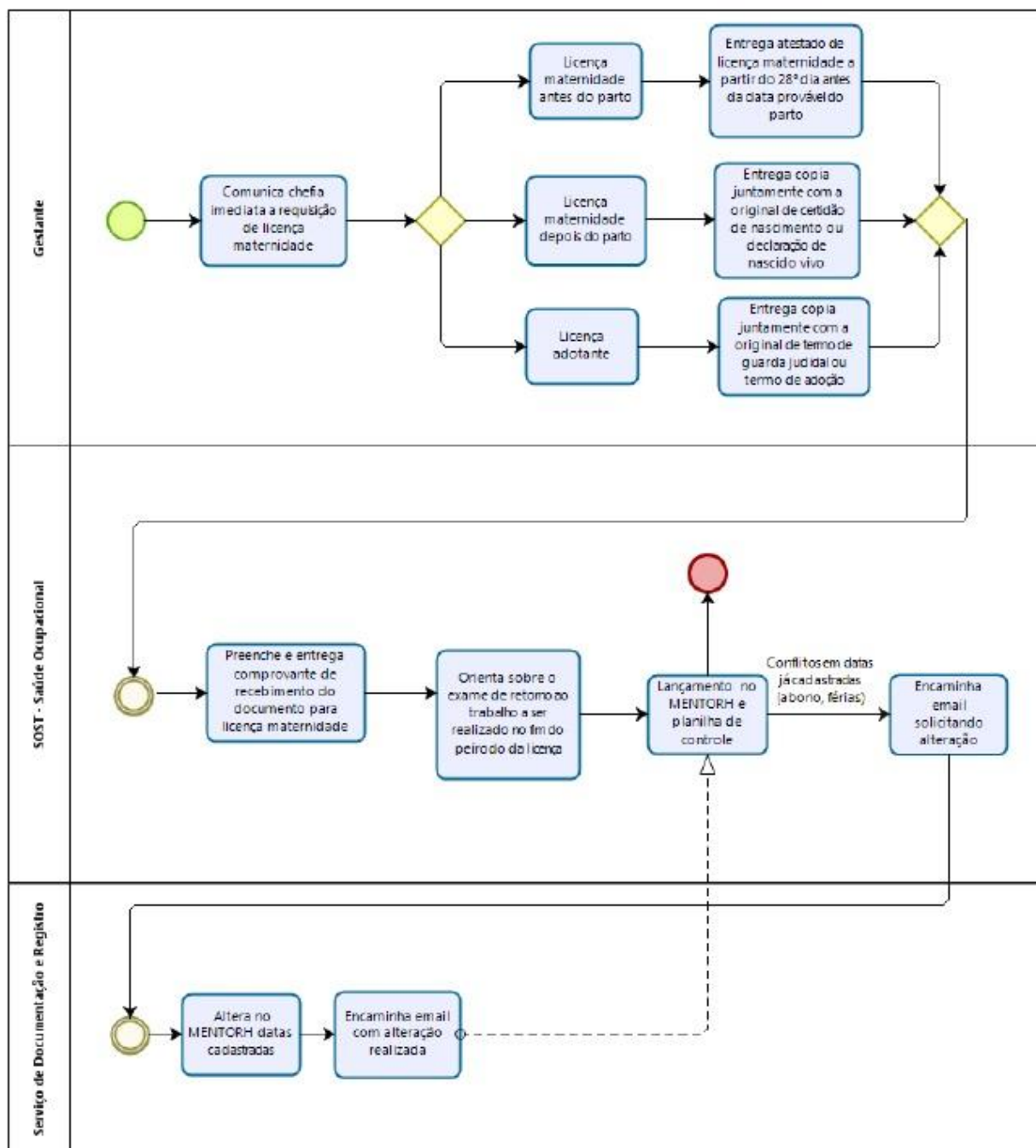
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Instrução normativa INSS/PRES nº 11, de 20 de setembro de 2006. *Estabelece critérios a serem adotados pelas áreas de Benefícios*.

ANEXO 1 _ REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE

		LICENÇA MATERNIDADE	FOR005/2018 SOST/DivGP
Empregada: _____ Cargo: _____ Lotação: _____			
Recebi: <i>(mais de uma alternativa marcada invalida o documento)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Atestado médico emitido em ____/____/____. Devendo a empregada ser afastada de suas atividades por ____ dias, a partir de ____/____/____. Data Provável do parto: ____/____/____. (a partir do 28º dia antes da data provável do parto)			
<input checked="" type="checkbox"/> Cópia da Certidão de Nascimento da Criança que confere com original. Devendo a empregada ser afastada de suas atividades por 180 dias, a partir de ____/____/____ (data de nascimento da criança).			
<input checked="" type="checkbox"/> Empregada foi admitida em gozo de licença maternidade. Data de nascimento da criança ____/____/____. Data início de licença maternidade pelo HUMAP ____/____/____.			
Data: ____/____/____			
Assinatura empregado(a) SOST com SIAPE			
Assinatura empregada ou representante: _____			
<i>Deve ser graneado junto a cópia da Certidão de Nascimento da Criança ou Atestado de Licença Maternidade</i>			
<i>Recortar</i>			
		COMPROVANTE PARA LICENÇA MATERNIDADE	FOR005/2018 SOST/DivGP
Empregado(a): _____			
Recebemos o documento original, emitido em: ____/____/____, devendo a empregada permanecer de licença maternidade até o dia ____/____/____. (Empregada deverá entrar em contato 10 dias antes para agendar retorno). Confirmando que a documentação comprobatória encontra-se arquivado no prontuário do trabalhador na SOST. O afastamento será lançado diretamente na folha de frequência do empregado e comunicado a chefia por email.			
Data do Recebimento: _____			
Assinatura empregado(a) SOST com SIAPE			
OBS: A empregada, ao fim da licença, só voltará as suas atividades após a realização do exame de retorno ao trabalho realizado pelo médico do trabalho, com emissão do atestado de saúde ocupacional- ASO. Contatos: (67) 3345-3269, email: sost.humap@ebserh.gov.br			

FLUXOGRAMA

1 LICENÇA MATERNIDADE



RESOLUÇÃO Nº 42, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o POP – SOST 008/2015 – Controle de Imunização dos Empregados, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

POP – SOST 008/2015 – Controle de Imunização dos Empregados



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Procedimento Operacional Padrão

POP/SOST/008/2018

**CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO
DOS EMPREGADOS**

Versão 1.0

2018



HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Revisão	Descrição	Gestor do POP	Responsável por aprovação
26/06/2018	1.0	-	POP Controle de imunização dos empregados	Beatriz Bicudo	Danielle Bertolino

Quando impresso, este documento só é válido com assinatura.

Beatriz da Costa Bicudo

Enfermeira do Trabalho - SOST

Danielle Bertolino de Macedo Vero

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO DOS EMPREGADOS

1. OBJETIVO

Realizar o controle da eficácia da vacinação dos empregados expostos a agentes biológicos, com a finalidade de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Na SOST do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian que tem administração da EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Da Empregadora:

- 3.1.1. Aprovar e garantir a implementação do POP, bem como zelar pela sua eficácia;
- 3.1.2. Garantir recursos para sua execução, sem onerar o empregado em nenhum procedimento;
- 3.1.3. A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO;
- 3.1.4. Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar expostos em seu local de trabalho, o empregador, após avaliação do médico do trabalho, deve fornecê-las gratuitamente;
- 3.1.5. O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço;
- 3.1.6. A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde;

- 3.1.7. O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho (Anexo III);
- 3.1.8. A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07;
- 3.1.9. Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

3.2. Do Médico Examinador:

- 3.2.1. Examinar o empregado e registrar em prontuário próprio a avaliação realizada;
- 3.2.2. Solicitar exames sorológicos para detectar imunidade do empregado;
- 3.2.3. Acompanhar o caso até o seu desfecho.

3.3. Da Enfermagem do Trabalho:

- 3.3.1. Solicitar aos empregados à apresentação da carteira de vacinação atualizada sempre que solicitado;
- 3.3.2. Examinar, avaliar e arquivar cópia da carteira de vacinação em prontuário individual do trabalhador;
- 3.3.3. Verificar se o trabalhador possui imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO;
- 3.3.4. Fazer controle e rastreamento dos profissionais com Anti-Hbs não reagente;
- 3.3.5. Fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço;
- 3.3.6. Fazer controle da imunização em planilha de Microsoft Excel de todos os colaboradores (Anexo I);
- 3.3.7. Dar apoio às campanhas de vacinação.

3.4. Dos Empregados:

- 3.4.1. Colaborar com a execução do POP, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada de procedimentos;
- 3.4.2. Apresentar carteira de vacinação atualizada e deixar cópia com a Saúde Ocupacional;
- 3.4.3. Submeter-se aos exames e encaminhamentos solicitados;

3.4.4. Retornar à SOST com a carteira de vacinação atualizada.

4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

I – Informar aos trabalhadores as vantagens e efeitos colaterais das vacinas, por meio de informes, memorandos, palestras e em consultas individuais;

II – Solicitar carteira de vacinação de todos os trabalhadores, através de convocações por chamadas, verificando a devida atualização da imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO;

III – Arquivar cópia da carteira de vacinação no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07;

IV – Alimentar planilha de Excel com controle de todos os empregados e vacinas atualizadas (Anexo I);

V – Verificar a eficácia da imunização para hepatite B, através do exame Anti-HBs;

VI – Encaminhar ao setor de vacinação os colaboradores com resultado do exame não reagente para hepatite B (Anexo II);

VII – Encaminhar ao setor de vacinação os casos com indicação de reforço de imunização, de acordo com os protocolos e manuais do Ministério da Saúde, bem como os casos com necessidade de vacinas especiais (Anexo II);

VIII - Metodologia e procedimentos de avaliação dos agentes nocivos de acordo com os setores de trabalho;

IX - Descrição das medidas de controle existentes;

X – Articular com a Sala de Vacina e providenciar, sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos;

XI- Informar aos colaboradores a necessidade de encaminhar comprovante da dose de vacina aplicada ou carteira de vacina atualizada para SOST em até uma semana após aplicação.

XI – Dar apoio às campanhas de vacinação no HUMAP.

5. FREQUÊNCIA DE ATUALIZAÇÃO

O controle de imunização deve ser revisto, sempre que ocorrer qualquer alteração no perfil epidemiológico dos trabalhadores ou no ambiente de trabalho. Considera-se alteração no perfil epidemiológico ou no ambiente de trabalho:

- I – Surtos de doenças imunopreveníveis;
- II – Aumento do número de profissionais com diagnóstico de doenças imunopreveníveis;
- III - Adoção ou alteração de tecnologia de proteção coletiva;
- IV – Descoberta de vacinas novas para doenças imunopreveníveis;
- V - Sempre que houver atualização nos protocolos de Imunização do Ministério da Saúde.

6. SERVIÇOS

Serviços Internos

- Saúde Ocupacional – RAMAL – 3269;
- Sala de Vacina – 3345-7497

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e programas. Vacinação. Calendário Nacional de Vacinação 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao> Acesso em: 28 de Jun. 2018.

8. ANEXO I


Controle Básico de Vacinação SOST - SAÚDE OCUPACIONAL

No Prazo	Atenção	Hoje	Passou	Não tomou
Dentro do Prazo	7 Dias a vencer	Vence hoje	Vencida	Não tomou


Hoje **terça-feira, 17 de julho de 2018**

Nome	Cargo	Lotação	10 anos		0 anos		10 anos		1 ano		0 anos		AÇÃO	Número
			1ª dose	2ª dose	3ª Dose	SOROLOGIA	FEBRE AMARELA	DUPLA ADULTO	INFLUENZA	TRÍPLICE VIRAL				
			HEPATITE B											
			1ª dose	2ª dose	3ª Dose	SOROLOGIA	AÇÃO	Data	Data	Próxima	Data	Próxima	Data	Data
Danielle Neris Ferreira	ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL		04/04/2003	20/05/2003	30/10/2003	8,14	REFAZER	22/04/2010	19/02/2014	19/02/2024	10/04/2017	10/04/2018	15/04/2018	1
Silvia Yasumoto	TECNICO EM ENFERMAGEM		05/02/2017	08/03/2017	05/08/2017	2	REFAZER	10/10/2017	21/07/2008	21/07/2018	20/05/2018	20/05/2019		2
Índira Jardim De Araújo	ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL		04/11/2009	04/01/2010	11/04/2010	1000	OK	04/01/2010	04/10/2009	04/10/2019	20/07/2017	20/07/2018	15/04/2010	3
CAMILLA DE SOUSA VIANA	ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL	ENFERMARIA DE PEDIATRIA	26/01/2017	26/02/2017	26/07/2017	10	OK	26/01/2017	26/01/2017	26/01/2027	10/07/2018	10/07/2019		4
ELIANE APARECIDA DOS SANTOS	TECNICO EM ENFERMAGEM	CTI ADULTO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5
EMERSON BONIFACIO CUSTODIO	ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL	PAM	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6
FERNANDA DA SILVA	ENFERMEIRO - ASSISTENCIAL	PAM	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7

9. ANEXO II

		ATUALIZAÇÃO VACINAL		FOR019/2018 SOST/DivGP
Empregado:		Cargo:		
Constam pendentes as vacinas:	<input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> 1º () 2º () 3º	<input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> 1º () Ref	<input type="checkbox"/> Outros	
<p>Solicitamos que compareça para ser imunizado na Sala de Vacina: Localização: clínica escola localizada atrás do Bloco 12 (HUMAP) Horário de atendimento: 7h às 11 h e das 13h às 17h</p> <p>As vacinas são gratuitas. Pedimos que após isso, traga o comprovante ou a carteira de vacinação atualizada até a SOST, ou envie por email sostmed.humap@ebserh.gov.br</p> <p>Caso prefira, poderá realizar a vacinação em algum posto de saúde próximo a sua residência.</p> <p style="text-align: center;">Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP-UFMS Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH</p>				

Via do Empregado

		ATUALIZAÇÃO VACINAL		FOR019/2018 SOST/DivGP
Empregado:		Cargo:		
Constam pendentes as vacinas:	<input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> 1º () 2º () 3º	<input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> 1º () Ref	<input type="checkbox"/> Outros	
<p>Solicitamos que compareça para ser imunizado na Sala de Vacina: Localização: clínica escola localizada atrás do Bloco 12 (HUMAP) Horário de atendimento: 7h às 11 h e das 13h às 17h</p> <p>As vacinas são gratuitas. Pedimos que após isso, traga o comprovante ou a carteira de vacinação atualizada até a SOST, ou envie por email sostmed.humap@ebserh.gov.br</p> <p>Caso prefira, poderá realizar a vacinação em algum posto de saúde próximo a sua residência.</p>				
Assinatura do empregado			Data:	

Via da SOST (arquivado no prontuário do empregado)

10. ANEXO III

	TERMO DE CIÊNCIA SOBRE IMUNIZAÇÃO	For007-2018
		SOST/DivGP
		HUMAP

Em atendimento à NR32 da Portaria 3.214/78, conforme item abaixo:

32.2.4.17 Da Vacinação dos Trabalhadores

32.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra **tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.**

32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.

32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.

32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.

32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento/comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

Declaro que recebi todas as informações sobre as vantagens e os efeitos adversos da aplicação da vacina, assim como das desvantagens de não recebê-la (as):

E, não concordo com a aplicação da mesma,

Dupla Adulto e/ou Hepatite B e/ou Outros _____

Motivo: _____ (Não Obrigatório)

NOME DO(A) EMPREGADO(A)

MATRICULA: _____

RG: _____

Campo Grande, ____ de _____ de 2018

Cronograma de controle de imunização 2018

Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Solicitação das carteiras de vacinas atualizadas									X			
Análise e verificação das carteiras de vacinas em atraso										X	X	X
Vacinação dT (difteria e tétano)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação hepatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Controle de imunização hepatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Campanha de vacinação H1N1				X								

Cronograma de controle de imunização 2019

Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Análise e verificação das carteiras de vacinas em atraso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação dT (difteria e tétano)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacinação hepatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Controle de imunização hepatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Campanha de vacinação H1N1				X	X							

RESOLUÇÃO Nº 43, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Manual de Execução da Despesa, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Revogar a Portaria nº 207, de 14 de outubro de 2016, publicada no Boletim de Serviço nº 94, de 17 de outubro de 2016.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

MANUAL DE EXECUÇÃO DA DESPESA

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

MANUAL DE EXECUÇÃO DA DESPESA

O Colegiado Executivo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-UFMS/Ebserh, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 62 do Regimento Interno, Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 maio de 2016, e considerando:

- A necessidade de normatização dos procedimentos administrativos referentes ao envio dos documentos fiscais para liquidação e pagamento, padronizando os fluxos processuais;
- A necessidade de aplicação da Macrofunção do SIAFI nº 021140 – Reconhecimento de Passivos.
- A necessidade da aplicação do art. Art. 117, na Lei Municipal nº 59, de 02, de Outubro de 2003.
- A implantação do sistema SEI, resolve:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I

Do escopo e das definições

Art. 1º Este ato estabelece normas regulamentares sobre o procedimento administrativo, no âmbito do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian-UFMS/Ebserh, referentes à execução da despesa.

Seção II

DO PEDIDO E REALIZAÇÃO DO EMPENHO

Art. 2º. Os pedidos de empenhos serão realizados pelas áreas demandantes/gestores, em período anterior a execução da despesa e/ou entrega dos materiais e encaminhados à Divisão Administrativa Financeira, com antecedência mínima de 7 dias em relação ao início da execução do serviço e/ou envio ao fornecedor no caso do material de consumo.

Art. 3º. Os pedidos de empenho serão realizados através de memorando (MODELO ANEXO III), por meio do Sistema Eletrônico de Informações - SEI, tipo de processo “Gestão de recursos

financeiros e orçamentários” relacionado ao processo licitatório original, obedecendo o fluxo anexo.

Parágrafo Único: No memorando, de pedido de empenho, deverá constar obrigatoriamente as seguintes informações:

- I- Número do Processo;
- II- Número e Modalidade da Licitação;
- III- Número e respectivas vigências das atas, dos contratos, e das adesões (seja como UASG participante ou não participante);
- IV- Vigência da ata/contrato;
- V- Unidade Demandante/ Unidade Gerenciadora;
- VI- Fornecedor;
- VII- CNPJ;
- VIII- Valor total do pedido;
- IX- Mês correspondente da demanda;

Art. 4º Para os pedidos de empenhos de atas e ou contratos próximos do vencimento, a demanda deverá ser solicitada com antecedência mínima de 30 dias do vencimento, a fim de possa ser viabilizado orçamento em tempo.

Art. 5º Cabe ao demandante e/ou gestor, acompanhar os saldos de empenhos, solicitação de reforços, solicitação de anulação bem como informar ao Setor de Orçamento e Finanças ao final do exercício, os saldos dos empenhos que deverão ser inscritos em restos a pagar, quando for o caso (devidamente justificados).

Seção III

DA FORMA DE ENVIO DOS DOCUMENTOS FISCAIS

Art. 6º As notas fiscais de aquisição de material de consumo/serviço deverão estar de acordo com a Natureza da Despesa do empenho a que se refere e serão encaminhadas à Unidade de Contabilidade Fiscal no prazo máximo de 24 horas após o ateste no caso das notas de serviço/materiais de consumo imediato. Quando se referirem a materiais estocáveis, 24 horas após a entrada do material no sistema de controle de estoque.

§ 1º Os documentos fiscais de doação deverão ser encaminhados de acordo com a norma interna específica e obedecerão aos mesmos prazos estabelecidos neste artigo, contados a partir do aceite definitivo do bem a ser doado.

§ 2º Documentos encaminhados com atraso deverão possuir justificativa pelo envio da documentação intempestivamente.

CAPÍTULO II

DO ENVIO DOS DOCUMENTOS FISCAIS PARA LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

Art.7º Todas as notas fiscais deverão dar entrada na Unidade de Contabilidade Fiscal, por meio do SEI, tipo de processo “Liquidação da Despesa Pública”, devendo estar relacionado ao processo que originou o empenho, com os seguintes documentos em anexo:

- I- A NE - Nota de Empenho a que ela se refere.
- II- Certidão de Autenticação de Documentos assinado pelos ordenador e gestor financeiro (atestando à Nota de Empenho).
- III- A NR – Nota de Recebimento-AGHU, quando se referir a material de consumo estocável, devendo os valores dos itens e os valores totais da NR e da NF serem coincidentes.
- IV- Comprovação de autenticidade do documento fiscal, quando se tratar de material de consumo..(<http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/consultaRecaptcha.aspx?tipoConsulta=resumo&tipoConteudo=d09fwabTnLk> (quando se tratar de notas fiscais de materiais).
- V- Documento comprobatório de incorporação patrimonial com o devido ateste do responsável pela Unidade de Patrimônio, quando se tratar de material permanente.
- VI- Formulário de Ateste preenchido. Observar a necessidade de recebimento por comissão.(Lei 8.666/93 - § 8º O recebimento de material de valor superior ao limite estabelecido no art. 23 desta Lei, para a modalidade de convite, deverá ser confiado a uma comissão de, no mínimo, 3 (três) membros).
- VII-Relatório de execução dos serviços, conforme termo de referência, quando se tratar de nota fiscal de serviços.

VIII- Termo de Reconhecimento de dívida, com a devida justificativa do Gestor em anexo, quando se tratar de despesa ocorrida sem empenho disponível (Documento modelo disponível no SEI);

§ 1º – Caso o material tenha sido recebido nos últimos três dias úteis do mês, este só deverá dar entrada no Módulo Estoque do AGHU no primeiro dia útil do mês subsequente, ressalvados os casos de urgência.

§ 2º – No caso de empenhos anteriores à utilização do SEI, deverá ser aberto um processo SEI do tipo “Liquidação da Despesa Pública” relacionando-o ao processo original. Deve-se enviar a mesma documentação elencada no Art. 7º, com exceção do inciso II.

Art. 8º Após o recebimento na Unidade de Contabilidade Fiscal, os documentos deverão ser encaminhados para a Unidade de Liquidação da Despesa, no prazo máximo de 48 horas, contados da data de entrada na Unidade de Contabilidade Fiscal.

CAPÍTULO III

DO RECONHECIMENTO DO PASSIVO

Art. 9º O Reconhecimento do Passivo será efetuado na Unidade de Liquidação de Despesa, de acordo com a Macrofunção-021140 do Sistema do Integrado da Administração Financeira e seguirá o seguinte trâmite:

I- Antes da adoção deste procedimento o Gestor efetuará a consulta ao Setor de Orçamento e Finanças, o qual fará a confirmação da necessidade da elaboração do termo, diante da insuficiência orçamentária.

II- O Gestor/Demandante elabora a minuta do Termo de Reconhecimento de Dívida, disponibiliza ao Ordenador de Despesas para assinatura, colocando o em bloco de assinatura, e após assinado, encaminha o processo para Unidade de Contabilidade Fiscal.

II- Após análise dos documentos a Unidade de Liquidação da Despesa efetua o reconhecimento do passivo sem suporte orçamentário.

III- Após assinatura do Ordenador de Despesas o processo segue para a Unidade de Programação Orçamentária e Financeira.

CAPÍTULO V DA VIGÊNCIA

Art. 10º Esta Norma entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11º Os casos omissos serão decididos pela Gerência Administrativa.

GLOSSÁRIO

Material de Consumo - aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

Material de Consumo imediato - material cuja demanda é imprevisível, para o qual não são definidos parâmetros para ressuprimento, que não deve ser mantido estocado e que possuem aplicações diretas.

Material Permanente - aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Liquidação - consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.

Empenho - ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição. Consiste na reserva de dotação orçamentária para um fim específico;

Ateste - É a conformidade do que foi executado com o objeto contratado (aquisição de bens, serviços ou obras) pela Administração.

NR-Nota de Recebimento – Documento gerado na inserção do material no Módulo Estoque do sistema AGHU.

NE – Nota de empenho – Documento extraído de cada empenho, no qual constará o nome do credor, a especificação e a importância da despesa, bem como os demais dados necessários ao controle da execução orçamentária e o acompanhamento da programação financeira.

