

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 1/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta seu funcionamento e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação interna da qualidade na instituição.

Art. 2º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade do Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB é regida por este Regimento Interno, tendo natureza técnico-científica permanente, sendo instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto nas diretrizes do Programa e Selo Ebserh de Qualidade. A avaliação interna consiste na avaliação do hospital realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 3º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um órgão de assessoria direta da Superintendência do Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB.

Art. 4º A avaliação interna é realizada para verificação da conformidade das práticas do HUAB frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh da Qualidade.

Art. 5º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular o hospital a investir em processos de melhoria contínua para alcance dos padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, a eficiência na gestão e a formação qualificada dos estudantes desta instituição.

§1º A avaliação interna da qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório. As informações coletadas durante as avaliações internas da qualidade não são utilizadas com caráter punitivo, mas sim para aprendizagem por meio da verificação da conformidade dos processos avaliados.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade do hospital e as oportunidades de melhorias. Não possui finalidade de concessão do Selo Ebserh de Qualidade.

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para este Regimento, considera-se:

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 2/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

I - Avaliação interna da qualidade: atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

II - Avaliação interna global/total: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh da Qualidade, ou seja, uma visão geral de todo o hospital frente aos requisitos estabelecidos, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

III - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação das unidades organizacionais do hospital frente a um escopo definido de requisitos do Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh da Qualidade, com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

IV - Avaliador interno da qualidade: profissional do hospital, qualificado para realizar a avaliação da qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional. É selecionado pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

V - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional do hospital com conhecimento e experiência em avaliação e gestão da qualidade, que assume a responsabilidade pela coordenação das atividades de avaliação interna da qualidade no hospital, designado como Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, por portaria institucional. É indicado pelo Chefe de Setor de Vigilância em Saúde - SVS e ratificado pelo Superintendente.

VI - Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: composta por profissionais do hospital, indicados por portaria institucional, que realizam a avaliação interna da qualidade. O coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é o líder da equipe de avaliação. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade também poderá ser denominada Comissão AVAQualis.

VII - Programa de Avaliação Interna da Qualidade: arranjos para um conjunto de uma ou mais avaliações internas da qualidade, planejado para o período de um ano.

VIII - Escopo da Avaliação: abrangência e limites de uma avaliação. Geralmente inclui uma descrição dos locais físicos e virtuais, funções, unidades organizacionais, atividades e processos, assim como o período de tempo abrangido.

IX - Plano de Avaliação: descrição das atividades e arranjos para uma avaliação interna da qualidade. Documento elaborado para cada avaliação interna, com planejamento e descrição das atividades previstas.

X - Evidência: registros, apresentação de fatos ou outras informações verificáveis que apoiam a existência ou a veracidade da conformidade de um requisito de qualidade.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 3/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

XI - Constatações da Avaliação: resultado da avaliação da evidência coletada, comparada com o requisito de qualidade. Indicam conformidade ou não conformidade. São registradas no relatório de avaliação interna da qualidade.

XII - Conformidade: atendimento de um requisito, de acordo com o constatado pelo avaliador interno da qualidade.

XIII - Não Conformidade: não atendimento de um requisito, de acordo com o constatado pelo avaliador interno da qualidade.

XIV - Processo: conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido.

XV - Desempenho: resultado mensurável.

XVI - avaliação externa: avaliação realizada por uma equipe pré-determinada de avaliadores externos, ou seja, que não atuam no hospital, que busca reconhecer formalmente o alcance dos padrões estabelecidos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade

XVII - equipe de avaliação: grupo de avaliadores internos da qualidade designados para avaliar um local ou processos específicos em uma AVAQualis

XVIII - plano de ação: conjunto de estratégias a serem aplicadas para o alcance de um resultado desejado, possuindo um tempo de duração. Documento estruturado com base na identificação das causas principais e dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos de qualidade, identificados a partir de análise realizada pelos envolvidos no processo. Deve apresentar propostas de ações, e para cada uma delas, a motivação, a descrição, o local de execução, o responsável, os recursos necessários, o prazo e o acompanhamento;

XIX - Relatório de Avaliação Interna da Qualidade: documento elaborado pela Comissão AVAQualis que contém o registro dos dados, evidências e constatações da avaliação realizada;

XX - Roteiro de Avaliação: documento elaborado pela Comissão AVAQualis, com planejamento e organização de cada AVAQualis

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e transdisciplinar, composta por avaliadores de diversos setores de lotação, capacitados para realização das avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

§1º A comissão será composta minimamente por cinco avaliadores e no máximo por 25 colaboradores, incluindo coordenador e vice coordenador.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 4/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

Art. 8º A Comissão conta com um Coordenador e um vice coordenador, com conhecimento e experiência em avaliação e gestão da qualidade, líder do processo de avaliação interna da qualidade no HUAB.

CAPÍTULO V DA INSTITUIÇÃO

Art. 9º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é instituída formalmente pela publicação de portaria institucional, assinada pelo Superintendente do HUAB, a qual apresenta o nome completo e SIAPE dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador.