ANEXO I

Termo de Reconhecimento de Dívida

Em conformidade com o art. 100 da Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, reconheço a dívida no valor de R\$ (valor), junto a (especificar o credor) CNPJ/CPF nº (____), situada à (endereço comercial) pelos (especificar os serviços).

Informo que o passivo foi reconhecido sem o correspondente recurso orçamentário tendo em vista(justificativa).

Memória do cálculo da estimativa do valor contábil do passivo (se for o caso)

Ordenador de Despesas

NOME:

CPF:

ANEXO II

MODELO DE ATESTO

Atesto, conforme Art. 63 da Lei 4.320/1964, que o material/serviço prestados discriminados no documento fiscal nº **Preencher aqui numero da NFE ou Fatura, Preencher aqui com a Razão Social** em anexo foram entregues e/ou executados de acordo com o empenho nº **Preencher aqui com o numero do empenho**, e o respectivo termo de referência. Dessa forma, encaminho o presente processo com as notas fiscais/faturas e os demais documentos anexos à Unidade de Contabilidade Fiscal para providências relativas escrituração, liquidação e pagamento.

Documentos anexos:

- NE – Nota de empenho acompanhada da certidão de Autenticação de Documentos assinado pelos ordenador e gestor financeiro.
- **Nota Fiscal Eletrônica-NFE/Nota fiscal de serviço-NFSE/Fatura;**
- **Nota de Recebimento/AGHU** – (quando se tratar de material de consumo estocável)
- Comprovante de Autenticidade da NFE =>
(<http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/consultaRecaptcha.aspx?tipoConsulta=resumo&tipoConteudo=d09fwabTnLk> (quando se tratar de notas fiscais de materiais).
- **Relatório de execução dos serviços (quando se tratar de serviços)**

DAS COMPETENTES ASSINATURAS

Fiscal:

Nome:

SIAPE nº:

Gestor:

Nome:

SIAPE nº:

ANEXO III

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE NOTA DE EMPENHO

Solicitação de empenho nº

Processo: *(digite o número do processo)*

Número e modalidade de licitação: *(digite o número e a modalidade de licitação, ex: Pregão 15/2018)*

Unidade requisitante: *(escreva o nome unidade que está fazendo o pedido)*

Número e vigência da ata/contrato: *(digite o número e vigência da ata/contrato, ex: Ata 20/2018 - 20/02/2018 a 20/02/2019)*

Forma de Recebimento do Material:

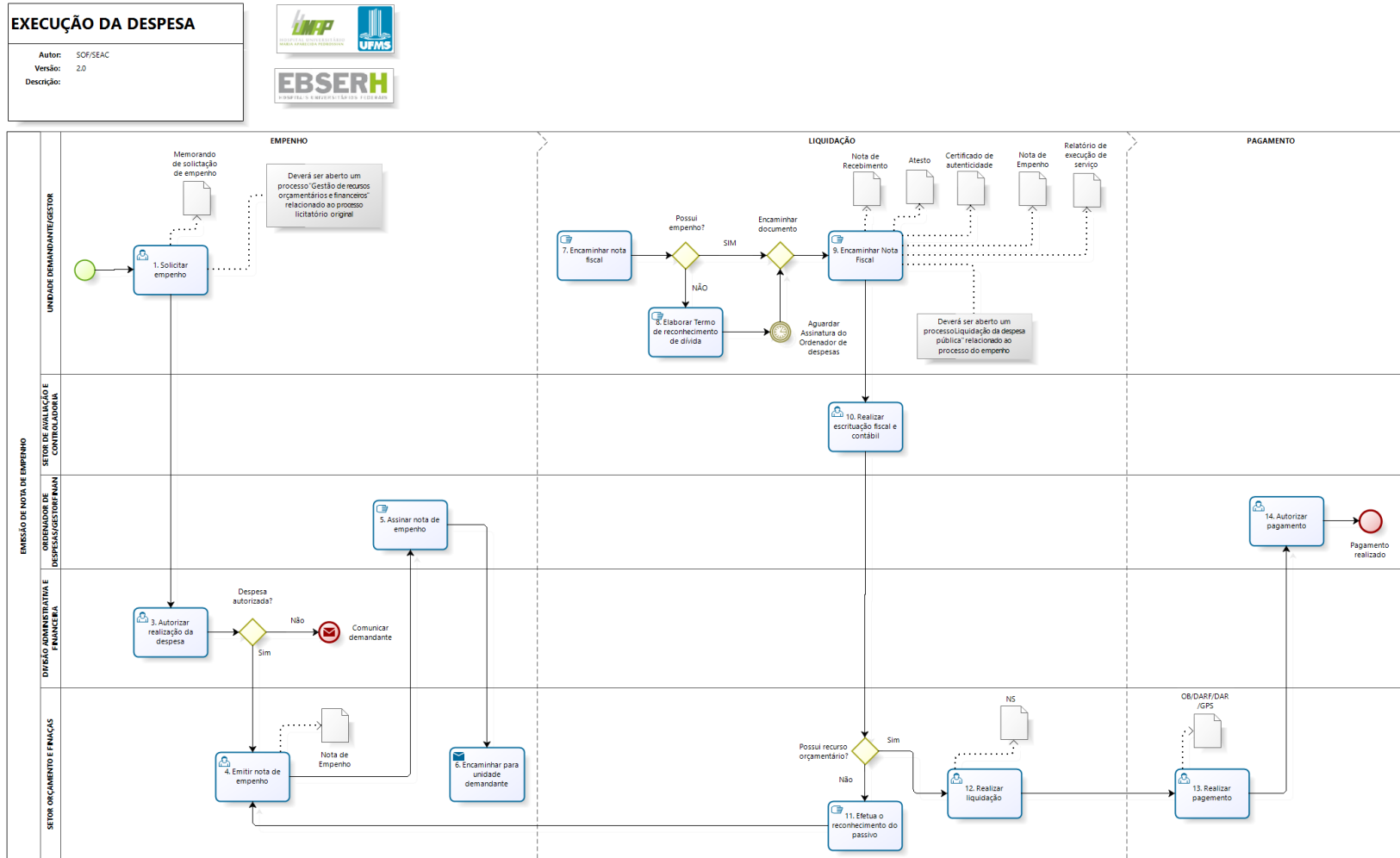
- única parcela (cujo valor do montante é conhecido e a despesa é liquidada e paga de uma só vez)
- sujeitas a parcelamento, cujo valor exato possa ser determinado

DADOS DO PEDIDO			
CNPJ	Fornecedor	Mês de competência	Valor total (R\$)

Solicitante

(o documento deverá ser assinado no SISTEMA pelo Chefe da unidade/setor/divisão da área demandante e/ou Gestor do contrato quando for o caso)

ANEXO IV - FLUXO EXECUÇÃO DA DESPESA



RESOLUÇÃO Nº 44, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar a Norma Interna para Empréstimos/Troca de Insumos Hospitalares e Medicamentos entre o Humap-UFMS e outras Unidades Públicas ou Filantrópicas de Saúde, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

**NORMA INTERNA PARA EMPRÉSTIMOS/TROCA DE INSUMOS
HOSPITALARES E MEDICAMENTOS ENTRE O HUMAP-UFMS E OUTRAS
UNIDADES PÚBLICAS OU FILANTRÓPICAS DE SAÚDE**

CAPÍTULO VII

7. Norma interna para o empréstimo/troca de insumos hospitalares¹ e medicamentos² entre o HUMAP-UFMS e outras Unidades Públicas ou Filantrópicas de Saúde.

(¹) todos os grupos de materiais, exceto medicamentos e material laboratório/diagnóstico

(²) inclusive material laboratório/diagnóstico

7.1. Introdução

7.1.1. Não raras as vezes o empréstimo/troca de insumos hospitalares e medicamentos entre unidades de saúde é uma solução eficaz de imediata efetividade em virtude da imperiosa necessidade de se manter o atendimento sem solução de continuidade, salvar vidas ou para evitar perdas de estoque em razão de vencimento de prazos de validade.

7.1.2. O Tribunal de Contas da União, por meio do Acórdão nº 2974/2013-TCU/Plenário não fez qualquer censura à prática de empréstimo/troca entre unidades de saúde, portanto não se considera um ato administrativo que deve ser evitado, tendo sido apresentados os seguintes fatos na ocasião que o justificam:

- A superlotação de alguns hospitais;
- O fato de alguma unidade ter se tornado referência no atendimento em determinada especialidade mais demandada pela população;
- A falta de instrumentos capazes de pressionar os fornecedores de medicamentos e insumos mais complexos a diminuírem os prazos de entrega ou desenvolverem formas mais eficazes de atender às demandas do sistema de saúde.

7.1.2. No âmbito do HUMAP-UFMS fica definido que a relação de empréstimos/troca de insumos hospitalares e medicamentos só poderá ocorrer com unidades públicas e filantrópicas de saúde.

7.1.3. Assim, esta norma interna visa a padronização dos procedimentos relativos a realização de empréstimos/troca de insumos hospitalares e medicamentos entre PARCEIROS e o HUMAP-UFMS no intuito de salvaguardar a vida dos pacientes do Sistema Único de Saúde -SUS.

7.2. Da concessão de empréstimo de insumos hospitalares e medicamentos aos PARCEIROS

7.2.1. Quando se tratar de insumos hospitalares somente o(a) Gerente Administrativo do HUMAP-UFMS, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar a concessão de EMPRÉSTIMOS junto aos PARCEIROS; quando a concessão envolver medicamentos, somente o(a) Gerente de Atenção à Saúde, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar o referido empréstimo.

7.2.2. Toda concessão de empréstimos deverá ser evitada quando a sua prática ocasionar uma situação de risco de desabastecimento no âmbito do HUMAP-UFMS, exceto quando, de forma justificada pelo(a) Superintendente, ou o seu substituto eventual, tal prática for imprescindível para o salvamento de vidas de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. As Gerências de Atenção à Saúde e Administrativa subsidiarão o Superintendente para a tomada de decisão.

7.2.3. Somente poderá ser atendida solicitação de empréstimo dos PARCEIROS quando:

7.2.3.1. Houver em estoque saldo superior a 02 (dois) meses de consumo do item pretendido.

7.2.3.1.1. Neste caso poderá ser concedido o empréstimo até o limite da quantidade que supere o prazo acima definido:

Ex: Item "A"

Quantidade em Estoque: 50 Un

Consumo do HUMAP do Item "A": 20 Un/mês

Qtde autorizada para empréstimo: 10 Un

Obs: Caso haja empenho do Item previsto para entrega nos próximos 30 (trinta) dias a quantidade a ser emprestada poderá ser aumentada a critério do Gerente Administrativo ou o seu substituto eventual.

7.2.3.2. Quando o saldo em estoque do Item pretendido for inferior a 02 (dois) meses de consumo, o empréstimo somente será autorizado se houver empenho do Item previsto para entrega nos

próximos 30 (trinta) dias. Neste caso poderá ser concedido o empréstimo desde que seja mantido o estoque equivalente a 01 (um) mês de consumo do item pretendido.

7.2.3.3. Quando o saldo em estoque do Item pretendido for inferior a 02 (dois) meses de consumo e não houver empenho do item pretendido, o empréstimo só ocorrerá com autorização fundamentada do(a) Superintendente do HUMAP-UFMS, ou do seu substituto eventual, que deverá ser transcrita na Cautela competente.

7.3. Da solicitação de empréstimo de insumos hospitalares e medicamentos junto aos PARCEIROS

7.3.1. Somente o(a) Gerente Administrativo do HUMAP-UFMS, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar a SOLICITAÇÃO de empréstimos junto aos PARCEIROS quando se tratar de insumos hospitalares; quando a SOLICITAÇÃO envolver medicamentos, somente o(a) Gerente de Atenção à Saúde, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar a referida solicitação.

7.3.2. A solicitação de empréstimos junto aos PARCEIROS poderá ocorrer a partir do momento em que o Item pretendido se encontrar em nível crítico no estoque³, contudo, as áreas assistenciais do HUMAP-UFMS, por meio de suas unidades e sob a supervisão da Gerência de Atenção à Saúde, deverão promover a realocação dos insumos e medicamentos entre si que estejam próximos do nível crítico no estoque, de modo que o HUMAP-UFMS não efetue empréstimos de itens que ainda existam em estoque em suas unidades assistenciais.

⁽³⁾ fica definido que o nível crítico de estoque ocorre quando é atingido o ponto de ressurgimento do item em comento, o qual é balizado pela quantidade determinada para que ocorra o acionamento da solicitação do Pedido de Empenho e a efetiva entrega.

7.3.3. A quantidade a ser emprestada dependerá da disponibilidade do PARCEIRO, mais sempre buscará normalizar o fornecimento no âmbito do HUMAP-UFMS de acordo com o seu consumo estimado em sistema, sendo

vedada a solicitação de empréstimo de quantidades que extrapolem o consumo de 06 (seis) meses do item pretendido, tempo considerado hábil para a realização de aquisição regular ou emergencial do item em falta.

- 7.3.4. Sempre que possível, deverá ser apurada a causa da falta do insumo/medicamento, de modo a subsidiar o Colegiado Executivo a discutir propostas de soluções de curto, médio e longo prazos para os problemas evidenciados.

7.4. Da troca de insumos hospitalares e medicamentos junto aos PARCEIROS

- 7.4.1. Somente o(a) Gerente Administrativo do HUMAP-UFMS, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar a TROCA junto aos PARCEIROS quando se tratar de insumos hospitalares; quando a TROCA envolver medicamentos, somente o(a) Gerente de Atenção à Saúde, ou o seu substituto eventual, poderá autorizar a referida ação.
- 7.4.2. Toda TROCA de insumos/medicamentos deverá ser evitada quando a sua prática ocasionar uma situação de emergência no âmbito do HUMAP-UFMS, exceto quando, de forma justificada pelo(a) Superintendente, ou o seu substituto eventual, tal prática for imprescindível para o salvamento de vidas de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. As Gerências de Atenção à Saúde e Administrativa subsidiarão o Superintendente para a tomada de decisão.
- 7.4.3. A TROCA de insumos hospitalares ou medicamentos junto aos PARCEIROS poderá ocorrer quando a validade do item pretendido se encontrar perto do seu vencimento, o que poderá ensejar o seu descarte caso nenhuma outra ação seja implementada.
- 7.4.4. A TROCA poderá ocorrer também quando envolver uma situação de empréstimo em que não haja a possibilidade de devolução futura daquele item pretendido, em função do descritivo padronizado de cada órgão, seja por parte do HUMAP-UFMS ou por parte do PARCEIRO; ou em função do desinteresse no item emprestado caso o seu uso tenha sido descontinuado.

7.4.5. Toda TROCA deverá ser realizada com base na compensação financeira entre o HUMAP-UFMS e o PARCEIRO, tendo em vista tratar-se de itens diferentes.

7.4.6. Essa compensação terá como base o valor da última aquisição realizada pelo HUMAP/UFMS. Quando não houver aquisição anterior ou a mesma for de prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser baseada no valor de mercado evidenciado pela cotação do Painel de Preços do Governo Federal ou outro parâmetro previsto na IN nº 5, de 27 de junho de 2014.

7.4.7. Todos os documentos que comprovem os valores praticados deverão ser anexados ao competente Termo de Troca de Material.

7.5. Da operacionalização dos empréstimos/troca de insumos hospitalares e medicamentos junto aos PARCEIROS

7.5.1. Toda operação de empréstimo/troca somente será encaminhada a autoridade competente após consulta e resposta formal entre os envolvidos (HUMAP-UFMS x PARCEIRO), incluindo descrição completa da necessidade que justifique a sua realização.

7.5.2. Para materializar o empréstimo/troca deverá ser confeccionada a respectiva Cautela (modelo anexo) que deverá conter, no mínimo:

7.5.2.1. Numeração sequencial;

7.5.2.2. Nome das entidades envolvidas e de seus respectivos responsáveis;

7.5.2.3. Data e local;

7.5.2.4. O Item ou itens objeto de empréstimo/troca, devidamente especificado;

7.5.2.5. Objeto da contrapartida, em caso de troca e o respectivo prazo de entrega;

7.5.2.6. Quantidade;

7.5.2.7. Valor unitário e Valor total (o valor a ser consignado na Cautela de empréstimo/troca deverá ser o correspondente ao da última aquisição realizada pelo HUMAP/UFMS. Quando não houver aquisição anterior ou a mesma for de

prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser consignado o valor de mercado evidenciado pela cotação do Painel de Preços do Governo Federal ou outro parâmetro previsto na IN nº 5, de 27 de junho de 2014;

- 7.5.2.8. Lote e prazo de validade;
- 7.5.2.9. Prazo estimado para devolução quando se tratar de empréstimos;
- 7.5.2.10. Espaço destinado às assinaturas do Chefe da Unidade de Almoxarifado / Unidade de Abastecimento, do Gerente responsável e do Superintendente, quando for o caso (todos do HUMAP-UFMS);
- 7.5.2.11. Espaço destinado à assinatura do responsável representante do PARCEIRO.

7.5.3. Quando da realização de empréstimos/troca de insumos hospitalares e medicamentos deve-se dar entrada/saída dos mesmos no controle de estoque do(s) sistema(s) institucionalizado(s) no HUMAP-UFMS por meio das ferramentas disponíveis e de acordo com as orientações emanadas pelo setor contábil.

7.5.4. Todos os documentos devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, separados por PARCEIRO, identificando assim a movimentação efetuada.

7.5.5. Toda a movimentação de empréstimos/troca de insumos hospitalares e medicamentos deve ser controlada por meio de sistema próprio ou por meio de tabelas eletrônicas.

7.5.6. Mensalmente deverá ser impressa a planilha de controle ou o Relatório equivalente demonstrando as entradas, saídas e o saldo eventual com cada PARCEIRO, que deverá ser rubricada pelo Chefe da Unidade de Almoxarifado / Unidade de Abastecimento e pelo Chefe do Setor de Suprimentos / Setor de Farmácia Hospitalar, sendo após encaminhada, via e-mail, ao PARCEIRO e arquivada junto à pasta respectiva na unidade responsável.

7.6. Encontro de Contas Anual

7.6.1. Findo a primeira quinzena do mês de dezembro do exercício corrente, as unidades responsáveis, de posse do

último relatório elaborado, farão uma análise da situação encontrada no intuito de propor o encontro de contas anual que deverá conter:

- 7.6.1.1. Proposta de doação de insumos/medicamentos de interesse de ambos os envolvidos (HUMAP-UFMS e PARCEIRO) que vise extinguir os saldos por ventura existentes decorrentes dos empréstimos realizados no corrente exercício financeiro;
- 7.6.1.2. Tal proposta deverá ser analisada pela Gerência respectiva até o fim da primeira quinzena do mês de janeiro do exercício financeiro seguinte, quando será homologada pelo(a) Superintendente, ou o seu substituto eventual;
- 7.6.1.3. Todo empréstimo de insumos/medicamentos que for realizada após a proposição do encontro de contas anual deverá ser registrado como empréstimo realizado no próximo exercício financeiro, devendo, portanto, ser alvo do cômputo geral do próximo encontro de contas anual;
- 7.6.1.4. Caso restem saldos de empréstimos que não puderam ser computados na proposta de encontro de contas anual, ou, caso não haja interesse de qualquer uma das partes (HUMAP-UFMS e PARCEIRO) de extinguir determinado empréstimo por meio da doação de insumos/medicamentos, o respectivo saldo deverá ser transportado para o controle do próximo exercício financeiro.

CAUTELA DE ENTRADA DE MATERIAL Nº ____ / 2018 (MODELO)

UNIDADE DE SAÚDE CONCEDENTE				UNIDADE DE SAÚDE			
Hospital Regional de MS				HUMAP-UFMS			
RESPONSÁVEL PELA UNIDADE				RESPONSÁVEL PELA UNIDADE			
Justiniano Barbosa Vavas				Cláudio César da Silva			
MATERIAIS EMPRESTADOS:							
Item	Descrição completa	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Nº Lote	Validade	Data para Devolução
01							

Campo Grande, ____ / ____ / 2018.

Unidade de Almoxarifado / Abastecimento
Carimbo

Gerente Administrativo / Atenção à Saúde
Carimbo

Unidade de Saúde (PARCEIRO):

Responsável
Carimbo

CAUTELA DE SAÍDA DE MATERIAL Nº ____ / 2018 (MODELO)

UNIDADE DE SAÚDE				UNIDADE DE SAÚDE REQUISITANTE			
HUMAP-UFMS				Hospital Regional de MS			
RESPONSÁVEL PELA UNIDADE				RESPONSÁVEL PELA UNIDADE			
Cláudio César da Silva				Justiniano Barbosa Vavas			
MATERIAIS EMPRESTADOS:							
Item	Descrição completa	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Nº Lote	Validade	Data para Devolução
01							

Campo Grande, ____ / ____ / 2018.

Unidade de Abastecimento / Almoarifado
Carimbo

Gerente de Atenção à Saúde / Administrativo
Carimbo

Superintendente
Carimbo
(quando for o caso)

Unidade de Saúde (PARCEIRO):

Responsável
Carimbo

TERMO DE TROCA DE MATERIAL Nº ____ / 2018 (MODELO)

UNIDADE DE SAÚDE		UNIDADE DE SAÚDE (PARCEIRO)				
HUMAP-UFMS Hospital		Hospital Regional de MS				
RESPONSÁVEL PELA UNIDADE		RESPONSÁVEL PELA UNIDADE				
Cláudio César da Silva		Justiniano Barbosa Vavas				
MATERIAIS DA UNIDADE DE SAÚDE (PARCEIRO):						
Item	Descrição completa	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Nº Lote	Validade
01						
Valor Total						
MATERIAIS DO HUMAP-UFMS:						
Item	Descrição completa	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Nº Lote	Validade
01						
Valor Total						

Anexos: Documentos comprobatórios dos valores praticados.

Campo Grande, ____ / ____ / 2018.

Unidade de Abastecimento
Carimbo

Gerente de Atenção à Saúde
Carimbo

Superintendente
Carimbo
(quando for o caso)

Unidade de Saúde (PARCEIRO):

Responsável
Carimbo

RESOLUÇÃO Nº 45, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Regimento Interno da Comissão Permanente de Óbitos, no âmbito do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO PERMANENTE DE ÓBITOS

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN-HUMAP
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES-EBSERH**

TERMO DE ABERTURA



Aos vinte e três dias do mês de julho do ano de dois mil e dezoito, procedemos a abertura deste volume nº 01 do processo n. **23538.000419/2018-36**, que se inicia com a presente folha nº 01.

O interessado é a Superintendência do HUMAP-UFMS e o assunto está descrito em documento encaminhado pelo Presidente da Comissão Permanente de Óbitos – Dr. Ronaldo Queiroz – sobre adequação no texto do Regimento Interno.

Para constar, eu Sâmara da Silva Souza Oliveira, subscrevo e assino.



Sâmara da Silva Souza Oliveira
Chefe da Unidade de Apoio Corporativo
Superintendência/HUMAP-UFMS
SIAPE n. 2224972

NOVA REDAÇÃO DO REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÓBITOS DO HUMAP DE ACORDO COM
RESOLUÇÃO N. 2171 DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 DO CFM – CONSELHO FEDERAL DE
MEDICINA (DOU de 8/1/18 n. 5, Seção 1, página 91)



***(ESTE DOCUMENTO SERÁ ENCAMINHADO PARA A GAS E PARA O JURÍDICO PARA ANÁLISE E
APROVAÇÃO ANTES DE SER PUBLICADO)***

Resolução n.

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMAP e considerando a RESOLUÇÃO N. 2171 DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 DO CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLVE:

Artigo 1º - MANTIDO

Artigo 2º - MANTIDO

TÍTULO I

Da Caracterização e dos Objetivos

Artigo 1º - Mantido

Artigo 2º - (Nova redação): A criação da Comissão de Revisão de Óbitos em unidades hospitalares é obrigatória e tem como objetivo (demais mantido)

Artigo 3º - (Nova redação): Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos do HUMAP serão designados pela Direção Técnica da Instituição

Artigo 4º - Mantido

Artigo 5º - Mantido

TÍTULO II

Da Competência

Artigo 6º - Compete à Comissão de Revisão de Óbitos:

I – (nova redação): Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no IML (Instituto Médico Legal).

II – mantido



III – mantido

TÍTULO III

Da composição

Artigo 7º - (nova redação): A CRO será composta por, no mínimo, três membros, sendo um médico, um enfermeiro e outro profissional de saúde.

Parágrafo 1º - Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três membros), pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

Parágrafo 2º - Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão, sendo 1 (um) representante por profissão.

Parágrafo 3º - O coordenador da CRO será obrigatoriamente médico.

TÍTULO IV

Do Funcionamento

Artigo 8º - (nova redação) A CRO se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Artigo 9º - Mantido

Artigo 10º - (nova redação): A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico da CRO, sendo vedada a análise da consulta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Artigo 11º - (nova redação): Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo Único: O médico membro da CRO, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Artigo 12º (nova redação): Os óbitos analisados pela CRO que necessitem esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao Diretor Técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM n. 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Quando necessário esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.



Artigo 13º - (nova redação): É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo Único: Estes casos devem ser classificados como óbito à esclarecer.

Artigo 14º - (nova redação): Os membros da CRO estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Artigo 15º - (nova redação): A CRO emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao Diretor Técnico para as providências necessárias.

Parágrafo Único: É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da CRO, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 16º - (nova redação): A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de no máximo 30 meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo Único: Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a CRO em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 17º - Compete ao Presidente (texto mantido do artigo 11º)

Artigo 18º - Compete aos membros da CRO (nova redação):

- a) Comparecer a todas as reuniões da CRO
- b) Contribuir para o pleno funcionamento da Comissão obedecendo os protocolos, normas e rotinas da CRO elaborados e aprovados coletivamente pelos membros da Comissão

Parágrafo 1º: Os membros da CRO poderão ter apenas 2(duas) faltas durante o ano que deverão ser devidamente justificadas ao Presidente da Comissão, sob pena de desligamento.

Parágrafo 2º: A decisão final do desligamento do membro por faltas ou outros motivos será discutido em reunião extraordinária da CRO com direito a apresentação de justificativas e ampla defesa.

Artigo 19º - O presente Regimento entrará em vigor na data de sua publicação, submetendo-se os casos omissos à Superintendência do HUMAP e do Conselho Regional de Medicina.

Campo Grande.....

RESOLUÇÃO CFM N. 2.171, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino;

CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 3123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; e

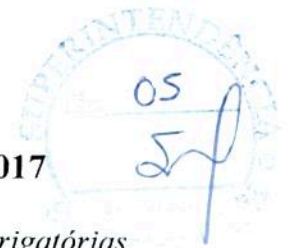
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017, resolve:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.





§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 10 Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11 A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12 A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

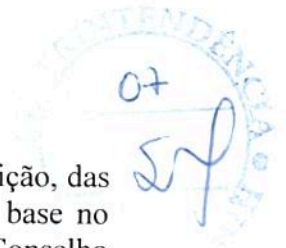
Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Presidente do Conselho Em exercício

Henrique Batista e Silva

Secretário-Geral

Fonte: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-03-publicada-resolucao-cfm-n-2171-que-regulamenta-e-normatiza-as-comissoes-de-revisao-de-obito-tornando-as-obrigatorias-nas-instituicoes-hospitalares-e-unidades-de-pron/>





Campo Grande, 19 de julho de 2018

À Unidade de Apoio Corporativo do HUMAP

A/C Sra. Sâmara

Considerando a Resolução 2171 de 30 de outubro de 2017 do Conselho Federal de Medicina que versa sobre as Comissões de Revisão de Óbitos;

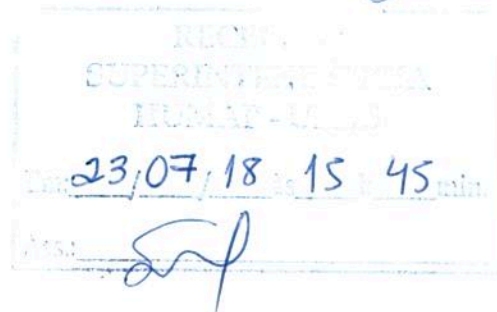
Considerando a necessidade de se promover a reforma do texto e devida adequação do Regimento Interno da Comissão de Revisão de Óbitos do HUMAP;

Vimos respeitosamente encaminhar a vossa senhoria um novo texto que elaboramos para o Regimento Interno da CRO para ser analisado e aprovado pela Direção Técnica e pelo Jurídico do HUMAP, para posteriormente, ser publicado pelo Superintendente da Instituição.

Fico à disposição para eventuais esclarecimentos.

Cordialmente,

Dr. Ronaldo Queiroz
Presidente da CRO do HUMAP



Memorando nº 305/2018 – Superintendência/HUMAP-UFMS.

Campo Grande/MS, 25 de julho de 2018.

De: Superintendência-SUPRIN/HUMAP-UFMS.

Para: Divisão da Gestão do Cuidado-DIGC/HUMAP-UFMS


Assunto: Processo 23538.000419/2018-36 – Atualização Regimento Interno – Comissão Permanente de Óbitos.

Senhora Chefe,

Conforme sugestão do Presidente da Comissão Permanente de Óbitos, à folha 08, segue a nova redação do Regimento Interno da referida comissão, de acordo com a Resolução nº 2171 de 30 de outubro de 2017 do CRM, para que Vossa Senhoria possa analisar, fazer sugestões e/ou aprovar.

Após será encaminhado para o Setor Jurídico para análise e parecer.

Atenciosamente,


Profa. Maria de Fátima Meinberg Cheade
Superintendente em exercício
HUMAP-UFMS



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Despacho nº 01/2018/DIGC/HUMAP/UFMS.

PROCESSO Nº 23538.000419/2018-36

Folha nº 10

Campo Grande – MS, 27 de julho de 2018.

Da: Divisão de Gestão do Cuidado - **HUMAP-UFMS.**

Para: Superintendência – **SUPRIN/HUMAP-UFMS.**

Referente: Atualização do Regimento Interno Comissão Permanente Óbito.

Prezados (a),

Considerando o memorando de nº 305/2018 da Superintendência, referente a atualização do regimento interno da Comissão Permanente de óbito, venho por meio deste informar que após análise das documentações constantes no referido processo esta Divisão encontra-se em total acordo com as sugestões de atualização do referido Regimento.

Encaminho a esta superintendência para as devidas providências, quanto ao prosseguimento do mesmo

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Claudia Emília Lang
Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado
HUMAP-UFMS

Memorando N° 315/2018 – Superintendência-SUPRIN/HUMAP-UFMS.

Campo Grande/MS, 27 de julho de 2018.

De: Superintendência-SUPRIN/HUMAP-UFMS.

Para: Setor Jurídico-SEJUR/HUMAP-UFMS.

Assunto: Parecer Jurídico a respeito do Regimento Interno da Comissão Permanente de Óbitos.

Encaminhamos a minuta do Regimento Interno da Comissão Permanente de Óbitos, com as alterações sugeridas pelo atual presidente, para que este Setor Jurídico analise e emita parecer.

Atenciosamente,



Sâmara da Silva Souza Oliveira
Chefe da Unidade de Apoio Corporativo
Superintendência/HUMAP-UFMS
SIAPE n° 2224972

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CONSULTORIA JURÍDICA

SETOR JURÍDICO/HUMAP-UFMS

AV. SENADOR FILINTO MULLER, 355 - CIDADE UNIVERSITÁRIA
CAMPO GRANDE - MS 79080-190 (67) 3345-3015



COTA Nº 141/2018/SEJUR/HUMAP-UFMS/EBSERH

PROCESSO Nº 23538.000419/2018-36

INTERESSADO: Superintendência do HUMAP-UFMS

ASSUNTO: Análise da minuta do novo Regimento Interno da Comissão Permanente de Óbitos

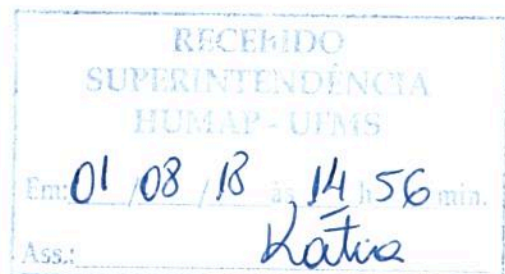
Senhor Superintendente,

1. Trata-se de processo encaminhado a este Setor Jurídico a fim de se obter manifestação acerca da minuta contendo a nova redação do Regimento Interno da Comissão Permanente de Óbitos do HUMAP-UFMS.
2. Cumpre esclarecer que este SEJUR não vislumbra óbices à aprovação do texto *sub examine*, haja vista ter sido redigido com base em normativa expedida pelo Conselho Federal de Medicina, entidade reguladora da profissão. Ademais, ainda quanto ao teor do texto submetido à análise, já consta dos autos anuência expressa da Chefia da Divisão de Gestão do Cuidado, a qual concordou “*com as sugestões de atualização do referido Regimento*” (fl. 10).
3. Todavia, por cautela e a fim de preservar a legitimidade do novo Regimento, evitando-se possíveis questionamentos futuros, **recomenda-se** juntar aos autos a ata de aprovação do texto com a assinatura de todos os membros da respectiva Comissão.
4. Sem mais, permaneço à disposição de Vossa Senhoria para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Campo Grande-MS, 1º de agosto de 2018.


Marco Aurélio Nascimento
Chefe do Setor Jurídico



Memorando Nº 326/2018 – Superintendência-SUPRIN/HUMAP-UFMS.

Campo Grande/MS, 07 de agosto de 2018.

De: Prof. Cláudio César da Silva – Superintendente-SUPRIN/HUMAP-UFMS

Para: Dr. Ronaldo Queiroz – Presidente da Comissão Permanente de Óbitos

Assunto: Processo 23538.000419/2018-36

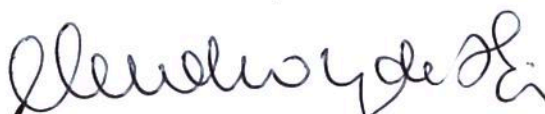
Senhor Presidente,

Encaminhamos o referido processo para que seja atendida a recomendação do Setor Jurídico, através da COTA nº 141/2018 à folha 12.

Após, devolver a esta Superintendência para que o Regimento Interno seja apreciado pelo Colegiado Executivo.

Certo de poder contar com a compreensão de Vossa Senhoria, subscrevo-me com estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Cláudio César da Silva

Superintendente
HUMAP-UFMS

Campo Grande, 12 de setembro de 2018

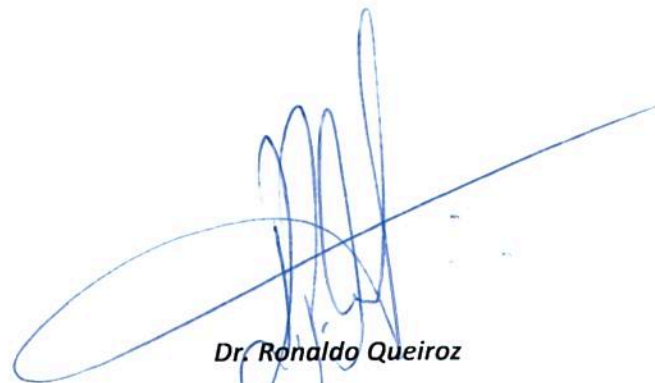


À Unidade de Apoio Corporativo do HUMAP

A/C Sra. Sâmara

Vimos respeitosamente encaminhar o novo texto da COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS, aprovado por unanimidade pela atual comissão, em Reunião realizada em 06 de setembro do corrente ano (ata em anexo) para devida publicação, após análise e aprovação final da Superintendência e do Colegiado Executivo do HUMAP, atendendo a recomendação do Setor Jurídico (COTA n.141/2018 à folha 12 Processo 23538.000419/2018-36 de 24/07/2018).

Cordialmente,



Dr. Ronaldo Queiroz
Presidente da CRO do HUMAP

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN
COMISSÃO PERMANENTE DE ÓBITOS/HUMAP/UFMS**

15
[Handwritten signature]

ATA DA REUNIÃO

1 Em **6 de setembro de 2018 às 9 horas**, foi realizada na sala do NSP reunião ordinária da
2 Comissão Permanente de Óbitos na sala do núcleo de segurança do paciente, do
3 Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato
4 Grosso do Sul, filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, para tratar
5 da seguinte pauta: **(1) Aprovação pela Comissão do novo texto do Regimento Interno**
6 **de acordo com a Resolução CFM 2171 de 30 de outubro de 2017**. O Presidente da
7 Comissão Dr. Ronaldo Queiroz deu início à reunião contextualizando os presentes sobre
8 o andamento do Processo de reforma do Regimento Interno e após a leitura do mesmo,
9 os membros presentes aprovaram o texto por unanimidade. Este texto será
10 encaminhado à Superintendência para posterior publicação. Ficou decidido que
11 imediatamente após a publicação do referido Regimento Interno, será formada a nova
12 CPO com seus novos membros, em consonância com o novo Regimento. Após a
13 definição da composição da comissão e sua devida publicação, será realizado mutirão
14 para atualizar os trabalhos e análises de óbitos represados até então. Participaram da
15 reunião, além do Presidente Ronaldo Queiroz as Enfermeiras Angelita Fernandes
16 Druzian e Evelin Jaqueline Lima dos Santos, que assinam a presente ata. Nada havendo
17 mais a tratar a reunião foi encerrada às dez horas, eu Ronaldo Queiroz, lavrei a presente
18 ata que vai assinada por mim e pelos membros presentes após devida aprovação.
19 Campo Grande HUMAP – UFMS/EBSEH.

Ronaldo Perches Queiroz _____
 Angelita Fernandes Druzian _____
 Evelin Jaqueline Lima dos Santos _____
 Rosângela da Silva Campos _____
 Priscila Pizzo C.S. Sandim _____
 Rosana de Mello Souza _____

**NOVA REDAÇÃO DO REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÓBITOS DO HUMAP DE ACORDO COM
RESOLUÇÃO N. 2171 DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 DO CFM – CONSELHO FEDERAL DE
MEDICINA (DOU de 8/1/18 n. 5, Seção 1, página 91)**

RESOLUÇÃO

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMAPe considerando a RESOLUÇÃO N. 2171 DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 DO CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA....

Resolve:

Art. 1º.

Aprovar o Regimento da COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS do HUMAP

Art. 2º

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TÍTULO I

Da Caracterização e dos Objetivos

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão de estudo e assessoramento do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” – HUMAP, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, em caráter permanente.

Artigo 2º - A criação da Comissão de Revisão de Óbitos em unidades hospitalares é obrigatória e tem como objetivo utilizar as informações decorrentes dos óbitos ocorridos no HUMAP, como instrumento de aprimoramento da assistência à saúde.

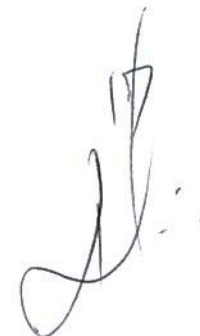
Artigo 3º - Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos do HUMAP serão designados pela Direção Técnica da Instituição – HUMAP.

Artigo 4º - A Comissão de Revisão de Óbitos tem caráter interinstitucional, multiprofissional, ético e técnico.

Artigo 5º - A Comissão de Revisão de Óbitos receberá apoio da Unidade de Apoio Corporativo, cuja finalidade será acompanhar o trabalho das Comissões Permanentes do HUMAP e manter informada a Superintendência sobre os pareceres apresentados.

TÍTULO II

Da Competência



Artigo 6º - Compete à Comissão de Revisão de Óbitos:

I – Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no IML (Instituto Médico Legal).

II – Elaborar, periodicamente, relatórios analíticos para aplicabilidade na instituição.

III – Dar visibilidade ao perfil de mortalidade hospitalar às autoridades competentes e equipes de saúde envolvidas na assistência à saúde.

TÍTULO III

Da composição

Artigo 7º - (nova redação): A CRO será composta por, no mínimo, três membros, sendo um médico, um enfermeiro e outro profissional de saúde.

Parágrafo 1º - Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três membros), pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

Parágrafo 2º - Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão, sendo 1 (um) representante por profissão.

Parágrafo 3º - O coordenador da CRO será obrigatoriamente médico.

TÍTULO IV

Do Funcionamento

Artigo 8º - A CRO se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Artigo 9º - A Comissão de Revisão de Óbitos receberá apoio administrativo do HUMAP, que possibilitará acesso às informações gerenciais referentes aos óbitos hospitalares, serviços de informática e outros afins.

Artigo 10º - A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico da CRO, sendo vedada a análise da consulta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Artigo 11º - Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo Único: O médico membro da CRO, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Artigo 12º Os óbitos analisados pela CRO que necessitem esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao Diretor Técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM n. 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Quando necessário esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Artigo 13º - É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo Único: Estes casos devem ser classificados como óbito à esclarecer.

Artigo 14º - Os membros da CRO estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Artigo 15º - A CRO emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao Diretor Técnico para as providências necessárias.

Parágrafo Único: É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da CRO, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 16º - A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de no máximo 30 meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo Único: Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a CRO em parte ou na totalidade de seus membros.

Artigo 17º - Compete ao Presidente da CRO:

1. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias
2. Coordenar as reuniões ou definir um coordenador entre seus membros
3. Representar a Comissão
4. Homologar, assinar e encaminhar documentos analisados pela CRO
5. Encaminhar à Unidade de Apoio Corporativo as seguintes documentações:
 - 5.1 Calendário Anual das reuniões no início de cada ano letivo
 - 5.2 Atas das reuniões em até uma semana após a realização das mesmas
 - 5.3 Relatórios, pareceres e documentos afins

Artigo 18º - Compete aos membros da CRO:

- 1- Comparecer a todas as reuniões da CRO
- 2- Contribuir para o pleno funcionamento da Comissão obedecendo os protocolos, normas e rotinas da CRO elaborados e aprovados coletivamente pelos membros da Comissão

Parágrafo 1º: Os membros da CRO poderão ter apenas 2(duas) faltas durante o ano que deverão ser devidamente justificadas ao Presidente da Comissão, sob pena de desligamento.

Parágrafo 2º: A decisão final do desligamento do membro por faltas ou outros motivos será discutido em reunião extraordinária da CRO com direito a apresentação de justificativas e ampla defesa.

Artigo 19º - O presente Regimento entrará em vigor na data de sua publicação, submetendo-se os casos omissos à Superintendência do HUMAP e do Conselho Regional de Medicina.

Campo Grande.....

RESOLUÇÃO Nº 46, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47 do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018 e

CONSIDERANDO que os Acórdãos proferidos no âmbito do Tribunal de Contas da União (TCU) que limitam o pagamento de APHs pelos Hospitais Universitários não se destinam diretamente ao HUMAP-UFMS;

CONSIDERANDO que a EBSERH, uma das destinatárias diretas dos referidos Acórdãos do TCU, ainda não expediu orientação uniforme a todos os Hospitais Universitários que administra a fim de disciplinar o pagamento das APHs, como determinado pelo TCU;

CONSIDERANDO o resultado de pesquisa interna realizada no HUMAP-UFMS, a qual revela o interesse da maioria dos interessados em permanecer cumprindo jornada flexibilizada de 30 horas, independentemente do pagamento de plantões;

CONSIDERANDO, ainda, que a interrupção do pagamento das APHs poderia gerar dificuldades ao hospital para manter, sem prejuízo, todos os serviços oferecidos à população, limitação que se espera sanar até o fim deste ano de 2018 com o advento de novas contratações, incluindo-se postos de trabalho oriundos de vagas estratégicas,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar, em caráter excepcional, a realização das escalas e o pagamento de APHs referentes ao mês de outubro de 2018;

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

RESOLUÇÃO Nº 47, DE 05 DE OUTUBRO DE 2018

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e dos arts. 46 e 47, do Regimento Interno da Ebserh, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 04 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º - Aprovar a proposta de inscrição do HUMAP no Prêmio Qualidade da Gestão “MS Competitivo” - ciclo 2019, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO PERMANENTE DE ÓBITOS

CRITÉRIOS PRIMEIROS PASSOS PARA A EXCELÊNCIA

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA
GESTÃO ORGANIZACIONAL

1ª EDIÇÃO

PRIMEIROS PASSOS PARA A EXCELÊNCIA

Avaliação e diagnóstico da gestão organizacional

ISBN 978-85-8139-022-2

PRIMEIROS PASSOS PARA
A EXCELÊNCIA

1ª Edição - 84 páginas

1ª Edição | Dezembro/2014

© 2014 FNQ – Fundação Nacional da Qualidade – todos os direitos reservados.
Proibida a reprodução total ou parcial desta publicação sem o prévio
consentimento, por escrito, da FNQ.

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
Primeiros Passos para a Excelência – São Paulo, 2014.

REALIZAÇÃO



Av. das Nações Unidas, 13.797,
Conjunto Morumbi – Bloco III – 16º andar
CEP: 04794-000 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 5509-7700
Site: www.fnq.org.br

DIREÇÃO EXECUTIVA FNQ

Carlos Assmann
Hermann Ponte
Ricardo Corrêa Martins

SUPERINTENDENTE GERAL

Jairo Martins

NÚCLEO DE ESTUDO TÉCNICO DA REDE QPC – REDE DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E COMPETITIVIDADE

COORDENADORA - FNQ

Natália Fernandes da Costa

COORDENADORA TÉCNICA

Ivana Mara Rodrigues da Silva

COORDENADOR DO PROJETO

Carlos Amadeu Schauff

MEMBROS

Alexandre Marcelo de S. M. dos Santos
Alice Carneiro de Castro
Eurico Marchon
Fernanda Grandizoli
Florence de Castro Campos
Gênia Angélica Porto
Isabel Reis
Jacqueline dos Santos Pereira
Kenny Valeria Mesquita
Maria Isabella Pinto Bezerra
Marta Romilda Paula de Lima
Matheus Doná
Rafael Brito Mitzcun
Reginaldo Henrique Soares Lima
Sergio Schaumloeffel

APOIO

Elton Brasil de Souza
Fábio Pacheco Muniz de Souza e Castro
Geisa Cavalcante
Gelson Renan Tavares Pinto
Juliano Zimmermann
Luciana Grandizoli
Nikelma Moura
Sidionira Del Bianco

EDIÇÃO

Natália Fernandes da Costa
Kamila Caetano da Mota

PRODUÇÃO GRÁFICA E REVISÃO

Inah de Paula Comunicações

DIREÇÃO DE ARTE

Inah de Paula Comunicações

ILUSTRAÇÕES

Fábio Corazza e Estúdio Saci
(Fernando Carvall e Gustavo Fiorin)

IMPRESSÃO: Gráfica Stilgraf

TIRAGEM: 9.500 exemplares

Capa: couché fosco 230g

Miolo: couché fosco 115g

AGRADECIMENTO

A FNQ agradece a todos os que contribuíram para tornar possível a 7ª edição dos Critérios Rumo à Excelência, enviando críticas e sugestões para a melhoria desta publicação. Agradecimento especial aos voluntários membros da Banca Examinadora, Núcleos de Estudos Técnicos Critérios de Excelência, Rede QPC e participantes da Consulta Pública.

SUGESTÕES

Envie sua sugestão ou crítica pelo
Fale Conosco em www.fnq.org.br

© 2014 FNQ – Fundação Nacional da Qualidade – todos os direitos reservados.
Proibida a reprodução total ou parcial desta publicação sem o prévio consentimento,
por escrito, da FNQ.

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
Critérios Primeiros Passos para a Excelência – São Paulo, 2014.

ISBN 978-85-8139-022-2

1. Critérios de Excelência. 2. Fundação Nacional da Qualidade. 3. Excelência Empresarial.
4. Sustentabilidade de Organizações. 5. Modelo de Excelência da Gestão®. 6. Rede de Qualidade,
Produtividade e Competitividade 7. Prêmios de Excelência em Gestão. 8. Critérios Rumo à
Excelência. 9. Critérios Compromisso com a Excelência. 10. Critérios Primeiros Passos para
a Excelência.