Parágrafo único. Alterações dos membros da Comissão são realizadas mediante atualização da portaria institucional.

Art. 10º A portaria de instituição da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem validade de 1 ano, a contar da publicação, podendo seus membros permanecerem sem alterações.

§1º Os membros que compõe a comissão devem permanecer minimamente por um período de 3 anos, sua substituição se dará mediante aprovação do colegiado gestor executivo.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 11º A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 12º Compete ao Coordenador da Comissão:

- I - selecionar os avaliadores internos da qualidade, levando em conta a competência necessária para o alcance dos objetivos das avaliações;
- II - garantir a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;
- III - convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;
- IV - coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;
- V - distribuir atividades, atribuindo papéis, responsabilidades e autoridades aos membros da Comissão, apoiando-os como liderança, conforme apropriado;
- VI - coordenar a elaboração e analisar o Programa de Avaliação Interna da Qualidade do HUAB, anualmente, encaminhando o documento para aprovação do Superintendente;
- VII - gerenciar o Programa de Avaliação Interna da Qualidade, assegurando sua integridade, para que não haja influência indevida exercida sobre as avaliações, com o apoio da Superintendência;

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 5/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

VIII - coordenar, agendar e comunicar aos interessados todas as avaliações internas da qualidade;

IX - elaborar e encaminhar às áreas avaliadas o Plano de Avaliação, antes da visita à cada unidade organizacional envolvida;

X - responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas na instituição;

XI - representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante o colegiado executivo;

XII - encaminhar ao Setor de Vigilância em Saúde - SVS, à Superintendência do hospital e ao Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ), os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazos estipulados;

XIII - divulgar o resultado da avaliação interna da qualidade para as demais áreas do hospital, com o apoio do Setor de Vigilância em Saúde - SVS e da Superintendência;

XIV - manter atualizado e em ampla divulgação o Regimento Interno da Comissão de Avaliação da Qualidade;

XV - fornecer informações adicionais ou dirimir dúvidas a respeito da avaliação durante o processo de elaboração dos planos de ação para melhoria contínua dos processos;

XVI - assegurar que a informação documentada apropriada seja preparada e mantida, incluindo registros do Programa de Avaliação Interna;

XVII - Monitorar e analisar criticamente o Programa de Avaliação Interna da Qualidade do hospital, implementando melhorias sempre que apropriado;

XVIII - Liderar a resolução de conflitos e tratamento de reclamações relacionadas às Avaliações Internas da Qualidade.

Art. 13º Compete aos avaliadores internos da qualidade:

I - cumprir este Regimento e o regulamentos internos do HUAB;

II - participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;

III - realizar a avaliação interna no Hospital Universitário Ana Bezerra, de acordo com os princípios descritos neste regimento;

IV - elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - desempenhar tarefas para as quais for designado em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;

VI - elaborar e emitir relatórios de avaliações;

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 6/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

- VII - encaminhar para o Coordenador da Comissão, o relatório da avaliação interna;
- VIII - elaborar ata das reuniões da Comissão;
- IX - participar das capacitações determinadas pelo Coordenador da Comissão;
- X - fornecer informações adicionais ou dirimir dúvidas a respeito da avaliação durante o processo de elaboração dos planos de ação para melhoria contínua dos processos;

Art. 14º Compete à Superintendência:

- I - Determinar e assegurar a provisão de todos os recursos necessários para garantir a realização da Avaliação Interna da Qualidade no hospital;
- II - Aprovar o Programa de Avaliação Interna da Qualidade no Hospital;
- III - Garantir a cooperação adequada das unidades organizacionais avaliadas.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 15º A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital Universitário Ana Bezerra, à missão, visão e valores da rede Ebserh.

Art. 16º Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a autoavaliação, cada área do hospital deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a autoavaliação deve deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria, com o apoio do Setor de Vigilância em Saúde - SVS. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 17º A Comissão se reunirá ordinariamente 06 (seis) vezes ao ano.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias, sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2º As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de cinquenta por cento de colaboradores, com representatividade de todas as gerencias, sendo o quórum de aprovação deliberação de maioria dos presentes.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade no ano subsequente.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 7/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

§5º A não execução das atividades previstas para o avaliador interno, sem justificativa formalizada, também poderá resultar em seu desligamento de acordo com a decisão do Coordenador da Comissão.

Art. 18º Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 19º As deliberações do corpo de avaliadores internos deverão ser encaminhadas à Superintendência, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 20º A participação na Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da Comissão deverá encaminhar periodicamente para a Superintendência a carga horária necessária para as atividades de cada membro, a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VII

DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE

Art. 21º O Plano de Avaliação Interna deverá conter minimamente:

- I o cronograma de reuniões ordinárias da Comissão AVAQualis;
- II as avaliações planejadas para o ano vigente com proposta de cronograma, incluindo:
 - a) avaliações parciais, com periodicidade definida pela Comissão; e
 - b) avaliação total, minimamente uma vez ao ano.