PREFÁCIO

Apresentamos, nesta publicação, o resultado de um importante trabalho realizado pelo Núcleo Técnico da Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade (Rede QPC), coordenado pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), que desdobrou a 20ª edição dos Critérios de Excelência em três estágios de maturidade da gestão: Primeiros Passos para a Excelência, Compromisso com a Excelência e Rumo à Excelência.

Com a publicação dos Critérios referentes aos três níveis de maturidade, que foram estruturados por meio da troca de conhecimentos, experiências e pesquisas de diversas organizações e especialistas do Brasil e do exterior, a Rede QPC e a FNQ iniciam um novo ciclo de atuação no País. O objetivo é consolidar, ainda mais, o “Modelo Brasileiro de Excelência em Gestão” como a principal ferramenta de gestão da “Cadeia de Valor Brasil”, constituída de todas as instâncias governamentais, organizações, sociedade e cidadãos.

É importante salientar que vivemos em um tempo no qual os contextos social, ambiental e econômico mundiais mudam constantemente, de forma imprevisível e incontrolável. Diante disso, as organizações, para permanecerem vivas, cooperativas, competitivas e sustentáveis, precisam interagir e adaptar-se ao complexo cenário de transformações globais.

Por meio da Rede QPC, constituída dos Programas Estaduais e Setoriais, atuando como braço estendido da FNQ, os Critérios de Excelência da Gestão são desdobrados e disseminados pelas organizações, de forma descentralizada, alimentando, com boas práticas de gestão e resultados expressivos, a “Cadeia de Valor Brasil”.

Nosso objetivo é motivar a inovação, a transformação e a participação das organizações na construção de um Brasil e de um mundo melhor, mais conectados e sem as preocupantes desigualdades socioeconômicas ainda existentes.

SUMÁRIO

CAPÍTULO

1

A BUSCA DA EXCELÊNCIA

11

Sobre a FNQ	12
Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade – Rede QPC	13
Os Fundamentos da Excelência em Gestão	14
O Modelo de Excelência da Gestão® (MEG)	16
O Diagrama da Gestão	17
Como utilizar este guia	18
Caminho para a Excelência	19
Estrutura dos Critérios de Excelência	20

CAPÍTULO

2

PERFIL DA ORGANIZAÇÃO

25

CAPÍTULO

3

CRITÉRIOS

33

1. Liderança	34
2. Estratégias e Planos	38
3. Clientes	42
4. Sociedade	46
5. Informações e Conhecimento	50
6. Pessoas	54
7. Processos	58
8. Resultados	62

CAPÍTULO

4

SISTEMA DE PONTUAÇÃO

67

Sistema de pontuação	68
Método de determinação da pontuação de um Critério	69
Fluxo para determinação da pontuação de um Critério	70
Quadro para pontuação – Critérios de processos gerenciais	72
Quadro para pontuação – Critérios de resultados organizacionais	76

ANEXOS

81

Glossário	82
Contatos Rede QPC	84



CAPÍTULO

1

A BUSCA DA EXCELÊNCIA

A Excelência em uma *organização* está relacionada à sua capacidade de perseguir seus propósitos, em completa harmonia com os complexos *ecossistemas* com os quais interage e dos quais depende.

Sobre a FNQ

Criada em 1991, por um grupo de representantes dos setores público e privado, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) procura gerar valor para as suas *partes interessadas*, por meio do apoio à busca permanente da excelência em gestão nas organizações.

Para tanto, promove o Modelo de Excelência da Gestão® (MEG), como instrumento essencial para o desenvolvimento da competitividade, sustentabilidade, ética e *inovação* nas organizações do Brasil, e reconhece as organizações brasileiras que se destacam pela *qualidade* de suas práticas de gestão e pelo seu desempenho por meio do Prêmio Nacional da Qualidade® (PNQ).

A Fundação atua por meio de uma abrangente *rede* de parceiros, engajada no estudo, desenvolvimento, compartilhamento e disseminação do conhecimento sobre a excelência da gestão. Essa *rede*, denominada Rede QPC – Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade, é composta pelos Programas Estaduais e Setoriais voltados para a melhoria da gestão.

Nesse sentido, a FNQ promove e apoia grupos de estudos, núcleos de conhecimento, capacitações, fóruns de debates, seminários, publicações técnicas e temáticas, além de manter o Portal da FNQ (www.fnq.org.br), que disponibiliza recursos virtuais para o aprendizado, como: cursos virtuais, publicações eletrônicas, videoteca, Comunidade de Boas Práticas, artigos, entrevistas, entre outros serviços.

Ainda no rol de suas iniciativas, a FNQ produz e divulga o Indicador Nacional de Maturidade da Gestão (INMG), uma ferramenta que mede a aderência das organizações aos Fundamentos e Critérios de Excelência, por meio das candidaturas aos prêmios de *qualidade* da gestão, como o PNQ e os prêmios estaduais e setoriais.

Como *estratégia* de atuação, a FNQ permanece atenta às transformações no mundo e no ambiente de negócios, com o intuito de incorporá-las a seus conceitos, serviços e práticas, para que sua base de conhecimento corresponda à ampliação de seus objetivos e realizações, na busca da melhoria da competitividade das organizações e do País.

A proposta de atualização permanente da FNQ resulta, entre outras iniciativas, na revisão periódica dos Fundamentos e Critérios de Excelência, como se apresentam nesta primeira edição dos Critérios Primeiros Passos para a Excelência, desenvolvido em conjunto com a Rede QPC.



Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade – Rede QPC

A REDE DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E COMPETITIVIDADE VISA À DISSEMINAÇÃO DO MODELO DE EXCELÊNCIA DA GESTÃO® (MEG) NAS ORGANIZAÇÕES BRASILEIRAS.

A Atuação em *Rede* é um dos Fundamentos da Excelência, essencial para toda *organização* que busca melhorias na gestão e sucesso nos negócios. A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), como instituição que dissemina o Modelo de Excelência da Gestão® (MEG), trabalha em parceria com entidades nacionais, Programas Estaduais e Programas Setoriais, que compõem a Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade – Rede QPC.

Entre as ações e projetos realizados pela FNQ e os Programas parceiros, estão as capacitações oferecidas às organizações, o compartilhamento das melhores práticas de gestão, a premiação e os programas de melhoria, conduzindo as organizações no caminho para a Excelência da Gestão. Com o intuito de facilitar essa trajetória, foram criados instrumentos de avaliação diferenciados, de acordo com o nível de maturidade da gestão das organizações, Primeiros Passos para a Excelência (125 pontos), Compromisso com a Excelência (250 pontos), Rumo à Excelência (500 pontos) e Critérios de Excelência (1.000 pontos). Os três primeiros níveis dos instrumentos são disseminados também pelos Programas Estaduais e Setoriais da Rede QPC; já o último, é disseminado pela Fundação Nacional da Qualidade.

Candidatar-se aos prêmios da Rede QPC representa submeter a *organização* a uma análise aprofundada de sua gestão, efetuada por examinadores voluntários treinados pelos respectivos Programas e guiados por um criterioso Código de Ética, obtendo-se, ao final do processo, um amplo Relatório de Avaliação.

Para a FNQ, essa *rede* de parceiros possibilita o cumprimento de sua *missão* de disseminação dos Fundamentos e Critérios de Excelência, para que as organizações se tornem sustentáveis, cooperativas e gerem valor para a sociedade.

PROGRAMAS DA REDE QPC:

APOIO INSTITUCIONAL



PROGRAMAS ESTADUAIS



PROGRAMAS SETORIAIS



Os Fundamentos da Excelência em Gestão

OS FUNDAMENTOS DA EXCELÊNCIA SE TRADUZEM EM *PROCESSOS GERENCIAIS* E CONSEQUENTES RESULTADOS ENCONTRADOS EM *ORGANIZAÇÕES DE CLASSE MUNDIAL*.

O Modelo de Excelência da Gestão® (MEG) está alicerçado por um conjunto de conceitos denominados Fundamentos da Excelência em Gestão.

Os Fundamentos da Excelência expressam conceitos reconhecidos internacionalmente e traduzem-se em *processos gerenciais* e consequentes resultados, que são encontrados em organizações *classe mundial*, ou seja, aquelas que buscam, constantemente, aperfeiçoar-se e adaptar-se às mudanças globais.

São eles:

- PENSAMENTO SISTÊMICO
- ATUAÇÃO EM REDE
- APRENDIZADO ORGANIZACIONAL
- INOVAÇÃO
- AGILIDADE
- LIDERANÇA TRANSFORMADORA
- OLHAR PARA O FUTURO
- CONHECIMENTO SOBRE CLIENTES E MERCADOS
- RESPONSABILIDADE SOCIAL
- VALORIZAÇÃO DAS PESSOAS E DA CULTURA
- DECISÕES FUNDAMENTADAS
- ORIENTAÇÃO POR PROCESSOS
- GERAÇÃO DE VALOR

PENSAMENTO SISTÊMICO

Compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a *organização*, bem como entre eles e o ambiente com o qual interagem.

ATUAÇÃO EM REDE

Desenvolvimento de relações e atividades, em cooperação entre organizações ou indivíduos com interesses comuns e competências complementares.

APRENDIZADO ORGANIZACIONAL

Busca de maior eficácia e eficiência dos *processos* da *organização* e alcance de um novo patamar de competência, por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de conhecimento e experiências.

INOVAÇÃO

Promoção de um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias, capazes de gerar ganhos de competitividade com *desenvolvimento sustentável*.

AGILIDADE

Flexibilidade e rapidez de adaptação a novas demandas das partes interessadas e mudanças do ambiente, considerando a velocidade de assimilação e o tempo de ciclo dos *processos*.

LIDERANÇA TRANSFORMADORA

Atuação dos líderes de forma inspiradora, exemplar, realizadora e com constância de propósito, estimulando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da *organização*, explorando as potencialidades das culturas presentes, preparando líderes e interagindo com as *partes interessadas*.

OLHAR PARA O FUTURO

Projeção e compreensão de cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a *organização*, no curto e longo prazos, avaliando alternativas e adotando *estratégias* mais apropriadas.

CONHECIMENTO SOBRE CLIENTES E MERCADOS

Interação com *clientes* e *mercados* e entendimento de suas necessidades, expectativas e comportamentos, explícitas e potenciais, criando valor de forma sustentável.

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Dever da *organização* de responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, por meio de um comportamento ético e transparente, visando ao *desenvolvimento sustentável*.

VALORIZAÇÃO DAS PESSOAS E DA CULTURA

Criação de condições favoráveis e seguras para as pessoas se desenvolverem integralmente, com ênfase na maximização do desempenho, na diversidade e fortalecimento de crenças, costumes e comportamentos favoráveis à excelência.

DECISÕES FUNDAMENTADAS

Deliberações sobre direções a seguir e ações a executar, utilizando o conhecimento, gerado a partir do tratamento de informações obtidas em medições, avaliações e análises de desempenho, de riscos, de retroalimentações e de experiências.

ORIENTAÇÃO POR PROCESSOS

Busca de eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os *clientes* e demais partes interessadas.

GERAÇÃO DE VALOR

Alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos *processos* que os potencializam, em níveis de excelência, e que atendam às necessidades das *partes interessadas*.

O Modelo de Excelência da Gestão®

UMA VISÃO SISTÊMICA DA GESTÃO ORGANIZACIONAL

O MODELO DE EXCELÊNCIA DA GESTÃO® (MEG) REFLETE A EXPERIÊNCIA, O CONHECIMENTO E O TRABALHO DE PESQUISA DE DIVERSAS ORGANIZAÇÕES E ESPECIALISTAS DO BRASIL E DO EXTERIOR.

O Modelo de Excelência da Gestão® (MEG) é baseado em:

- 13 Fundamentos da Excelência
- 8 Critérios de Excelência
 - Liderança
 - Estratégias e Planos
 - Clientes
 - Sociedade
 - Informações e Conhecimento
 - Pessoas
 - Processos
 - Resultados
- Sistema de Pontuação
 - Processos gerenciais
 - Resultados organizacionais

No MEG, os Fundamentos de Excelência são expressos por meio de ações gerenciais. Para facilitar sua mensuração, qualitativa ou qualitativa, são propostas questões e solicitações de resultados a serem atendidas pela organização. As questões, em alguns casos, solicitam complementos importantes para a excelência da gestão. O entendimento dessas questões e seus complementos, bem como das solicitações de resultados, é apoiado por meio de orientações e inclui evidências que deveriam existir para sustentar uma avaliação utilizando os Critérios. O Sistema de Pontuação possibilita a avaliação do grau de maturidade da gestão, pontuando *processos gerenciais* e resultados organizacionais.

Além disso, para que a excelência da gestão seja alcançada, são necessárias evidências para sustentar as avaliações apresentadas acima, que são consideradas complementos primordiais dentro do processo. O MEG orienta o passo a passo em cada uma das etapas.

Com o objetivo facilitar o entendimento de conteúdos relacionados, e reproduzir, de forma lógica, a condução

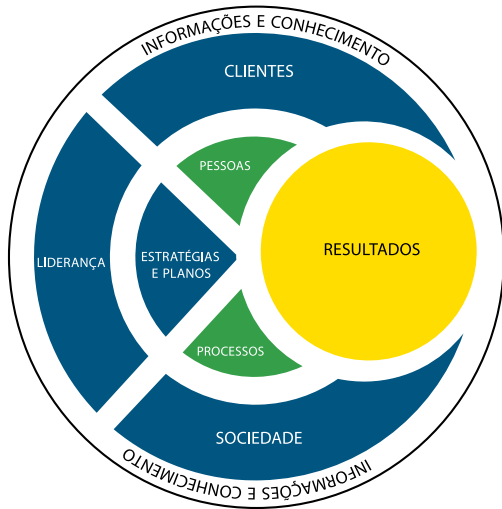
de temas essenciais de uma organização, essas questões são agrupadas por Critérios, que garantem à *organização* uma melhor compreensão de seu *sistema* gerencial, além de proporcionar uma *visão* sistêmica da gestão, do *mercado* e do cenário local ou global onde a empresa atua e se relaciona.

Essas questões trabalham juntas, como uma estrutura única e integrada, para gerir o desempenho da *organização* de forma sistêmica. Responder às questões auxilia a *organização* a alinhar seus recursos; identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria; aprimorar a comunicação, a produtividade e a efetividade de suas ações; e atingir os objetivos estratégicos.

Como resultado, a organização avança em direção à excelência da gestão e gera valor aos clientes e acionistas, à sociedade e a outras partes interessadas, o que contribui para a sua sustentabilidade e perenidade

Vale enfatizar que o Modelo não é prescritivo quanto a ferramentas, à estrutura ou à forma de gerir o negócio. Ele estimula que a organização esteja atenta

A FIGURA REPRESENTATIVA DOS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA SIMBOLIZA A ORGANIZAÇÃO, CONSIDERADA COMO UM SISTEMA ORGÂNICO ADAPTÁVEL AO AMBIENTE.



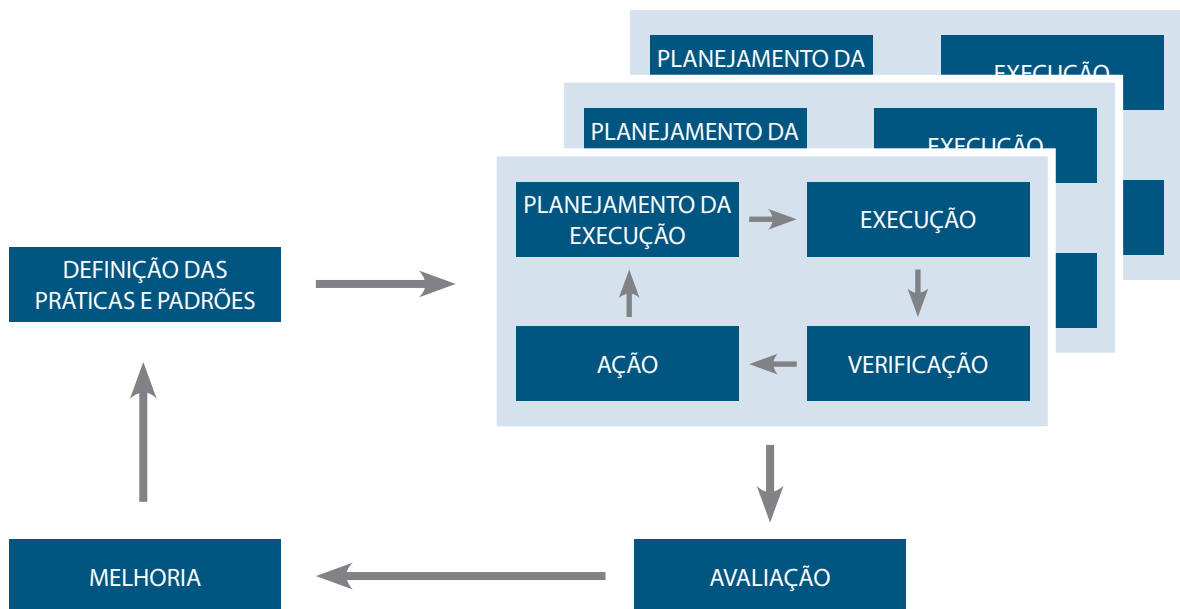
às necessidades e expectativas das diversas partes interessadas e utilize essas informações para formular o seu planejamento estratégico e seus desdobramentos.

Incentiva, ainda, o alinhamento, a integração, o compartilhamento e o direcionamento em toda a organização, para que ela atue com excelência na cadeia de valor e gere resultado a todas as partes interessadas. Sendo uma tradução dos Fundamentos da Excelência, os Critérios estimulam a organização a responder de maneira ágil, assertiva e inovadora aos desafios propostos pelo cenário de negócios.

Na seção “Como usar este guia”, é possível encontrar mais informações sobre como os Critérios poderão auxiliar a organização a melhorar o desempenho e obter resultados sustentáveis.

O Diagrama da Gestão

Em um nível mais detalhado, o Modelo permite verificar, por meio dos oito Critérios, se a implementação do sistema de gestão da organização incorpora o PDCL – do inglês: *Plan* (planejar), *Do* (realizar), *Check* (verificar), *Learn* (aprender) –, como sugerido no Diagrama da Gestão abaixo:



O Diagrama considera, em seu movimento, que a definição das práticas de gestão e de seus padrões gerenciais está presente na *organização* de forma sistemática. As práticas, com abrangência adequada ao perfil da *organização*, são sistematicamente implementadas e executadas a partir de um planejamento e verificadas quanto ao cumprimento dos padrões planejados, promovendo ações de melhoria, sejam corretivas ou preventivas.

Os resultados da aplicação das práticas são então avaliados, promovendo a implementação de melhorias quanto às práticas adotadas ou quanto aos seus padrões gerenciais, gerando, assim, o aprendizado e a integração do *sistema* gerencial.

Por que utilizar os Critérios Primeiros Passos para a Excelência

AO UTILIZAR OS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA COMO REFERÊNCIA, UMA ORGANIZAÇÃO, PÚBLICA OU PRIVADA, PODE IMPLANTAR UM PROGRAMA DE MELHORIA DA GESTÃO, POR MEIO DE AUTOAVALIAÇÕES, E OBTER UM PROFUNDO DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE GESTÃO, ALÉM DE TER A OPORTUNIDADE DE SE CANDIDATAR AOS PRÊMIOS ESTADUAIS E SETORIAIS DA REDE QPC.

O MEG permite às organizações, independentemente de porte ou setor, adaptar as suas práticas de gestão aos conceitos de uma empresa que visa a se tornar Classe Mundial, respeitando a cultura existente. Isso é possível pelo fato de o MEG ser considerado um modelo de referência e aprendizado, no qual não existe prescrição na implementação de práticas de gestão. O Modelo tem como foco o estímulo à *organização* para obtenção de respostas, por meio de práticas de gestão, sempre com vistas à geração de resultados que tornam a *organização* mais competitiva.

Como utilizar este Guia

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO

Para uma *organização* que utiliza o MEG como base para seu programa de melhoria contínua, a avaliação da gestão pode ser feita internamente, pelos seus gestores ou externamente, por meio de uma candidatura aos prêmios estaduais ou setoriais da Rede QPC.

Os conceitos expressos nesta publicação permitem um rico exercício de reflexão sobre a gestão. Ao buscar respostas para as questões aqui contidas, aplica-se um Sistema de Pontuação (capítulo 4 – pág. 66 a 79), que ajudará na identificação das lacunas existentes com relação ao Modelo.

Primeiramente, descreve-se o Perfil da *Organização* (Capítulo 2), para definir o escopo da avaliação. Em seguida, é necessário descrever o *sistema* de gestão e seus resultados, mapeados por meio dos oito Critérios, conforme as questões e solicitações de resultados contidos nos respectivos Critérios (Capítulo 3).

Para descrever essas informações, ver tópicos “Estrutura dos Critérios”; “Processos Gerenciais” e “Resultados Organizacionais”, a seguir.

Caminho para a Excelência

Uma *organização* que está em busca da excelência da gestão passa por etapas e diferentes níveis de maturidade das suas práticas de gestão. O caminho em busca da excelência apresenta marcos relevantes, que definem os estágios de maturidade para o *sistema* de gestão da *organização*. A figura abaixo mostra o caminho, representado na curva de evolução de maturidade e seus respectivos estágios.

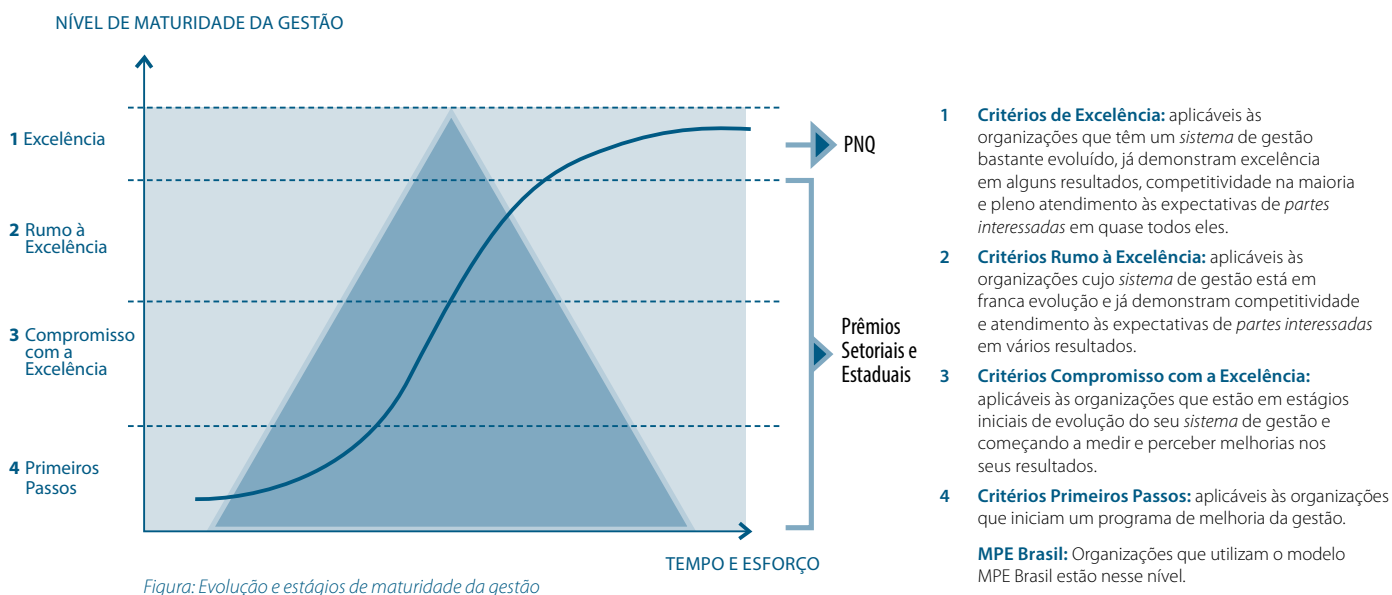


Figura: Evolução e estágios de maturidade da gestão

A EXCELÊNCIA É UM ALVO MÓVEL. SE EM ALGUM INSTANTE CRERMOS TÊ-LA ALCANÇADO, ESTE É O MOMENTO EM QUE A TEREMOS PERDIDO.

Os “Critérios de Excelência” são utilizados pela FNQ para avaliar candidatas ao Prêmio Nacional da Qualidade® (PNQ).

Os Critérios “Primeiros Passos para a Excelência”, “Compromisso com a Excelência” e “Rumo à Excelência”, são derivados dos “Critérios de Excelência” os quais tiveram a quantidade e a profundidade das questões e do *sistema* de pontuação adequadas. São utilizados como referência para as organizações se autoavaliarem e desenvolverem seu *sistema* de gestão gradualmente.

São utilizados também como referência para *processos* de premiação estaduais e setoriais da Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade (Rede QPC), na avaliação de suas candidatas.

O modelo utilizado no Prêmio MPE Brasil, em parceria com Sebrae, MBC, Gerdau e apoio técnico da FNQ, está focado na melhoria da gestão de micro e pequenas empresas (MPEs).

Estrutura dos Critérios

OS OITO CRITÉRIOS
CONTÊM QUESTÕES
OU SOLICITAÇÕES
DE INFORMAÇÕES
ESPECÍFICAS.

CRITÉRIOS

Os Critérios de 1 a 7, relativos aos *Processos Gerenciais*, são compostos por questões que investigam “como” a *organização* realiza determinadas atividades gerenciais de forma sistemática, expressas nessas questões, por meio de ações e seus complementos, isto é, quais são e como funcionam as práticas de gestão que a *organização* adota para atender aos *processos gerenciais* requeridos e seus complementos.

Deve-se apresentar as informações para analisar o ENFOQUE adotado pela *organização* em suas práticas de gestão, a sua APLICAÇÃO abrangente, o APRENDIZADO incorporado nas práticas e sua INTEGRAÇÃO ao *sistema* de gestão. As questões são avaliadas por meio do *Sistema* de Pontuação (ver detalhes no Capítulo 4).

O MEG é um modelo que se adapta ao perfil da *organização*, por isso, as solicitações das questões que forem consideradas de menor importância, levando em conta seu modelo de negócio, *setor de atuação* e aspectos culturais, não precisam ser respondidas, desde que o fato seja justificado no local da questão. Se a justificativa não for considerada pertinente em uma avaliação utilizando os Critérios, o avaliador poderá não aceitar e questionar a *organização*.

O Critério 8, relativo aos Resultados Organizacionais, requer a apresentação de informações para avaliação de resultados em termos de RELEVÂNCIA, MELHORIA, COMPETITIVIDADE e COMPROMISSO. As informações são avaliadas por meio do *Sistema* de Pontuação (ver mais detalhes no Capítulo 4).

COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA E EVIDÊNCIAS REQUERIDAS

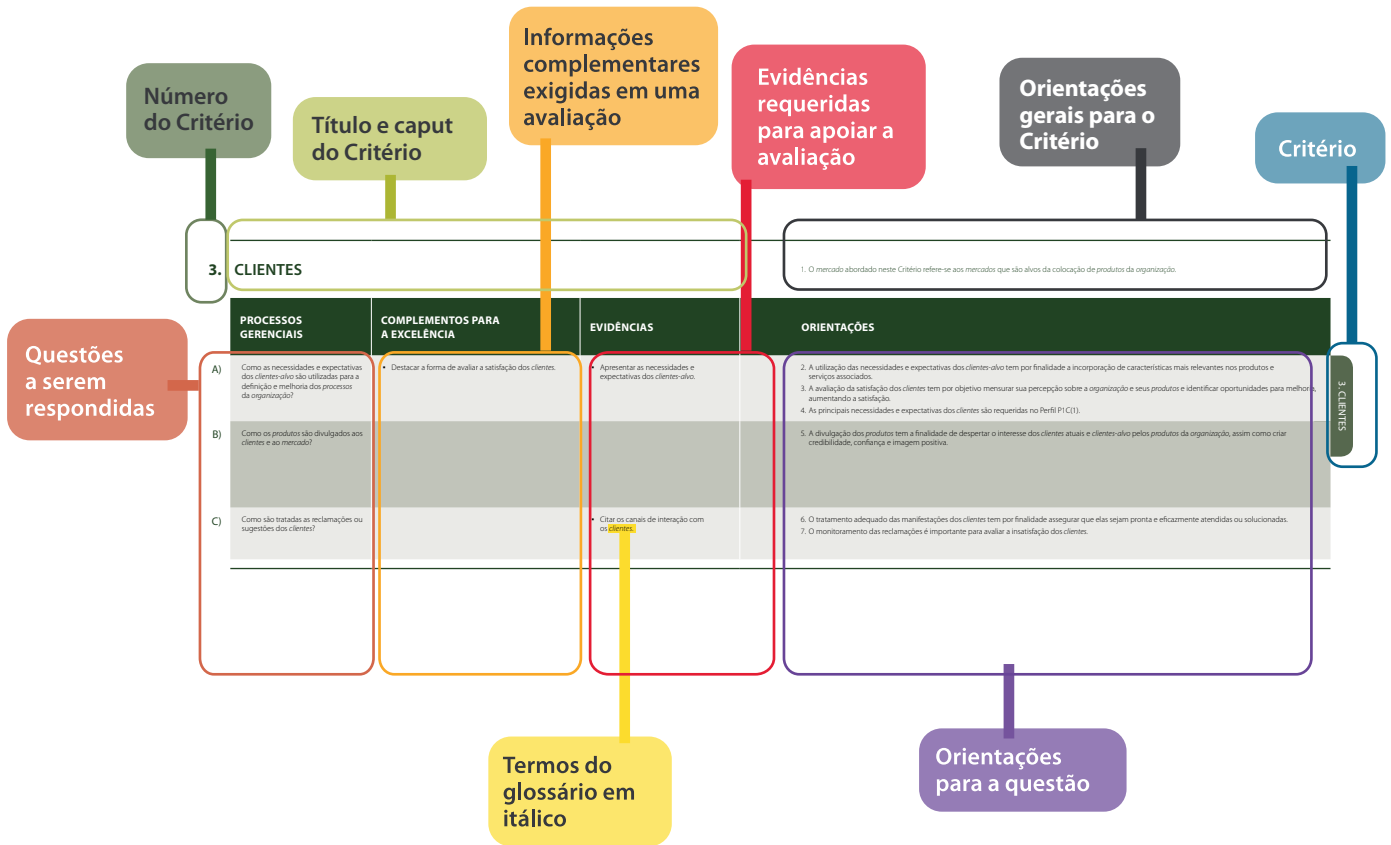
Em uma avaliação utilizando esses Critérios, são solicitadas informações complementares, para buscar a excelência em algumas *práticas de gestão* (chamadas “Complementos para a Excelência”).

As evidências requeridas ao lado de algumas questões definem informações, que servem para demonstrar a existência do processo gerencial e devem ser apresentadas no caso de uma avaliação.

ORIENTAÇÕES

As orientações ao lado de cada questão visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, inter-relacionamentos com outros *processos gerenciais*, exemplos, abrangência esperada e outras explicações importantes. As orientações devem levar em conta o Perfil e as *estratégias* da *organização* ao serem consideradas.

ESTRUTURA DOS CRITÉRIOS



PROCESSOS GERENCIAIS

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR O ENFOQUE

- Uma ou mais práticas de gestão que realizam, no conjunto, sistematicamente e sem descontinuidade, as atividades gerenciais requeridas, respeitando eventuais características específicas de cada questão;
- Padrões gerenciais para a(s) prática(s), incluindo responsáveis, métodos, periodicidade, suficientes para orientar sobre o funcionamento das práticas;
- Aspectos suficientes de proatividade incorporados na(s) prática(s), como, por exemplo: planejamento, redundância, testes-piloto, listas de verificação ou qualquer outro aspecto que promova a antecipação a problemas;
- Aspectos suficientes de agilidade presentes na(s) prática(s) de gestão, que promovam a pronta percepção de mudanças no ambiente, a celeridade na tomada de decisão ou a implementação ágil de ações necessárias. São exemplos: a desburocratização, padrões de tempo para resposta ágil, reuniões de análise de desvios e realocação de recursos, provisões financeiras para ações corretivas ou emergências, métodos de análise e solução de problemas, preparação de planos alternativos, testes de prontidão, grupos de prontidão, times de intervenção rápida, profissionais com múltiplas habilidades, estrutura de suplência em funções críticas gerenciais, periodicidade do ciclo de execução da prática compatível com o Perfil e *estratégias* ou qualquer outro aspecto que demonstre agilidade;
- Formas, maneiras ou métodos para atender, na(s) prática(s), sistematicamente, aos complementos para excelência eventualmente solicitados para os *processos gerenciais* nas questões.

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A APLICAÇÃO

- Abrangência da(s) prática(s), no conjunto, compatíveis com o escopo necessário e suficiente para a eficácia dos *processos gerenciais*, sendo ele inerente a cada questão. Esse escopo pode abranger áreas, *processos*, *produtos*, partes interessadas, segmentos, tipos de informação ou de risco, aspectos analisados ou outra dimensão implícita ou explícita nas próprias questões ou em suas orientações, de forma compatível com o Perfil e *estratégias*;
- Formas de controle aplicadas para assegurar a observância aos padrões gerenciais da(s) prática(s) de gestão, podendo ser soluções gerais, aplicadas também sobre outras práticas, ou específicas;
- Evidências solicitadas para serem citadas ou apresentadas, em algumas questões.

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR O APRENDIZADO

- Aperfeiçoamento recente (três anos), visando ao aumento da eficiência ou eficácia gerencial, incorporado ou representado pela(s) prática(s).

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A INTEGRAÇÃO

- Inter-relacionamento da(s) prática(s) de gestão com outras, denotando uma *rede* de consequências no *sistema* de gestão, i.e., a(s) prática(s) de gestão influenciam ou são influenciadas por outras;
- Cooperação entre áreas mais afetadas pela(s) prática(s) de gestão, no seu desenvolvimento ou realização;
- Coerência com valores, princípios, *estratégias* e objetivos organizacionais na realização da(s) prática(s) de gestão.

RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A RELEVÂNCIA

Apresentação de resultados, por meio de *indicadores* estratégicos e operacionais relevantes, identificados na forma solicitada nas diretrizes do Critério 8, que sejam suficientes para avaliar o desempenho da *organização*, de acordo com a solicitação de cada Critério, e compatíveis com o Perfil, *estratégias* e *processos*, incluindo estratificações ou agrupamentos eventualmente requeridos.

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A MELHORIA

Apresentação de séries históricas, nos *indicadores* relevantes que forem usados para mostrar o progresso dos resultados ao longo do tempo. Deve-se demonstrar pelo menos dois últimos exercícios ou ciclos de avaliação, ou uma quantidade maior de exercícios ou ciclos, que forem necessários para se perceber uma melhoria ou estabilização em nível aceitável, i.e., em nível suficientemente competitivo ou cumprindo compromisso com *requisito de parte interessada*, ou ambos, de forma compatível com as *estratégias*. Incluir explicações como solicitadas no Critério 8.

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A COMPETITIVIDADE

Apresentação de *referenciais comparativos pertinentes* do setor, de fora dele, ou do *mercado*, referentes ao último exercício ou ciclo de avaliação, nos *indicadores* relevantes, que sejam comparáveis, utilizados para avaliar a competitividade. Incluir explicações, conforme solicitado no Critério 8. Consultar os termos "*Mercado*" e "*Referencial comparativo pertinente*" no glossário.

INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A COMPROMISSO

Apresentação de requisitos de partes interessadas nos *indicadores* relevantes, na forma de níveis mínimos ou máximos, ou de melhorias ou estabilizações requeridas, no último exercício ou ciclo de avaliação, que expressam suas necessidades e expectativas, representando compromissos assumidos pela *organização*. Incluir explicações como solicitadas no Critério 8. Consultar o termo "*Requisito de parte interessada*" no glossário.

As orientações ao lado de cada questão de Resultado Organizacional visam a ajudar o leitor a compreender os resultados esperados. As orientações devem levar em conta o Perfil e as *estratégias* da *organização* ao serem consideradas.



CAPÍTULO

2

PERFIL DA ORGANIZAÇÃO

O Perfil da *organização* serve para resumir o seu modelo de negócio, visando a delimitar o escopo da avaliação.

O Perfil propicia uma *visão* geral da *organização* e inclui informações resumidas sobre a natureza e suas atividades, propósitos, partes interessadas e *redes* de relacionamento, *produtos*, *processos* da *cadeia de valor*, concorrência e ambiente competitivo, iniciativas de busca da excelência, e estrutura organizacional.

No caso de preparo de um relatório para candidatura a Prêmios Estaduais ou Setoriais, as informações, na forma de redação livre, figuras e tabelas, devem observar a ordem dos tópicos solicitados.

Não se deve incluir apresentação de práticas de gestão no Perfil. Essas informações são solicitadas nos Critérios de 1 a 7. As informações quantitativas devem se limitar ao que foi solicitado, já que os resultados organizacionais são solicitados no Critério 8.

P1. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A) INSTITUIÇÃO, PROPÓSITOS E PORTE DA ORGANIZAÇÃO

- (1) Denominação simplificada da *organização*.
- (2) Forma de atuação:
Autarquia, órgão público, empresa de capital aberto, empresa de capital fechado, fundação, instituto, etc., ou unidade autônoma de algum desses.
Informar a estrutura societária, de mantenedores ou de governo, indicando forma de controle (conselhos de acionistas, sócios, mantenedores, instituidores, instâncias de governo, diretoria corporativa ou outros).
No caso de unidade autônoma, informar a denominação e a forma de atuação da *organização controladora* e a denominação de eventuais organizações em níveis intermediários. Informar também, nesse caso, o relacionamento institucional com a *controladora*, indicando as porcentagens de sua *força de trabalho* e da receita bruta global em relação à *controladora*.
- (3) Data de instituição da *organização*:
Informar pequeno histórico da origem da *organização*, mencionando apenas datas e fatos relevantes (fundação, criação, aquisições, fusões, desmembramentos, incorporações, separações, alteração de controle acionário, troca do principal executivo etc.).
- (4) Descrição do negócio:
Destacar a natureza atual das atividades da *organização* ou atividade-fim (*missão* básica).

Informar o *setor de atuação*. Por exemplo: construção civil, montadora de automóveis, serviços de saúde, serviços de *software*, turismo, terceiro setor, concessionária de serviços públicos, administração pública, ensino particular.

- (5) Informações sobre o porte da *organização*:
Usar informações pertinentes ao setor. Por exemplo: faturamento, número de *clientes*, número de transações comerciais, quantidade de instalações, volumes produzidos.

B) PRODUTOS E PROCESSOS DA CADEIA DE VALOR

- (1) Principais *produtos* da *organização*:
Sumarizar os principais *produtos* produzidos e disponibilizados aos *clientes*, relacionados diretamente à atividade-fim da *organização* (compatibilizar com os tipos de *clientes* informados no tópico “d”, alínea 3, a seguir).
- (2) *Processos* da *cadeia de valor* (ver glossário):
Informar quais são esses *processos* e fornecer uma descrição sucinta da finalidade de cada um.

Nota: Se a *organização* classifica *processos* de gestão entre os *processos* da *cadeia de valor*, sejam eles de responsabilidade própria ou corporativa, como no caso de uma unidade autônoma, não precisam ser aqui incluídos, podendo ser citados nas respostas das questões aplicáveis dos Critérios de 1 a 7. Eles não são objeto das questões do Critério 7, que abordam a gestão dos *processos* da *cadeia de valor* essencialmente operacionais.

- (3) Principais equipamentos, instalações e tecnologias utilizadas pela *organização*.

C) QUADRO RESUMO DE PARTES INTERESSADAS E REDES DE ATUAÇÃO

- (1) Descrição sucinta, na forma de quadro, das principais partes interessadas, contendo as colunas:

- Denominação da *parte interessada*, incluindo subdivisões por tipo, quando aplicável;
- Principais interlocutores ou representantes;
- Principais necessidades e expectativas.

- (2) Se aplicável à *organização*, descrição sucinta, na forma de quadro, das principais *redes* em que a *organização* atua ou que atuam dentro dela, contendo as colunas:

- Denominação da *rede*;
- Principais interlocutores ou representantes, quando existirem;
- Principais propósitos da *rede*;
- Forma de atuação da *organização* na *rede*.

D) DETALHES SOBRE PARTES INTERESSADAS ESPECÍFICAS

Informar, caso integrem o quadro de partes interessadas e na denominação utilizada pela *organização*, as seguintes partes interessadas:

- (1) Sócios, mantenedores ou instituidores:
- Composição da sociedade ou identificação dos membros mantenedores ou instituidores da *organização*;
 - Denominação da instância *controladora* imediata, integrante da administração à qual a *organização* se subordina (conselho de administração da sociedade anônima ou de sócios de empresa limitada, diretoria corporativa da unidade autônoma, órgão do governo acionista da empresa pública ou *controlador* do órgão da administração pública, conselho de mantenedores da *organização* sem fins lucrativos etc.).
- (2) *Força de trabalho*:
- Composição da *força de trabalho*, incluindo quantidade de pessoas por regime jurídico de vínculo (empregados, servidores, voluntários,

cooperados, empregados de terceiros sob coordenação direta da *organização*, temporários, autônomos, comissionados, sócios ou outro regime);

- Informar os percentuais da *força de trabalho*, por nível de escolaridade e de chefia ou gerencial.

- (3) *Clientes e mercados-alvo*:

- Principais *mercados-alvo* nos ramos de atuação da *organização* e, caso haja, principais segmentos desses *mercados* onde se encontram os *clientes-alvo*. Incluir eventuais delimitações territoriais, estratégicas ou compulsórias, dos *mercados-alvo*;
- Denominação dos principais tipos, caso existam, de *clientes*, em cada segmento de *mercado* e os principais *produtos* colocados. Exemplo de denominação de *clientes*: consumidores, usuários, compradores, contratantes, contribuintes, cidadão, sociedade – quando beneficiária direta do *produto* – e outros beneficiários diretos dos *produtos* fornecidos;

Nota: No caso de unidades autônomas, deve-se incluir como um tipo de cliente as outras unidades da mesma organização controladora, que também sejam beneficiárias significativas de seus produtos, para qualquer finalidade.

- Citar as organizações que atuam entre a *organização* e seus *clientes* (exemplo: distribuidores, revendedores ou representantes), informando em (6), a seguir, aquelas consideradas parceiras.

- (4) *Fornecedores*:

- Denominação dos principais tipos de *fornecedores* que compõem a *cadeia de suprimento* imediata da *organização*. Quando aplicável, incluir também a sociedade, os próprios *clientes* e as unidades do mesmo *controlador*, sempre que se tratar de *fornecedores* de importantes matérias-primas ou insumos contínuos, para a *organização* realizar a sua missão. Citar os principais *produtos*, matérias-primas e serviços por eles fornecidos e os valores aproximados de aquisições de cada tipo. No caso de *fornecedores* do mesmo *controlador*, cujos valores de aquisição sejam repassados indiretamente, informar o montante aproximado referente a esses, nem que sejam computados por meio de valores contábeis, provenientes de rateios, taxas ou operações similares. Informar eventuais tipos de *fornecedores* considerados parceiros – ver (6) a seguir;

- Eventuais particularidades e limitações no relacionamento com *fornecedores*;
 - Informar, quando existir e representar, comparativamente ao total da *força de trabalho* mais de 5%, a quantidade de empregados de terceiros, sem coordenação direta da *organização* candidata, e as principais atividades executadas por eles, quando essas atividades estiverem associadas aos *processos* da *cadeia de valor*.
- (5) Sociedade:
- Denominação dos principais órgãos reguladores do *mercado* ou setor em que a *organização* atua;
 - Principais comunidades com as quais a *organização* se relaciona;
- (6) Parceiros:
- Denominação dos principais parceiros;
 - Informar os objetivos comuns associados, as datas de início das parcerias e as principais competências compartilhadas.
- Mencionar os principais impactos negativos potenciais que os *produtos*, *processos* e instalações da *organização* causam na sociedade como um todo e nas comunidades, desde o projeto até a disposição final;
 - Descrever os passivos ambientais da *organização* e sua situação, ou declarar inexistência;
 - Informar a quantidade de estagiários e Jovens Aprendizizes na *organização*.

P2. CONCORRÊNCIA E AMBIENTE COMPETITIVO

A) AMBIENTE COMPETITIVO

- (1) Informar se há algum tipo de concorrência direta de *produtos* similares, fornecidos por outras organizações, ou concorrência indireta, por meio da aquisição ou produção de *produtos* ou soluções equivalentes, por parte dos *clientes*, em qualquer outra fonte alternativa que não seja a própria *organização*, para alcançar os mesmos benefícios. Citar as organizações concorrentes e sua natureza (pública, privada, nacional ou internacional etc.).

Na impossibilidade de caracterizar a concorrência direta ou indireta, informar as possíveis consequências diretas da perda de eficiência, de toda ou de parte da *organização* (Exemplo: elevação de preços ou desabastecimento em *mercados* cativos; intensificação da demanda reprimida – filas; aumento de denúncias, *processos* ou liminares; perda da razão de existir ou de partes da *missão*; terceirização de atividades ineficientes; perda ou recusa de *clientes*; perda de valor da *organização*; encerramento de atividades; intervenção de órgãos regulares etc.);

- (2) Informar a parcela de *mercado* da *organização* e dos seus principais concorrentes (se for *organização* atuante em *mercado* competitivo);

- (3) Citar os principais fatores que diferenciam a *organização* perante concorrentes ou congêneres no setor;
- (4) Principais mudanças que estão ocorrendo no ambiente competitivo, que possam afetar o *mercado* ou a natureza das atividades.

B) DESAFIOS ESTRATÉGICOS

- (1) Principais desafios ou barreiras em relação à manutenção ou ao aumento da competitividade (Exemplos: alteração da *missão* ou abrangência de atuação; entrada em novos *mercados* ou novos segmentos; mudanças de controle ou de estrutura de gestão; adequação a novas exigências da sociedade; captação de recursos para investimento e implementação de *estratégias* específicas);
- (2) Estabelecimento, ampliação ou reconfiguração de parcerias ou alianças estratégicas;
- (3) Estágio da introdução de novas tecnologias importantes, incluindo as de gestão.

P3. ASPECTOS RELEVANTES

- (1) Requisitos legais e regulamentares no ambiente da *organização*, incluindo os relativos à saúde ocupacional, à segurança e à proteção ambiental, e os que interferem ou restringem a gestão econômico-financeira e dos *processos* organizacionais;
- (2) Eventuais sanções ou conflitos de qualquer natureza, envolvendo obrigações de fazer ou não fazer, com decisão pendente ou transitada em julgado imposta nos últimos três anos, referente aos requisitos legais, regulamentares, éticos, ambientais, contratuais ou outros, declarando a inexistência, se for o caso. Omitir os conflitos trabalhistas com empregados, que não sejam coletivos, desde que não estejam relacionados com a saúde e segurança no trabalho;
- (3) Outros aspectos peculiares da *organização*.

P4. INICIATIVAS DE BUSCA DA EXCELÊNCIA

Descrever a cronologia e os fatos mais relevantes da jornada da *organização* no aperfeiçoamento de sua gestão, principalmente nos últimos 10 anos ou menos.

P5. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

- (1) Apresentar o organograma com os nomes dos responsáveis pelas áreas, *processos* ou funções e quantidade de pessoas, informando o local de lotação, se existir mais de um endereço de instalação. Destacar quem faz parte da *direção*. Se a *organização* for uma unidade autônoma, o organograma deve conter os principais vínculos com a *organização controladora* e com as demais unidades;
- (2) Incluir lista ou quadro com os nomes das principais equipes, temporárias ou permanentes, formadas por pessoas de diferentes áreas para apoiar, planejar ou realizar a gestão (comitês, comissões, grupos de trabalho, times etc.), destacando, se houver, qualquer representante de *parte interessada*, indicando o nome dos coordenadores.

QUADRO DE PONTUAÇÃO MÁXIMA DOS CRITÉRIOS

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. LIDERANÇA	17
2. ESTRATÉGIAS E PLANOS	10
3. CLIENTES	10
4. SOCIEDADE	6
5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO	6
6. PESSOAS	10
7. PROCESSOS	16
8. RESULTADOS	50
TOTAL GERAL	125



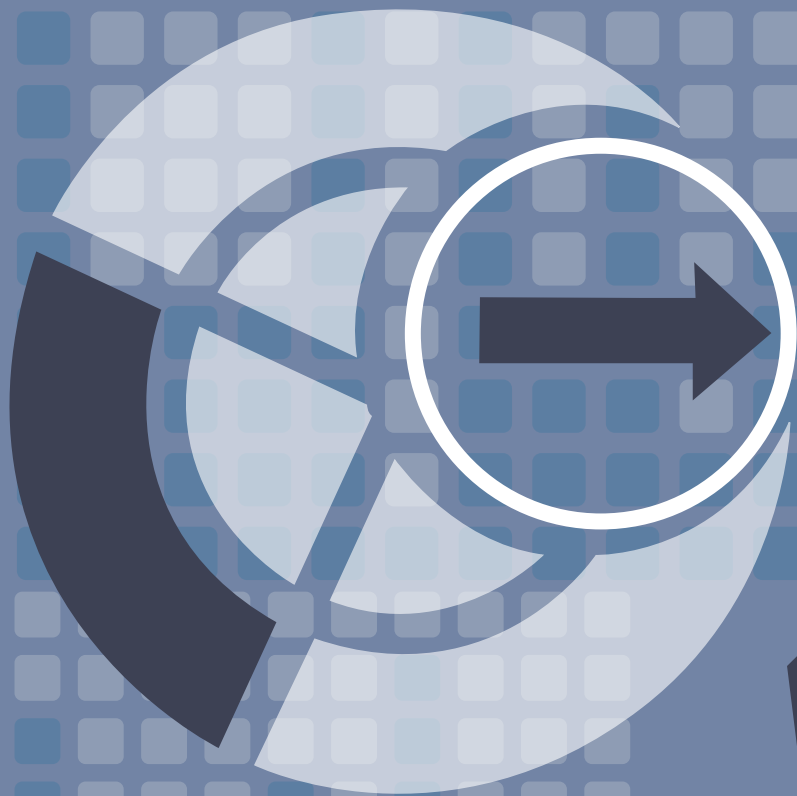


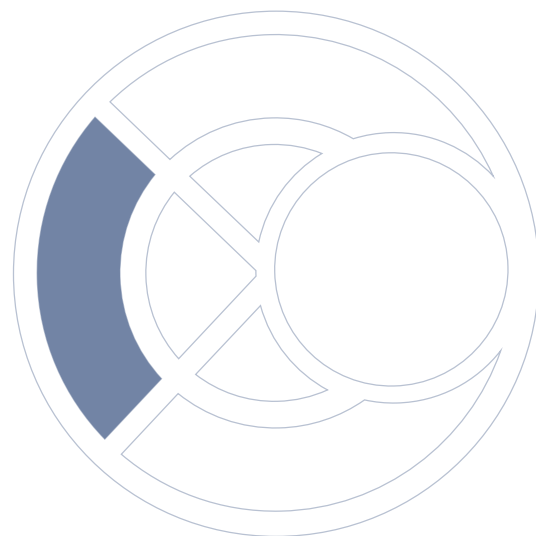
CAPÍTULO

3

CRITÉRIOS

1. Liderança
2. Estratégias e Planos
3. Clientes
4. Sociedade
5. Informações e Conhecimento
6. Pessoas
7. Processos
8. Resultados





1 LIDERANÇA

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos à cultura organizacional e desenvolvimento da gestão, *governança*, exercício da liderança e análise do desempenho da *organização*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

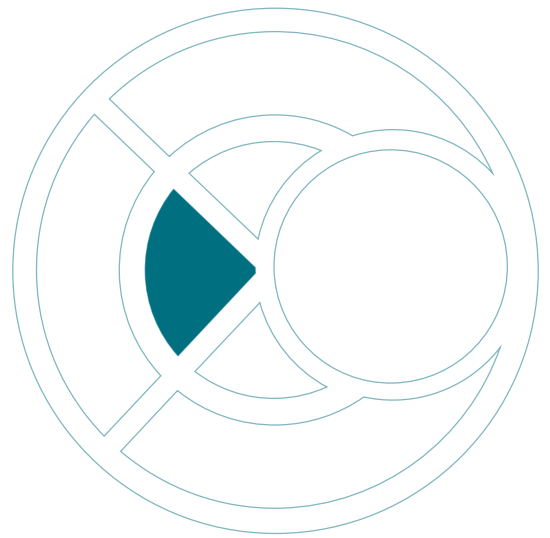
1. LIDERANÇA

PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A) Como são comunicados os valores e princípios organizacionais e padrões de conduta, interna e externamente?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar os valores, os princípios organizacionais e padrões de conduta. 	
B) Como é promovida a melhoria nos processos gerenciais?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacar a forma de verificar o cumprimento dos padrões gerenciais relativos aos processos gerenciais mais importantes. 		
C) Como as principais decisões tomadas são acompanhadas?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacar a forma de prestação de contas de ações e resultados aos controladores pela direção. 		
D) Como a direção interage com os clientes e com a força de trabalho?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacar a forma de internalizar as necessidades e expectativas das partes interessadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Citar os objetivos das principais interações realizadas com as partes interessadas. 	
E) Como a direção analisa o desempenho da organização?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destacar as formas de utilização, na avaliação do desempenho, de metas e referências comparativas pertinentes e requisitos relativos a clientes e mercado-alvo. 		

ORIENTAÇÕES

1. A comunicação dos valores, princípios organizacionais e padrões de conduta tem a finalidade de desenvolver um sentimento coletivo de pertencer a um grupo de pessoas que compartilham e perseguem os mesmos ideais, potencializando a contribuição de cada um.
2. A apresentação dos valores e princípios organizacionais inclui, por exemplo, as declarações de *missão*, *visão*, credos e outras categorias de princípios porventura existentes.
3. A melhoria dos *processos gerenciais* tem o objetivo de torná-los mais eficientes e eficazes, incorporando padrões aprimorados, de forma integrada.
4. A melhoria dos *processos gerenciais* faz parte do ciclo de aprendizado que integra o PDCL, preconizado pelo Diagrama da Gestão (Capítulo 1).
5. A verificação do cumprimento dos principais padrões para os *processos gerenciais* visa a estimular, por meio do controle, a aplicação desses padrões pelos gestores e, conseqüentemente, promover a *qualidade* da gestão.
6. O acompanhamento das decisões visa a assegurar que as ações decididas sejam colocadas em prática e concluídas.
7. A tomada de decisão abrange os métodos coordenados para deliberar e decidir direções a seguir e ações a realizar, em todos os níveis, em alinhamento às *estratégias* e objetivos da *organização*.
8. A interação da *direção* com os *clientes* e *força de trabalho* tem por objetivo conhecer e compreender, sem intermediários, seus principais anseios, identificar o valor percebido na *organização* e em seus *produtos* e informá-las sobre as políticas e *metas* institucionais, buscando oportunidades, engajamento, validando *estratégias* e gerando credibilidade em relação à *organização*.
9. A interação com *clientes* e *força de trabalho* pode incluir aquelas realizadas por intermédio da estrutura de liderança adotada.
10. As principais necessidades e expectativas das partes interessadas são requeridas no Perfil P1C(1).
11. A análise do desempenho da *organização* tem a finalidade de estimular o comprometimento dos diversos níveis da estrutura de liderança com o alcance de *metas*, por meio do controle de resultados, incluindo a avaliação do nível de competitividade da *organização* no *mercado* ou *setor de atuação* e a verificação do atendimento às necessidades dos *clientes*.
12. Na apresentação de resultados no Critério 8, que expressem os principais requisitos de *clientes*, coerentes com as suas necessidades e expectativas mencionadas no Perfil P1C(1), deve-se demonstrar que esses requisitos estejam sendo atendidos.





2 ESTRATÉGIAS E PLANOS

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos à formulação e implementação das *estratégias*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência.

Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

2. ESTRATÉGIAS E PLANOS

	PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS
A)	Como são definidas as <i>estratégias</i> a serem adotadas pela <i>organização</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de identificar as forças impulsionadoras e restritivas do ambiente externo e interno. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar as principais <i>estratégias</i> e objetivos da <i>organização</i>.
B)	Como são definidos os planos de ação para o êxito das <i>estratégias</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de definir os <i>indicadores</i> e <i>metas</i> para avaliação do êxito das <i>estratégias</i>. Destacar a maneira utilizada pela <i>direção</i> para acompanhar a implementação dos planos de ação. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar as principais ações planejadas ou projetos, <i>indicadores</i> e <i>metas</i> estratégicos.

ORIENTAÇÕES

1. A definição das *estratégias* tem como finalidade estabelecer os objetivos e as iniciativas necessárias para cumprir a *missão* e alcançar a *visão* de futuro da *organização*, aproveitando as forças impulsionadoras e contornando as forças restritivas provenientes do ambiente externo e do ambiente interno.
2. A definição de *estratégias* se refere à abordagem da *organização* para se preparar para o futuro.
3. As forças impulsionadoras e restritivas do ambiente externo abrangem aquelas provenientes do *macroambiente*, das características do *setor de atuação* e dos mercados de atuação.
4. As forças impulsionadoras e restritivas do ambiente interno abrangem aquelas relacionadas à *força de trabalho*, infraestrutura, questões econômico-financeiras, *processos*, tecnologias, capacidades, informações e outros. Entre as forças impulsionadoras do ambiente interno mais importantes, encontram-se os *ativos intangíveis*.
5. A definição dos planos de ação tem a finalidade de selecionar projetos ou ações que possibilitam alcançar as estratégias definidas e os resultados definidos pelas *metas*.
6. Os planos de ação são também conhecidos como projetos estratégicos.
7. A definição de *indicadores* e *metas* deve permitir a avaliação da eficácia das *estratégias*.
8. Os resultados dos *indicadores* citados nesta questão devem ser apresentados no Critério 8, exceto os relativos aos *indicadores* em início de uso, que não sejam comparáveis e que não expressem requisitos de *partes interessadas*.





3 CLIENTES

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos à análise e desenvolvimento de *mercado* e ao relacionamento com *clientes*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência.

Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

3. CLIENTES

	PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A)	Como as necessidades e expectativas dos <i>clientes-alvo</i> são utilizadas para a definição e melhoria dos <i>processos</i> da <i>organização</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de avaliar a satisfação dos <i>clientes</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar as necessidades e expectativas dos <i>clientes-alvo</i>. 	
B)	Como os <i>produtos</i> são divulgados aos <i>clientes</i> e ao <i>mercado</i> ?			
C)	Como são tratadas as reclamações ou sugestões dos <i>clientes</i> ?		<ul style="list-style-type: none"> Citar os canais de interação com os <i>clientes</i>. 	

1. O *mercado* abordado neste Critério refere-se aos *mercados* que são alvos da colocação de *produtos* da *organização*.

ORIENTAÇÕES

2. A utilização das necessidades e expectativas dos *clientes-alvo* tem por finalidade a incorporação de características mais relevantes nos produtos e serviços associados.
3. A avaliação da satisfação dos *clientes* tem por objetivo mensurar sua percepção sobre a *organização* e seus *produtos* e identificar oportunidades para melhoria, aumentando a satisfação.
4. As principais necessidades e expectativas dos *clientes* são requeridas no Perfil P1C(1).
5. A divulgação dos *produtos* tem a finalidade de despertar o interesse dos *clientes* atuais e *clientes-alvo* pelos *produtos* da *organização*, assim como criar credibilidade, confiança e imagem positiva.
6. O tratamento adequado das manifestações dos *clientes* tem por finalidade assegurar que elas sejam pronta e eficazmente atendidas ou solucionadas.
7. O monitoramento das reclamações é importante para avaliar a insatisfação dos *clientes*.





4 SOCIEDADE

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos à responsabilidade socioambiental e ao desenvolvimento social.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

4. SOCIEDADE

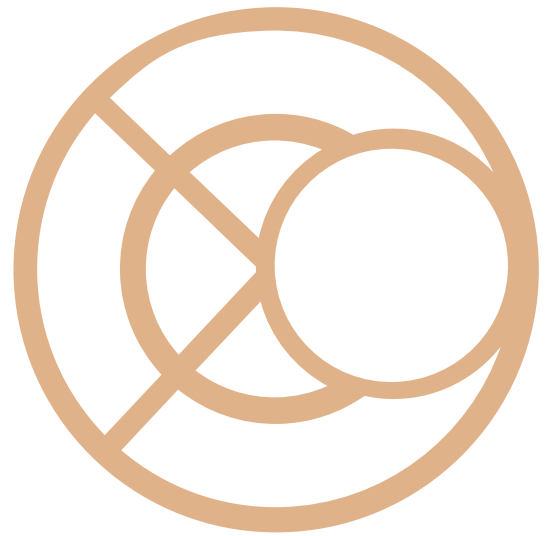
PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A) Como a <i>organização</i> atua para se manter na legalidade?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar de que maneira são tratadas as pendências ou eventuais sanções. No caso de inexistência, declarar formalmente a situação. 		
B) Como a <i>organização</i> trata impactos sociais e ambientais adversos decorrentes de seus <i>produtos</i> , <i>processos</i> e instalações?			
C) Como a <i>organização</i> participa, de forma voluntária, em ações de preservação ambiental e de desenvolvimento da sociedade?		<ul style="list-style-type: none"> Citar os principais projetos implementados ou apoiados. 	

1. A sociedade inclui as comunidades existentes no entorno das instalações da *organização*, quando a presença das instalações no local for relevante.

ORIENTAÇÕES

2. A atuação para se manter na legalidade tem a finalidade de monitorar, analisar e atender às leis, regulamentos e normas aplicáveis à *organização*, que representam necessidades e expectativas formais da sociedade.
3. A *organização* pode traduzir a condição de legalidade em requisitos de desempenho, por exemplo, de conformidade.
4. O tratamento de impactos sociais e ambientais adversos tem a finalidade de inventariar, priorizar e viabilizar o tratamento preventivo daquilo que a *organização* pode causar de negativo, direta ou indiretamente, à sociedade e aos *ecossistemas* em decorrência de seus *produtos*, de seus *processos* e de suas instalações.
5. Os impactos adversos são aqueles sobre os quais a *organização* tem influência e devem ser considerados ao longo do ciclo de vida do *produto*, desde o projeto até a disposição final ou reutilização. Entre os impactos sociais, incluem-se aqueles relativos à segurança, saúde e *qualidade* de vida dos usuários e da população em geral, que possam advir dos *produtos*, *processos* e instalações da *organização*.
6. Os principais impactos adversos, bem como os passivos ambientais, se existirem, são requeridos no Perfil P1D(5).
7. A participação voluntária, em ações de preservação ambiental visa a comprometer a *organização* com a causa da sustentabilidade do planeta, além das exigências legais e regulamentares.
8. A participação voluntária em ações de desenvolvimento da sociedade visa a comprometer a *organização* com a melhoria da *qualidade* de vida da população e com o desenvolvimento setorial, local, regional ou nacional, além de exigências legais e regulamentares. As ofertas de vagas para estagiários podem ser consideradas ações de desenvolvimento social.





5 INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos às informações da *organização* e ao conhecimento organizacional.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

	PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A)	Como são disponibilizados os principais <i>sistemas</i> de informação para apoiar a operação e o gerenciamento da <i>organização</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar os métodos de segurança de informação utilizados para buscar assegurar a <i>confidencialidade</i> e a <i>disponibilidade das informações</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Citar os principais <i>sistemas</i> de informação em uso e sua finalidade. 	
B)	Como os conhecimentos mais importantes da <i>organização</i> são difundidos?		<ul style="list-style-type: none"> Informar os conhecimentos mais importantes da <i>organização</i>. 	

ORIENTAÇÕES

1. A disponibilização de *sistemas* de informação tem a finalidade de aumentar a produtividade e a *qualidade* no trato da informação, por meio de ferramentas e tecnologias.
2. Os *sistemas* de informação podem incluir *sistemas* não informatizados, visando a atender as necessidades de informação e de seu tratamento, como, por exemplo, *sistemas* de gestão à vista, *sistemas* de controle visuais, *sistema* de manuais, *sistema* de prontuários, *sistemas* de documentos para operação manual.
3. A segurança das informações busca assegurar a *confidencialidade*, com a finalidade de restringir o acesso e a distribuição das informações aos usuários e públicos autorizados a recebê-las, protegendo o acervo de informações da *organização* contra o uso indevido. A *confidencialidade* pressupõe que somente pessoas autorizadas tenham acesso às informações.
4. A segurança das informações busca assegurar a disponibilidade, visando a garantir a continuidade da infraestrutura de utilização das informações em situações de emergência.
5. A difusão dos conhecimentos mais importantes da *organização* tem a finalidade de retê-los e multiplicá-los.
6. Os conhecimentos devem ser difundidos à *força de trabalho* e demais *partes interessadas*, que tenham a necessidade explícita de utilizá-los.





6 PESSOAS

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos aos *sistemas de trabalho*, à *capacitação e desenvolvimento*, à *satisfação e à qualidade de vida*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

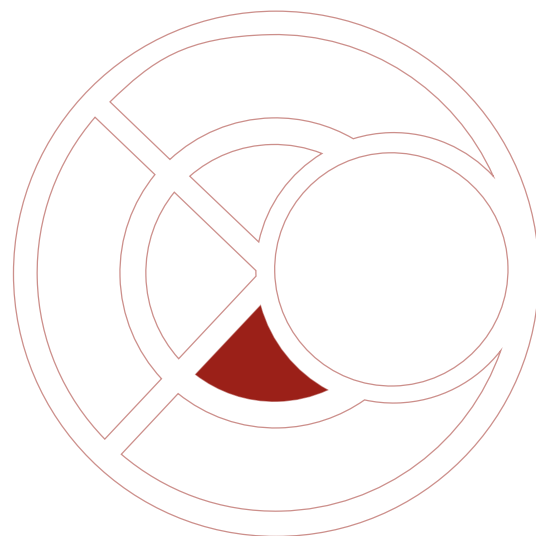
As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

6. PESSOAS

	PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A)	Como as funções e responsabilidades das pessoas são definidas?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de selecionar e integrar as pessoas nas suas funções e à cultura organizacional. Destacar a forma de avaliar o desempenho das pessoas em suas funções. 		
B)	Como as pessoas são reconhecidas?			
C)	Como as pessoas são capacitadas?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de capacitação de líderes. 	<ul style="list-style-type: none"> Citar as principais iniciativas de capacitação, incluindo as relativas à cultura da excelência. 	
D)	Como os riscos relacionados à saúde ocupacional e à segurança das pessoas são tratados?			
E)	Como o bem-estar e a satisfação das pessoas são promovidos?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar de que forma são levantados e tratados, pelos líderes, os fatores que afetam o bem-estar e a satisfação das pessoas. 		

ORIENTAÇÕES

1. A definição de funções e responsabilidades tem por objetivo planejar o quadro de pessoal necessário e evidenciar as responsabilidades das pessoas, deixando claro o que se espera de cada uma, bem como subsidiar a avaliação de seu desempenho, sua capacitação e seu desenvolvimento. As funções são exercidas por dirigentes e colaboradores e cada função está associada a um conjunto de responsabilidades. O conhecimento das responsabilidades orienta a participação das pessoas em suas atividades, promovendo o trabalho em equipe e a produtividade do *sistema* de trabalho.
2. A seleção de pessoas tem a finalidade preencher as vagas da *organização* com profissionais compatíveis às necessidades de desempenho atual e futuro.
3. A integração de pessoas tem por finalidade acelerar a adaptação dos novos membros em uma nova cultura.
4. A avaliação tem a finalidade de informar as pessoas avaliadas sobre seu desempenho, debatendo formas de melhorá-lo.
5. O reconhecimento tem por objetivo promover a mobilização das pessoas pela motivação, identificando e reforçando comportamentos de alto desempenho ou realizações extraordinárias, sem pré-condições. O reforço de comportamentos pode incluir premiações, recompensas ou oportunidades especiais, formais ou informais, individuais ou em grupo.
6. A capacitação de pessoas tem a finalidade de assegurar que as demandas das funções das pessoas e as decorrentes das *estratégias* da *organização* sejam incorporadas aos treinamentos das pessoas.
7. Os riscos relacionados à saúde ocupacional e segurança das pessoas são tratados com o objetivo de prevenir os fatores que possam ameaçar a integridade física ou psicológica dos integrantes da *força de trabalho*, em decorrência de suas atividades.
8. A saúde ocupacional abrange aspectos relativos à ergonomia.
9. A promoção do bem-estar e satisfação das pessoas tem a finalidade de promover um ambiente de trabalho agradável e participativo, com consequente motivação e entusiasmo das pessoas.
10. Os fatores que afetam o bem-estar são aqueles relativos à promoção de um ambiente de trabalho agradável, tranquilo e equilibrado, no qual as pessoas se sintam bem.
11. Os fatores que afetam a satisfação são aqueles relativos ao atendimento de necessidades das pessoas e que determinam sua preferência em trabalhar para a *organização*.



7 PROCESSOS

Este Critério aborda *processos gerenciais* relativos aos *processos da cadeia de valor*, *processos* relativos a *fornecedores* e *processos econômico-financeiros*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

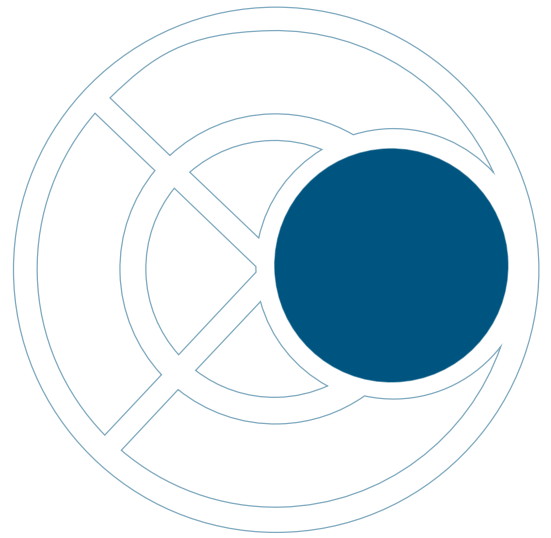
7. PROCESSOS

	PROCESSOS GERENCIAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS	
A)	Como os <i>processos da cadeia de valor</i> são controlados?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de monitorar os <i>processos da cadeia de valor</i>, por meio de <i>indicadores</i> de desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar os principais <i>indicadores</i> de desempenho dos <i>processos da cadeia de valor</i>. 	
B)	Como a <i>organização</i> analisa e melhora os <i>produtos</i> e os <i>processos da cadeia de valor</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de avaliar o potencial de ideias criativas se converterem em inovações. 		
C)	Como os <i>fornecedores</i> são selecionados?	<ul style="list-style-type: none"> Destacar a forma de avaliar os <i>fornecedores</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar os principais <i>indicadores</i> de desempenho relativos aos <i>fornecedores</i>. 	
D)	Como é mantido o fluxo financeiro equilibrado?		<ul style="list-style-type: none"> Apresentar os <i>indicadores</i> de desempenho relativos aos <i>processos econômico-financeiros</i>. 	

ORIENTAÇÕES

1. O controle dos *processos* da *cadeia de valor* visa a assegurar o atendimento de padrões pré-estabelecidos.
2. O monitoramento desses *processos*, por meio de *indicadores* de desempenho, tem por objetivo checar se estão sendo executados dentro de padrões de desempenho planejados.
3. A análise e melhoria dos *produtos* e *processos* da *cadeia de valor* tem a finalidade de melhor atender às necessidades e expectativas das *partes interessadas*.
4. A avaliação do potencial de ideias criativas pode ter como objetivo obter inovações em *produtos* ou *processos*.
5. A seleção de fornecedores tem por objetivo definir a melhor opção de fornecimento, ponderando os fatores relevantes para a *organização*.
6. A avaliação tem por finalidade fornecer a retroalimentação dos *fornecedores* com as informações sobre seu desempenho, para incentivar melhorias.
7. A manutenção do fluxo financeiro equilibrado tem por objetivo assegurar a disponibilidade de recursos para realização das atividades da *organização*, sem sobressaltos.





8 RESULTADOS

Este critério aborda a apresentação de resultados estratégicos e operacionais relevantes para a *organização*, na forma de *indicadores* que permitam avaliar, no conjunto, a melhoria dos resultados, o nível de competitividade e o cumprimento de compromissos com *requisitos de partes interessadas*, nas perspectivas econômico-financeira, socioambiental e relativas a *clientes e mercados*, a *pessoas* e aos *processos da cadeia de valor*.

As evidências requeridas ao lado de cada Critério definem informações que devem ser apresentadas, no caso de uma avaliação utilizando os Critérios.

As orientações ao lado de cada Critério visam a ajudar o leitor a compreender as questões, bem como os respectivos complementos para a excelência. Essas orientações incluem esclarecimentos, exemplos, a abrangência esperada e outras explicações importantes.

RESULTADOS ORGANIZACIONAIS	COMPLEMENTOS PARA A EXCELÊNCIA	EVIDÊNCIAS
<p>8. RESULTADOS</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada <i>indicador</i> apresentado, informar se ele é: <ul style="list-style-type: none"> ▪ (E) estratégico, ▪ (O) operacional ou, ▪ (E,O) ambos. ▪ Mostrar o sentido de favorabilidade de cada série histórica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↗: quanto maior, melhor ou, ▪ ↘: quanto menor, melhor ou, ▪ →: estabilização em nível aceitável, i.e., nível suficientemente competitivo, ou cumprindo compromisso com <i>requisito de parte interessada</i>, ou ambos. ▪ Incluir os referenciais comparativos pertinentes, e a quem se referem, relativos ao último exercício ou ciclo de avaliação, para <i>indicadores</i> que permitam comparações, principalmente relativos a <i>clientes</i>, mercado-alvo e <i>produtos</i>, a fim de avaliar a competitividade. ▪ Incluir os níveis de desempenho ou melhorias esperadas, que expressem os principais requisitos de <i>partes interessadas</i>, e a que partes se referem, relativas ao último exercício ou ciclo de avaliação, para <i>indicadores</i> que são utilizados para avaliar o cumprimento desses requisitos. ▪ Incluir comentários, se necessário.
<p>A) Apresentar os resultados dos principais <i>indicadores</i> relativos à gestão econômico-financeira.</p>		
<p>B) Apresentar os resultados dos principais <i>indicadores</i> relativos à sociedade e meio ambiente.</p>		
<p>C) Apresentar os resultados dos principais <i>indicadores</i> relativos a <i>clientes</i> e aos <i>mercados</i>.</p>		
<p>D) Apresentar os resultados dos principais <i>indicadores</i> relativos às pessoas.</p>		
<p>E) Apresentar os resultados dos principais <i>indicadores</i> relativos aos <i>produtos</i>, à gestão dos <i>processos</i> da <i>cadeia de valor</i> e à gestão de <i>fornecedores</i>.</p>		

ORIENTAÇÕES

1. Explicar, resumidamente, o propósito de *indicadores* cujos nomes não sejam autoexplicativos.
2. No caso de unidade autônoma, em *indicadores* cujo levantamento de resultados é realizado somente no nível corporativo, demonstrar a contribuição da unidade para o resultado alcançado.
3. As séries históricas devem abranger dois períodos ou ciclos de avaliação.
4. A competitividade do resultado em um tema pode ser avaliada por meio de *indicadores* com referenciais comparativos diferentes daqueles utilizados para avaliar a melhoria do mesmo tema.
5. Podem ser apresentados *indicadores*, entre os relevantes, sem *referencial comparativo pertinente*, quando o resultado não for comparável; e sem *requisito de parte interessada*, quando não refletir necessidades e expectativas de *partes interessadas*, se eles forem relevantes para avaliar a melhoria.

6. Os resultados de *processos da cadeia de valor* aqui solicitados são aqueles relativos às operações de negócio e de apoio.



CAPÍTULO

4

SISTEMA DE PONTUAÇÃO

A pontuação expressa a intensidade da incorporação dos Fundamentos da Excelência no *sistema* de gestão da *organização*.

O SISTEMA DE PONTUAÇÃO VISA A DETERMINAR O ESTÁGIO DE MATURIDADE DA GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO, NAS DIMENSÕES DE PROCESSOS GERENCIAIS E RESULTADOS ORGANIZACIONAIS, POR MEIO DA AVALIAÇÃO DE QUATRO FATORES PARA CADA CRITÉRIO.

DIMENSÃO PROCESSOS GERENCIAIS

Nesta dimensão, são avaliados os fatores ENFOQUE, APLICAÇÃO, APRENDIZADO e INTEGRAÇÃO, para cada Critério de 1 a 7.

ENFOQUE: Esse fator refere-se à abordagem adotada pela *organização*, na concepção das práticas de gestão, visando a atender os *processos gerenciais* propostos pelas questões do Critério, suas particularidades e eventuais complementos para a excelência de forma proativa, ágil e orientada por padrões gerenciais.

APLICAÇÃO: Esse fator se refere ao escopo de abrangência das práticas de gestão, relativas aos *processos gerenciais* requeridos no Critério, ao controle aplicado sobre os seus padrões gerenciais e à apresentação de algumas evidências, quando requeridas.

APRENDIZADO: Esse fator se refere ao aperfeiçoamento incorporado nas práticas de gestão, relativas aos *processos gerenciais* requeridos no Critério.

INTEGRAÇÃO: Esse fator se refere ao inter-relacionamento com outras práticas, à cooperação entre as áreas e à coerência com valores, princípios, *estratégias* e objetivos, na realização das práticas de gestão, relativas aos *processos gerenciais* requeridos no Critério.

Para saber mais sobre as informações que esses fatores avaliam, consulte A BUSCA DA EXCELÊNCIA - RESULTADOS ORGANIZACIONAIS no Capítulo 1 deste documento.

DIMENSÃO RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

Nesta dimensão, são avaliados os fatores RELEVÂNCIA, MELHORIA, COMPETITIVIDADE e COMPROMISSO, para o Critério 8.

RELEVÂNCIA: Esse fator se refere à existência de um conjunto de resultados estratégicos e operacionais, demonstrados por *indicadores* correspondentes, suficientes para avaliar a solicitação do Critério.

MELHORIA: Esse fator se refere à demonstração de melhoria contínua ou estabilização em nível aceitável, i.e., nível suficientemente competitivo ou cumprindo compromisso com *requisito de parte interessada*, ou ambos, de forma compatível com as *estratégias*, considerando pelo menos os últimos dois ciclos ou exercícios, para os resultados estratégicos e operacionais esperados no Critério.

COMPETITIVIDADE: Esse fator se refere à demonstração, no último ciclo ou exercício, de níveis de desempenho, equivalentes ou superiores a referenciais comparativos, pertinentes para os resultados estratégicos e operacionais esperados no Critério, comparáveis no setor ou no *mercado*.

COMPROMISSO: Esse fator se refere à demonstração, no último ciclo ou exercício, de alcance ou superação de níveis de desempenho ou de melhoria esperadas, associados a requisitos de *partes interessadas* para os resultados estratégicos e operacionais, esperados no Critério, que expressem esses requisitos.

Para saber mais sobre as informações que esses fatores avaliam, consulte A BUSCA DA EXCELÊNCIA - RESULTADOS ORGANIZACIONAIS no Capítulo 1 deste documento.

MÉTODO DE DETERMINAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE UM CRITÉRIO

O método se constitui de duas etapas: uma de determinação dos percentuais para os quatro fatores de um Critério, e outra, de cálculo da pontuação final do Critério, usando a média dos percentuais de cada fator.

O percentual preliminar do primeiro fator avaliado em um Critério (ENFOQUE ou RELEVÂNCIA) define o limite superior dos percentuais preliminares a serem atribuídos aos três outros fatores.

Etapa 1

DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL DOS FATORES DE UM CRITÉRIO

Para cada fator, realizam-se as operações a seguir.

Passo 1

ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DE UM FATOR

Cada fator possui uma afirmação básica a ele associada no correspondente QUADRO PARA PONTUAÇÃO DE FATORES DE *PROCESSOS GERENCIAIS* ou QUADRO PARA PONTUAÇÃO DE FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS, para escolher uma Faixa Preliminar e, em seguida, escolher, dentro dela, o Percentual Preliminar do fator, que melhor julga a afirmação. Esse percentual estabelece o limite superior possível do Percentual Final para o Critério.

Para avaliar a afirmação básica, devem ser consideradas as lacunas detectadas na análise dos *processos gerenciais* ou dos resultados organizacionais do Critério.

Os Quadros mencionados utilizam conceitos associados a percentuais que, quando necessário, podem ser interpretados como equivalentes a:

TODOS	= 100%
PRATICAMENTE TODOS	>= 90% e <100%
QUASE TODOS	>=70% e <90%
A MAIORIA	>=50% e <70%
MUITOS	>=30% e <50%
PELO MENOS UM	>=10% e <30%

A determinação do percentual de um fator baseia-se na escolha de um percentual preliminar como resultado da avaliação de uma afirmação que, em seguida, pode ser reduzido, com base na existência de aspectos que restrinjam a pontuação, como resultado da avaliação de afirmações complementares.

Passo 2

ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Por meio de uma ou mais Afirmações complementares, ainda associadas ao fator correspondente no Quadro PARA PONTUAÇÃO DE FATORES DE *PROCESSOS GERENCIAIS* ou QUADRO PARA PONTUAÇÃO DE FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS, escolhe-se, para cada uma delas, uma Faixa Restritiva potencial.

Para avaliar as afirmações complementares, devem ser consideradas as lacunas detectadas na análise dos *processos gerenciais* ou dos resultados organizacionais do Critério.

Passo 3

DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DE UM FATOR

Verifica-se se há alguma Faixa Restritiva escolhida, inferior à Faixa Preliminar previamente escolhida no fator.

Se não houver, mantém-se o Percentual Preliminar como Percentual Final do fator.

Se houver, escolhe-se o Percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa que a Faixa preliminar, como Percentual Final do fator.

Etapa 2

CÁLCULO DA PONTUAÇÃO FINAL DE UM CRITÉRIO

Passo 1

CÁLCULO DO PERCENTUAL FINAL DE UM CRITÉRIO

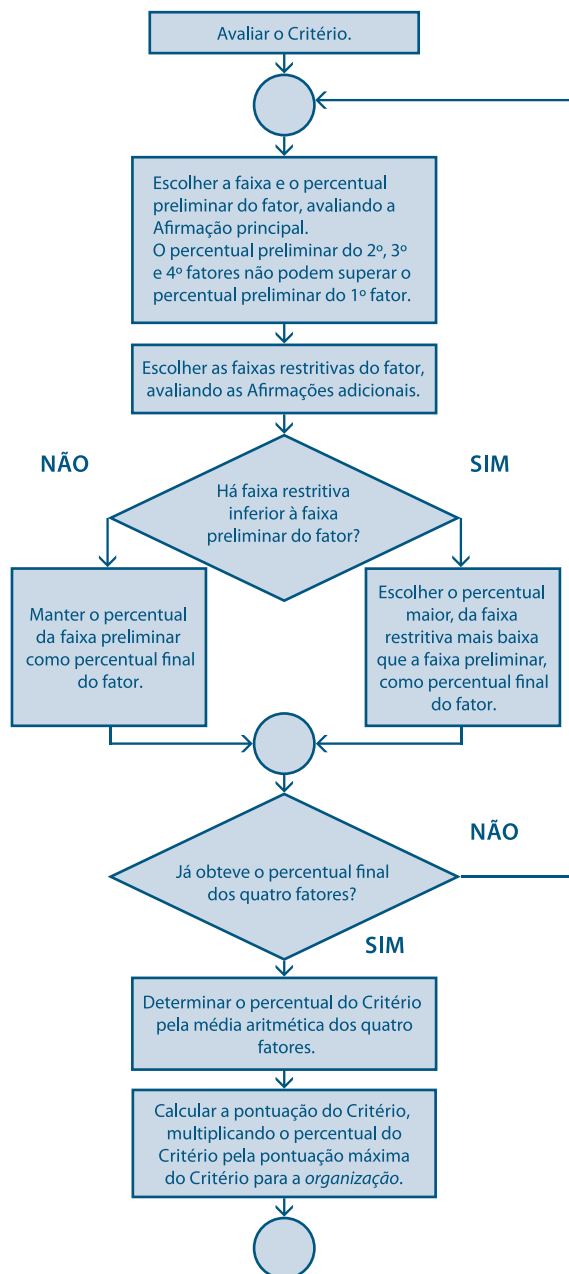
O Percentual Final de um Critério é a média aritmética entre os Percentuais Finais dos fatores do Critério.

Passo 2

CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DE UM CRITÉRIO

A Pontuação Final de um Critério é o resultado do seu Percentual Médio Final do Critério, multiplicado pela pontuação do Critério, com arredondamento para número inteiro.

FLUXO PARA DETERMINAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE UM CRITÉRIO





SISTEMA DE PONTUAÇÃO

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE PROCESSOS GERENCIAIS

ENFOQUE

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
	Nenhum	Pelo menos um		Muitos	A maioria		Quase todos		Todos ou Praticamente todos		
1. Os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério são atendidos por práticas de gestão que realizam, sistematicamente e sem descontinuidade, as atividades gerenciais requeridas em cada questão. Nota: as atividades gerenciais são expressas nas questões, por meio de ações e eventuais características específicas requeridas nas questões.											
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Avaliar as afirmações complementares a seguir, considerando todos os <i>processos gerenciais</i> requeridos no Critério.	FAIXAS RESTRITIVAS					
	Menos que muitos	Muitos	A maioria	Quase todos	Todos ou praticamente todos	
2. Os complementos para a excelência requeridos para os <i>processos gerenciais</i> no Critério estão presentes nas <i>práticas de gestão</i> .						
3. Há proatividade suficiente nos <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério, incorporada nas práticas de gestão.	Em nenhum	Em pelo menos um		Em mais de um		
4. Há agilidade suficiente nos <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério, incorporada nas práticas de gestão.	Em nenhum	Em pelo menos um		Em mais de um		
5. Há padrões gerenciais suficientes que orientam a execução adequada das práticas de gestão para os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	Para nenhum	Para pelo menos um		Para mais de um		

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar, se não houver Faixa Restritiva inferior à Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE PROCESSOS GERENCIAIS

APLICAÇÃO

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os processos gerenciais exigidos no Critério.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
<p>1. Os processos gerenciais exigidos no Critério, com eventuais complementos para excelência requeridos, são realizados por práticas de gestão que abrangem, no conjunto, o escopo necessário e suficiente, de acordo com cada questão.</p> <p>Nota: O escopo necessário é inerente a cada questão e pode abranger áreas, processos, produtos, partes interessadas, segmentos, tipos de informação ou de risco, aspectos analisados, implícitos nas questões, ou qualquer outro escopo nelas solicitado explicitamente ou em suas orientações. A suficiência do escopo é determinada com base no perfil e estratégias, e nas prioridades decorrentes.</p>	Nenhum	Pelo menos um		Muitos		A maioria		Quase todos		Todos ou Praticamente todos	
<p>PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação.</p> <p>Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Enfoque.</p>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Avaliar as afirmações complementares a seguir, considerando todos os processos gerenciais requeridos no Critério.	FAIXAS RESTRITIVAS				
<p>2. Há controle suficiente, para assegurar a observância aos padrões gerenciais das práticas de gestão, aplicado nos processos gerenciais exigidos no Critério.</p>	Em nenhum		Em pelo menos um		Em mais de um
<p>3. As evidências requeridas para os processos gerenciais exigidos no Critério estão disponíveis, como resultantes de suas práticas de gestão.</p>	Menos que muitos	Muitos	A maioria	Quase todos	Todos

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

<p>PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.</p>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE *PROCESSOS GERENCIAIS*

APRENDIZADO

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
1. Os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério são realizados por, pelo menos, uma <i>prática de gestão</i> correspondente a cada um, que incorpora ou representa um aperfeiçoamento recente (três anos) visando ao aumento da eficiência ou eficácia gerencial.	Nenhum				Aperfeiçoamento em implantação		Pelo menos um		Mais de um		
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação. Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Enfoque.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXA RESTRITIVA DO FATOR

	NÃO HÁ FAIXA RESTRITIVA NESSE FATOR
--	-------------------------------------

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE PROCESSOS GERENCIAIS

INTEGRAÇÃO

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES											
1. Os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério são realizados por práticas de gestão inter-relacionadas entre si ou com as práticas de outros Critérios. Nota: o inter-relacionamento promove uma <i>rede</i> de conseqüências no <i>sistema</i> de gestão, i.e., as práticas de gestão recebem influência de outras ou influenciam outras.	Nenhum						Pelo menos um		Mais de um			
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação. Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Enfoque.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Avaliar as afirmações complementares a seguir, considerando todos os <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	FAIXAS RESTRITIVAS											
2. Há cooperação entre áreas mais impactadas, no desenvolvimento ou realização das práticas de gestão relativas aos <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	Nenhum						Pelo menos um		Mais de um			
3. Existe coerência com os valores, princípios, <i>estratégias</i> e objetivos organizacionais, na realização das práticas de gestão relativas aos <i>processos gerenciais</i> exigidos no Critério.	Nenhum ou Há incoerência grave			Pelo menos um e Inexiste incoerência grave			Mais de um e Inexiste incoerência grave					

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

RELEVÂNCIA

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
	Nenhum	Pelo menos um		Muitos		A maioria		Quase todos		Todos ou praticamente todos	
1. Os resultados exigidos e esperados para avaliar o desempenho são demonstrados por meio de <i>indicadores</i> compatíveis com o Perfil, <i>estratégias</i> e <i>processos gerenciais</i> da organização.											
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Avaliar as afirmações complementares a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério.	FAIXAS RESTRITIVAS										
	Menos que quase todas			Quase todas				Todas ou praticamente todas			
2. As classes e estratificações de resultados, quando requeridas, são suficientemente demonstradas.											
3. Os resultados estratégicos necessários são demonstrados por meio de <i>indicadores</i> correspondentes.	Nenhum							Pelo menos um		Mais de um	

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.											
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

MELHORIA

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Item para avaliar a melhoria.	FAIXAS E PERCENTUAL PRELIMINARES											
1. Os resultados exigidos e esperados para avaliar o desempenho demonstram melhoria ou estabilização em nível aceitável, nos dois últimos exercícios ou ciclos de avaliação, da seguinte maneira: <ul style="list-style-type: none"> ▪ melhoria contínua do nível de desempenho ou ▪ ampliação do diferencial competitivo ou ▪ estabilização em níveis de liderança ou excelência ou ▪ estabilização em nível aceitável: igual ou melhor que o <i>referencial comparativo pertinente</i> e atendendo ou superando <i>requisito de parte interessada</i>, ou um deles se não houver o outro, de forma compatível com as <i>estratégias</i>. 	Nenhum		Pelo menos um		Mais de um		Mais de um E		Pelo menos um relativo a 8c ou 8e/produto		Muitos E Pelo menos um relativo a 8c ou 8e/produto	
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação. Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Relevância.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXA RESTRITIVA DO FATOR

Avaliar a afirmação complementar a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério para avaliar a melhoria.	FAIXA RESTRITIVA										
2. Os resultados estratégicos demonstram melhoria ou estabilização em nível aceitável.	Nenhum										Pelo menos um

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

COMPETITIVIDADE

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério para avaliar a competitividade.	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
1. Os resultados exigidos e esperados para avaliar o desempenho, que permitem comparações com referenciais comparativos pertinentes, demonstram, no último exercício ou ciclo, ser equivalentes ou superiores a esses referenciais.	Nenhum							Pelo menos um		Mais de um E Pelo menos um relativo a 8c ou 8e/produto	
PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação. Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Relevância.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXAS RESTRITIVAS DO FATOR

Avaliar a afirmação complementar a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério para avaliar a competitividade.	FAIXAS RESTRITIVAS										
2. Os resultados estratégicos comparáveis demonstram ser equivalentes ou superiores aos referenciais comparativos pertinentes.	Nenhum									Pelo menos um	

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

QUADRO PARA PONTUAÇÃO PERCENTUAL DOS FATORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

COMPROMISSO

PASSO 1: ESCOLHA DO PERCENTUAL PRELIMINAR DO FATOR

Avaliar a afirmação a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério, para avaliar o comprometimento com <i>partes interessadas</i> .	FAIXA E PERCENTUAL PRELIMINARES										
1. Os resultados estratégicos e os resultados operacionais, exigidos e esperados para avaliar o desempenho relativo a requisitos de <i>partes interessadas</i> , demonstram, no último exercício ou ciclo, atender a esses requisitos em termos de nível alcançado ou superado, ou de melhoria esperada obtida.	Nenhum						Pelo menos um		Mais de um E Pelo menos um relativo a 8c ou 8e/produto		
<p>PERCENTUAL PRELIMINAR PARA O FATOR Escolher o percentual que melhor caracteriza a afirmação.</p> <p>Nota: Ele nunca poderá ser escolhido maior que o percentual preliminar de Relevância.</p>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

PASSO 2: ESTABELECIMENTO DE FAIXA RESTRITIVA DO FATOR

Avaliar a afirmação complementar a seguir, considerando todos os resultados organizacionais exigidos e esperados no Critério, para avaliar o comprometimento com <i>partes interessadas</i> .	FAIXA RESTRITIVA										
2. Os resultados estratégicos demonstram atender ou superar os níveis de desempenho associados a requisitos de <i>partes interessadas</i> .	Nenhum								Pelo menos um		

PASSO 3: DETERMINAÇÃO DO PERCENTUAL FINAL DO FATOR

<p>PERCENTUAL FINAL PARA O FATOR Manter o percentual preliminar se não houver Faixa Restritiva menor do que a Faixa Preliminar ou, caso contrário, escolher o percentual maior da Faixa Restritiva mais baixa.</p>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------



ANEXOS

Glossário

OS CONCEITOS E DEFINIÇÕES AQUI APRESENTADOS APENAS REFLETEM O SIGNIFICADO DOS TERMOS UTILIZADOS NESTA PUBLICAÇÃO, NÃO TENDO A PRETENSÃO DE NORMALIZAR A TERMINOLOGIA.

PRINCIPAIS TERMOS

CADEIA DE VALOR

Processos relativos às operações principais do negócio e operações de apoio.

CLASSE MUNDIAL

Expressão utilizada para caracterizar uma organização considerada entre as melhores do mundo.

CLIENTE

Organização, pessoa ou entidade que se beneficia de um produto, objeto da organização.

Exemplos: consumidor, usuário, comprador, varejista, distribuidor ou representante (quando utiliza o produto da organização como insumo), beneficiário, sociedade (quando recebe produtos da organização) e outros.

CLIENTE-ALVO

Organização, pessoa ou entidade que tem maior possibilidade de fazer negócio com a organização e se beneficiar de um produto, objeto da organização e que é foco de interesse para o fornecimento de produtos. Pode abranger cliente atual da organização, da concorrência, potencial e ex-cliente.

CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Aspecto relacionado à segurança das informações e as garantias necessárias, para que somente pessoas autorizadas tenham acesso à informação.

CONTROLADOR

Pessoa física ou jurídica que detém o controle da organização, seja em termos de cotas de capital, como, por exemplo, os acionistas, os proprietários ou sócios, seja em outros termos jurídicos, como, por exemplo, instituidores, mantenedores e patrocinadores.

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Aquele que atende às necessidades do presente, sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias. A convergência entre os propósitos econômicos, ecológicos e sociais, que privilegiam a conservação e a perenidade dos mesmos, constitui a base do desenvolvimento sustentável.

DIREÇÃO

Grupo de dirigentes responsável pelo desempenho da organização.

DISPONIBILIDADE DA INFORMAÇÃO

Garantia de que os usuários autorizados obtenham acesso à informação, sempre que necessário.

ECOSSISTEMA

Elementos, vivos ou não vivos, orgânicos ou inorgânicos, que mantêm uma relação de interdependência contínua e estável, para formar um todo unificado, que realiza trocas de matéria e energia, interna e externamente. É considerado como a unidade ecológica. O conjunto de todos os ecossistemas do planeta forma a biosfera, ou seja, a parte do planeta que abriga a vida.

ESTRATÉGIA

Caminho escolhido para concentrar esforços, no sentido de alcançar os objetivos da organização e realizar sua visão.

FORÇA DE TRABALHO

Profissionais que trabalham sob a coordenação direta da organização.

Exemplos: empregados, temporários, autônomos, voluntários, terceiros e outros.

FORNECEDOR

Organização, pessoa ou entidade que fornece um produto para a organização. Exemplos: produtor, distribuidor ou representante (quando fornece serviço de comercialização), varejista, comerciante, prestador de serviço, profissional liberal, sociedade (quando fornece produtos da coletividade).

GOVERNANÇA

É o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre controladores, proprietários, instâncias de administração, direção e órgãos de controle. As boas práticas de governança corporativa convertem princípios em recomendações objetivas, alinhando interesses, com a finalidade de preservar e otimizar o valor da organização, facilitando seu acesso ao capital e contribuindo para sua longevidade (IBGC, 2009). Acordos corporativos, estatutos e políticas documentam os direitos e as responsabilidades de cada parte, bem como descrevem como a organização será dirigida e controlada para assegurar:

- A) a prestação de contas aos acionistas, proprietários e outras partes interessadas;
- B) transparência nas operações;
- C) tratamento justo de todas as partes interessadas. O sistema de governança pode incluir processos, como aprovação dos objetivos estratégicos, avaliação e monitoramento do desempenho do presidente, planejamento da sucessão, auditoria financeira, estabelecimento de benefícios e compensações aos executivos, gestão de risco, divulgações e relatos financeiros. Assegurar a eficácia da governança é importante para a confiança das partes interessadas e de toda a sociedade, bem como para a eficácia organizacional.

INDICADORES

Também denominados “indicadores de desempenho”, são informações quantitativas ou fatos relevantes, que expressam o desempenho de um produto ou processo, em termos de eficiência, eficácia ou nível de satisfação e que, em geral, permitem acompanhar sua evolução ao longo do tempo.

Exemplos: índice de lucratividade, índice de satisfação de clientes, taxa de gravidade de acidentes,

manutenção de certificação independente, prêmio de reconhecimento criterioso.

INOVAÇÃO

Características originais, diferenciadas ou incomuns, desenvolvidas e incorporadas em produtos e processos da organização, com valor percebido pelas partes interessadas.

MACROAMBIENTE

Questões amplas do universo econômico, social e político e sua influência no setor de atuação analisado. São questões que as organizações, individualmente, pouco conseguem influenciar, mas que as influenciam diretamente e o seu setor de atuação.

MERCADO

Ambiente onde ocorre a competição de agentes econômicos por clientes, oportunidades ou recursos de qualquer natureza.

Exemplos: mercado de consumidores, mercado financeiro, mercado acionário, mercado de capitais, mercado de trabalho, mercado de fornecimento, mercado de crédito de carbono, mercado de oportunidades de atuação social etc.

METAS

Níveis de desempenho pretendidos para determinado período de tempo.

MISSÃO

Razão de ser de uma organização. Compreende as necessidades sociais a que ela atende e o seu foco fundamental de atividades.

ORGANIZAÇÃO

Companhia, corporação, firma, órgão, instituição ou empresa, ou uma unidade dessas, pública ou privada, sociedade anônima, limitada ou com outra forma estatutária, que tem funções e estruturas administrativas próprias e autônomas, no setor público ou privado, com ou sem finalidade de lucro, de porte pequeno, médio ou grande.

PADRÃO GERENCIAL

Regras de funcionamento de práticas de gestão. Essas regras podem ser encontradas na forma de políticas, princípios, normas internas, procedimentos, rotinas ou normas administrativas, fluxogramas, comportamentos coletivos ou qualquer meio que permita orientar a execução das práticas.

PARTE INTERESSADA

Organização, pessoa ou entidade que afeta ou é afetada pelas atividades de uma organização. A maioria das organizações apresenta as seguintes classes de partes interessadas: clientes; força de trabalho; acionistas; mantenedores ou proprietários; fornecedores e sociedade. A quantidade e a denominação das partes interessadas podem variar, em razão do perfil da organização.

PRÁTICA DE GESTÃO (OU PRÁTICA GERENCIAL)

Processo gerencial, como efetivamente implementado pela organização.

PROCESSO

Conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas).

PROCESSO GERENCIAL (OU PROCESSO DE GESTÃO)

Processo de natureza gerencial, não operacional; processos requeridos nos Critérios de 1 a 7.

Nota: Ver, também, “Prática de gestão”.

PRODUTO

Resultado de atividades ou processos. Considerar que:

- o termo “produto” pode incluir mercadorias, serviços, soluções, ferramentas, materiais, equipamentos, informações etc., ou uma combinação desses elementos;
- um produto pode ser tangível (por exemplo, mercadorias ou serviços) ou intangível (por exemplo, conhecimento ou conceito), ou uma combinação;
- e um produto pode ser intencional (por exemplo, para colocar no mercado ou para consumo interno) ou não intencional (por exemplo, um subproduto indesejável).

QUALIDADE

Totalidade de características de uma entidade (atividade, processo ou produto), organização, ou uma combinação desses, que lhes confere capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

REDE

Conjunto de organizações, pessoas ou elementos interligados.

REFERENCIAL COMPARATIVO PERTINENTE

Informação quantitativa, considerada como uma referência apropriada para permitir avaliar o nível de competitividade de um resultado alcançado, no mercado ou no setor de atuação, considerando as estratégias da organização.

Nota: referenciais comparativos pertinentes podem incluir resultados de concorrentes, de organizações consideradas relevantes para comparação ou uma referência no tema comparado, de organizações congêneres em mercados mais exigentes ou mais desenvolvidos, índices ou médias relevantes, resultados de vice-líderes ou outros líderes e resultados considerados referenciais de excelência no mundo, levantados no mercado, no setor de atuação ou fora dele, ou qualquer outra informação que permita avaliar se o nível de um resultado é competitivo, está na liderança ou é referencial de excelência.

REFERENCIAL DE EXCELÊNCIA

Resultado, organização, processo ou produto considerado entre os melhores do mundo em uma classe.

REFERENCIAL DE EXCELÊNCIA TEÓRICO

Zero-erro ou qualquer outro resultado estabelecido, conceitual ou cientificamente como o melhor possível em uma classe, independentemente do custo.

REQUISITO DE PARTE INTERESSADA

Tradução mensurável de necessidade ou expectativa, implícita ou explícita, de parte interessada. Também chamados de requisitos de desempenho relativos às partes interessadas, podem ser expressos por meio de mecanismos que permitam a sua avaliação precisa, como, por exemplo: metas compromissadas a serem atingidas ou superadas, limites regulamentares ou normativos, alcance de determinados níveis de competitividade, de liderança ou de excelência, melhoria de níveis de resultados e outros.

Nota: o nível de desempenho associado a requisito de parte interessada é aquele estabelecido para monitorar o atendimento ao requisito, incluindo a forma de metas que o mensurem. O nível de um requisito desse tipo pode ser estabelecido diretamente por parte interessada, para expressar uma necessidade ou expectativa em um nível definido (ex.: 1% de itens defeituosos admissíveis pelo cliente em um lote

entregue, 10% de investimentos em novos produtos esperados pelo controlador) ou numa melhoria esperada sem nível definido (ex.: redução de acidentes, melhoria da satisfação de parte interessada). Pode também ser estabelecido pela própria organização, ao traduzir necessidades e expectativas qualitativas das partes interessadas em requisitos (ex.: rapidez no atendimento, aumento da rentabilidade, oportunidade de desenvolvimento profissional), determinando um nível de atendimento a ser alcançado (ex.: tempo máximo de espera em fila, um nível mínimo de rentabilidade, um nível de investimento mínimo em capacitação, um nível de redução de acidentes a ser perseguido, um nível de aumento de satisfação a ser buscado) e comunicado à parte interessada. Qualquer que seja a forma de expressão do requisito, espera-se que a organização seja capaz de obter e demonstrar a satisfação dos principais anseios das partes interessadas. Além disso, pode haver casos, em que uma parte interessada expresse necessidades e expectativas em nome de outra parte (ex.: uma agência reguladora pode estabelecer o pronto atendimento de reclamações dos consumidores; o controlador pode estabelecer um nível mínimo de acidentes a ser perseguido; a regulamentação pode estabelecer limites a serem observados nas relações com o trabalhador). Pode haver, também, casos de limites teóricos, estabelecidos em projeto ou determinados por instituições de normalização.

RESULTADO ESTRATÉGICO

Resultado capaz de demonstrar o desempenho relativo às estratégias da organização.

SETOR DE ATUAÇÃO

Ramo de atividade que caracteriza o ambiente operacional em que a organização atua.

Exemplos: farmacêutico, metalúrgico, de saúde, hoteleiro, financeiro, da construção civil, telefonia, elétrico, de saneamento ambiental, de transporte, de comércio, atacadista, publicitário etc.

SISTEMA

Conjunto de elementos com finalidade comum, que se relacionam entre si, formando um todo dinâmico.

VISÃO

Estado que a organização deseja atingir no futuro.

A explicitação da Visão busca propiciar um direcionamento para a organização.

REDE DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E COMPETITIVIDADE

DADOS PROGRAMAS ESTADUAIS

Movimento Alagoas Competitiva (MAC)

Prêmio Estadual da Qualidade - AL
Telefone: (82) 3327-5880
Email: mac@alagoascompetitiva.org.br
Site: www.alagoascompetitiva.org.br

Programa Qualidade Amazonas (PQA)

Prêmio Qualidade Amazonas
Telefone: (92) 3622-6104
Email: pqa@fieam.org.br
Site: www.pqa.org.br

Associação Baiana para Gestão Competitiva

Prêmio Gestão Qualidade Bahia
Telefone: (71) 3343-1393
Email: abgc@fieb.org.br
Site: www.fieb.org.br/abgc

Movimento Ceará Competitivo

Telefone: (85) 3421-5486
Email: mcc@sfiec.org.br
Site: www.mbc.org.br/mbc/ce

Programa para Incremento da Competitividade Sistêmica no Estado do Espírito Santo (Compete ES)

Prêmio Qualidade Espírito Santo - PQES
Telefone: (27) 3636-9717
Email: qualidade@compete-es.com.br
Site: www.compete-es.com.br

Movimento Goiás Competitivo (MGC)

Telefone: (62) 3291-5300
Email: ass.presidencia@mgc.org.br
Site: www.mgc.ogr.br

Programa Mineiro da Qualidade e Produtividade (PMQP)

Prêmio Mineiro da Qualidade
Telefone: (31) 3055-8065
Email: premio@pmqp.org.br
Site: www.pmqp.org.br

Programa Estadual da Qualidade na Gestão Pública do Estado do Pará (PQG)

Prêmio Estadual Qualidade Pará
Telefone: (91) 3241-5373
Email: para.pqg@sead.pa.gov.br
Site: www.pqg.pa.gov.br

Programa Paraibano da Qualidade (PPQ)

Prêmio Paraibano da Qualidade
Telefone: (83) 3244-1888
Email: ppqadm2@ppq.com.br
Site: www.ppq.com.br

Programa Pernambucano da Qualidade (PROPEQ)

Prêmio da Qualidade e Gestão
Pernambuco
Telefone: (81) 3412-8461
Email: propeq@propeq.org.br
Site: www.propeq.org.br

Movimento Paraná Competitivo (MPC)

Prêmio Paranaense em Qualidade e Gestão
Telefone: (41) 3264-2246
Email: mpc@ibqp.org.br
Site: www.ibqp.org.br

Programa Qualidade Rio

Prêmio Qualidade Rio
Telefone: (21) 2332-6101
Email: pqrio@desenvolvimento.rj.gov.br
Site: www.mbc.org.br/mbc/rj

Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP)

Prêmio Qualidade RS
Telefone: (51) 3216-8800
Email: avaliacao@qualidade-rs.org.br
Site: www.mbc.org.br/mbc/pgqp

Movimento Catarinense para Excelência (MCE)

Prêmio Catarinense para Excelência
Telefone: (48) 3207-9210
Email: secretaria@excelenciasc.org.br
Site: www.excelenciasc.org.br

Movimento Competitivo Sergipe (MCS)

Prêmio de Excelência Sergipe
Telefone: (79) 3212-3293
Email: mcs@mcs.org.br
Site: www.mcs.org.br

Instituto Paulista de Excelência da Gestão (IPEG)

Prêmio Paulista de Qualidade da Gestão
Telefone: (11) 3141-1588
Email: ppqg@ppqg.org.br
Site: www.ipeq.org.br

Programa Mato Grossense da Qualidade (Quali MT)

Prêmio Quali MT
Telefone: (65) 3511-1657
Email: qualimt_uetec@senaimt.com.br
Site: www.senaimt.com.br

Movimento MS Competitivo

Prêmio Qualidade da Gestão MS
Telefone: (67) 3321-6292
Email: contato@mscompetitivo.org.br
Site: www.mscompetitivo.org.br

DADOS PROGRAMAS SETORIAIS

Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES)

Prêmio Nacional da Qualidade em Saneamento
Telefone: (31) 3250-2055
Email: abesmg@abes-mg.org.br
Site: www.abes.org.br

Associação Nacional de Transportes Públicos (ANTP)

Prêmio ANTP de Qualidade
Telefone: (27) 3233-4298
Email: denise@antp.org.br
Site: www.antp.org.br

Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)

Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS)
Telefone: (11) 3188-4213
Email: cqh@apm.org.br
Site: www.cqh.org.br/pngs

Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública)

Gespublica
Telefone: (61) 2020-4969
Email: alexandre.kalil@planejamento.gov.br

Associação Brasileira de Distribuidores de Energia Elétrica (ABRADEE)

Prêmio ABRADEE
Telefone: (61) 3326-1312
Email: leny@abradee.org.br
Site: www.abradee.org.br

Prêmio de Competitividade para Micro e Pequenas Empresas

Prêmio MPE Brasil
Email: premiompe@premiompe.com.br
Site: www.premiompe.sebrae.com.br

Associação Brasileira das Instituições de Pesquisa Tecnológica e Inovação (ABIPTI)

Programa Excelência na Gestão
Telefone: (61) 3348-3127
Email: bibiana@abipti.org.br
Site: www.abipti.org.br

Confederação Brasileira de Empresas Juniores (BJ)

Programa de Excelência em Gestão
Email: desenvolvimento@brasiljunior.org.br
Site: www.brasiljunior.org.br

Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (SEGS/CNC)

Sistema de Excelência em Gestão Sindical
Telefone: (21) 3804-9463
Email: rodrigowepster@cnc.org.br
Site: www.cnc.org.br

PATROCÍNIO PRATA



APOIO INSTITUCIONAL



Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-8139-022-2



9 788581 390222

REALIZAÇÃO



EXCELENCIA EM GESTÃO



PORTARIAS DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS (DivGP)

Portaria-SEI nº 10, de 05 de outubro de 2018

A Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conforme a Portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012 – texto revisado em 30 de julho de 2015, inciso XVI, do art. 5º daquela Portaria

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar os Afastamentos dentro do País, com ônus limitado dos Empregados e Servidores abaixo relacionados:

ADRIANA CRISTINI LUCCHESI, matricula SIAPE n. 2253578 para participar da Especialização em Fonoaudiologia Hospitalar/DISFAGIA, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 05/10/2018 a 06/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ALBERTO JUNGEN WIDER, matricula SIAPE n. 3032075 para participar do II Congresso de Infectologia do Centro-Oeste, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 30/08/2018 a 01/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ALESSANDRA FERNANDES DRUZIAN, matricula SIAPE n 15430795 para participar do XIX Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, na cidade de Manaus AM/Brasil, no período de 09/10/2018 a 13/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ALINE DE SOUZA GOMES MOREIRA matricula SIAPE n. 2416552 para participar do XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA: "Diretrizes para um modelo de assistência psiquiatria no Brasil, isso é possível? ", na cidade de Brasília - DF, no período de 17/10/2018 a 20/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ANA PAULA DA SILVA ABUD, matricula SIAPE n. 2253704 para participar do XIX Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, na cidade de Manaus AM/Brasil, no período de 09/10/2018 a 13/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ANA PAULA LUCENA CARDOSO DA SILVA SPAGNOLO, matricula SIAPE n. 3014713 para participar do Sensory Babies - Processo Sensorial no Desenvolvimento da Primeira Infância, na cidade de Campinas SP/Brasil, no período de 08/10/2018 a

10/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

ANDREA MÁRCIA CUNHA ACOSTA, matricula SIAPE n. 24127721 para participar do ERS - 2018 - Congresso da Sociedade Respiratória Europeia, na cidade de Paris/França, no período de 13/09/2018 a 20/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

BEATRIZ GONÇALVES DE OLIVEIRA, matricula SIAPE n. 3014762 para participar do Curso de Atualização em Psicodrama, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 19/10/2018 a 19/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

CLEUZIEMI MORAES DOS SANTOS, matricula SIAPE n. 3016081 para participar da Capacitação para a operacionalização da ferramenta de tabulação do DATASUS – TABWIN, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 27/08/2018 a 29/08/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

DANIELE DA SILVA MIRANDA, matricula SIAPE n. 1134157 para participar da Capacitação para a operacionalização da ferramenta de tabulação do DATASUS – TABWIN, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 29/08/2018 a 31/08/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

DANUSA CESPEDES GUIZZO AYACHE matricula SIAPE n. 3300622 para participar do XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA: "Diretrizes para um modelo de assistência psiquiatria no Brasil, isso é possível? ", na cidade de Brasília - DF, no período de 17/10/2018 a 20/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

DIEGO MORAES DE OLIVEIRA, matricula SIAPE n. 1244080 para participar do Seminário "Qualificação e Manutenção dos ativos de Infraestrutura Física da Rede EBSERH", na cidade de Brasília - DF, no período de 06/09/2018 a 08/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

FABIANY MONTEIRO DA SILVA, matricula SIAPE n. 775729 para participar da Reunião Nacional de Enfermagem, na cidade de São Paulo - SP, no período de 01/10/2018 a 03/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

JOSÉ LACERDA BRASILEIRO, matricula SIAPE n. 2275270 para participar do Congresso Panoamericano de Angiologia e Circulação Vascular, na cidade de Rio de Janeiro RJ/Brasil, no período de 03/10/2018 a 06/10/2018, com o objetivo de

oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

LARISSA FERNANDES DE MENEZES, matricula SIAPE n. 2237763 para participar do XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica, na cidade de Foz do Iguaçu PR/Brasil, no período de 03/10/2018 a 05/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

LEANDRO STEINHORST GOELZER, matricula SIAPE n. 3218523 para participar do 25º Congresso Nacional de SBC, na cidade de Costão do Santinho SC/Brasil, no período de 25/10/2018 a 27/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

LIVIANNE SANCHES ORLANDO PEDRA, matricula SIAPE n. 2422215 para participar da Especialização em Fonoaudiologia Hospitalar/DISFAGIA, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 05/10/2018 a 06/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA, matricula SIAPE n. 1357867 para participar da Capacitação para a operacionalização da ferramenta de tabulação do DATASUS – TABWIN, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 27/08/2018 a 29/08/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

MÁRCIA CRISTINA DO AMARAL RABELO, matricula SIAPE n. 1187071 para participar XXXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria-Diretrizes para um modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, isso é possível? XXX Congresso Latinoamericano de Psiquiatria, na cidade de Brasília DF/Brasil, no período de 17/10/2018 a 20/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

MARIANE VIAPIANA matricula SIAPE n. 1845827 para participar da Qualificação em Assistência Farmacêutica para Profissionais do SUS, na cidade de São Paulo - SP, no período de 01/10/2018 a 02/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

MARISE GARCIA FERREIRA DE LIMA, matricula SIAPE n. 30422071 para participar do Sensory Babies - Processo Sensorial no Desenvolvimento da Primeira Infância, na cidade de Campinas SP/Brasil, no período de 08/10/2018 a 10/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

MAYARA RODRIGUES MOTA matricula SIAPE n. 1275225 para participar da Atualização em Radioterapia – Módulo: Tumores de Cabeça e Pescoço, na cidade de Jundiaí - SP, no período de 09/10/2018 a 10/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE DE BRITO, matricula SIAPE n. 1679508 para participar do ERS - 2018 - Congresso da Sociedade Respiratória Europeia, na cidade de Paris/França, no período de 14/09/2018 a 19/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

PAULA GAIDARGI DOS SANTOS PALHARES, matricula SIAPE n. 2145201 para participar da Capacitação em Assistência Farmacêutica para Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) - com o uso da simulação realística, na cidade de São Paulo - SP, no período de 01/10/2018 a 02/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

PRISCILLA ALEXANDRINO DE OLIVEIRA, matricula SIAPE n. 23445707 para participar do 11º Congresso Paulista de Infectologia, na cidade de São Paulo - SP, no período de 17/10/2018 a 20/10/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

SANDRA LETÍCIA ROMANO INSFRAN, matricula SIAPE n. 2232419 para participar da Capacitação para a operacionalização da ferramenta de tabulação do DATASUS – TABWIN, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 29/08/2018 a 31/08/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

VANESSA MARTINS, matricula SIAPE n. 2225006 para participar do II Congresso de Infectologia do Centro-Oeste, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 30/08/2018 a 01/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

WESLEY CASSIO GOULLY, matricula SIAPE n. 1837149 para participar do VI Ciclo de Reuniões Técnicas da AGU Tema II - Instrução Normativa MP nº 5, de 2017 e o Planejamento nas Contratações Públicas, na cidade de Campo Grande MS/Brasil, no período de 03/09/2018 a 03/09/2018, com o objetivo de oportunizar o desenvolvimento das competências necessárias para a melhoria do desempenho de suas atribuições.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

Portaria-SEI nº 12, de 05 de outubro de 2018

A Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conforme a Portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012 – texto revisado em 30 de julho de 2015, inciso XVI, do art. 5º daquela Portaria,

RESOLVE:

Art. 1º Publicar Resultado Final do Edital 01/2018 Processo de Seleção Para Participação dos Empregados do HUMAP-UFMS no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado, modalidade livre escolha.

Relação de pré-projeto aprovado:

COLABORADOR	PRÉ-PROJETOS APROVADOS	DISPENSA
1205733	Reabilitação cardiopulmonar e dieta específica como fatores de melhoria na qualidade de vida de pacientes com hipertensão pulmonar.	Doutorado/integral

Art. 2º A Divisão de Gestão de Pessoas entrará em contato com o selecionado para agendamento de reunião com o objetivo de realizar os encaminhamentos necessários para a efetivação da dispensa.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

DANIELLE BERTOLINO DE MACEDO VERÃO

Portaria-SEI nº 13, de 05 de outubro de 2018

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1º da Portaria nº 01/2014, do Superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, datado de 05 de maio publicado no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de maio de 2014;

RESOLVE:

Art. 1º Designar Igor Vianna Garcia, matrícula SIAPE nº 3054009, substituto do cargo de Chefe da Unidade de Patrimônio do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Art. 2º Tornar sem efeito a Portaria nº 33 de 12 de junho, publicada no boletim de serviço nº 190, de 18 de junho de 2018.

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

Danielle Bertolino de Macedo Verão

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

HUMAP-UFMS