§1º A elaboração do Plano de Avaliação Interna deverá seguir o disposto na Norma de Elaboração e Controle de Documentos.

§2º Em caso de alterações do Plano de Avaliação Interna, deverá ser realizada revisão e publicação de nova versão do documento.

§3º É obrigatória a realização anual de pelo menos uma AVAQualis total em período definido pelo Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde (SGQ/CGC/DEPAS), sendo facultada a realização de outras avaliações totais em datas definidas pelo Hospital Universitário Ana Bezerra.

Art. 15. O Plano de Avaliação Interna deverá ser divulgado na instituição.

CAPÍTULO VIII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 8/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

Art. 26. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 32. Cabe ao Coordenador qualificar os integrantes da Comissão quanto à forma de atuação dos avaliadores durante o processo de avaliação interna.

CAPÍTULO IX DAS AVALIAÇÕES

Art. 27. As visitas aos locais do hospital deverão ser organizadas pelo Coordenador com a seleção de avaliadores que constituirão as diferentes equipes.

Parágrafo único. Os avaliadores internos não deverão compor a equipe de avaliação do seu local de trabalho.

Art. 28. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando a especificidade do local a ser visitado, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas.

Art. 29. Deverá ser preparada informação documentada para a avaliação pelos membros da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, de modo a permitir coleta e posterior análise dos dados. Essa informação documentada para avaliação deverá incluir, mas não está limitada a: Plano de Avaliação Interna da Qualidade, Formulários de Verificação físico e/ou manual; Relatório de Avaliação Interna.

Art. 36. A dimensão e o conteúdo de cada avaliação podem variar, dessa forma, deverá ser elaborado anteriormente a cada avaliação um Plano de Avaliação Interna da Qualidade. Nesse documento deverão constar minimamente: composição da equipe de avaliadores; escopo da avaliação; objetivos da avaliação (no caso das avaliações parciais); requisitos do Manual que serão avaliados e outra informação documentada de referência (caso aplicável); locais (físicos e virtuais) que serão visitados, datas, tempo e duração estimados das atividades de avaliação (incluindo a reunião com as lideranças das unidades organizacionais avaliadas).

Parágrafo único. O Plano de Avaliação Interna da Qualidade deve ser suficientemente flexível para permitir mudanças que possam se tornar necessárias conforme as atividades de avaliação planejadas progredirem.

Art. 37. O responsável pelo local a ser avaliado deverá ser comunicado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de 7 (sete) dias.

Art. 38. O responsável pelo local a ser avaliado deverá receber os avaliadores internos da qualidade e indicar o(s) profissional(is) que acompanhará(ão) a visita de avaliação interna.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 9/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

Art. 39. A avaliação será iniciada com uma apresentação prévia dos avaliadores e dos representantes do local visitado a fim de esclarecer os objetivos e a metodologia de avaliação.

Art. 40. A equipe deverá avaliar os processos por meio do acompanhamento percurso do paciente, tendo como base os requisitos do Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade.

CAPÍTULO X

DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 41. Os dados coletados, evidências observadas e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe avaliadora no relatório de avaliação interna, sob a orientação do avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 42. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

- I - identificação do local, data e horário da avaliação;
- II - identificação dos avaliadores internos;
- III - identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;
- IV - identificação da liderança da unidade avaliada;
- V - citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;
- VI - identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes, com as devidas justificativas, em relação aos requisitos de referência.

Art. 43. Os avaliadores internos deverão encaminhar o relatório de visitas de avaliação ao Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade até 5 dias úteis após seu encerramento.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser realizado de acordo com o canal de comunicação estipulado pelo Coordenador da Comissão.

Art. 44. O relatório de avaliação interna deverá ser encaminhado pelo Coordenador da Comissão ao Setor de Vigilância em Saúde - SVS), até 5 dias após a finalização da Avaliação Interna da Qualidade. O Setor da Qualidade enviará para aprovação das Gerências e Chefias do hospital, no prazo de até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

§1º Cada liderança deverá verificar o resultado da avaliação de conformidade dos processos pertinentes a sua área.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 10/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

§2º O prazo para contestação do resultado será de 2 dias úteis após o encaminhamento do relatório, mediante envio de informações baseadas em evidências documentadas.

Art. 45. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até 2 dias úteis a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 46. O relatório final deverá ser aprovado pelo Chefe do Setor de Vigilância em Saúde - SVS, assinado pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e pelos avaliadores que participaram da avaliação e encaminhado para Superintendência.

Art. 47. A avaliação interna global deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando houver o envio do relatório de avaliação do hospital ao SGQ da Sede.

§1º Anualmente será definido período de realização da Avaliação Interna da Qualidade Global. Todos da rede Ebserh deverão realizar avaliação interna global na data estipulada, sendo facultada a realização de outra(s) avaliação(ões) global(is) em datas(s) definida(s) pelo hospital.

§2º O relatório de Avaliação Interna Global deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas para a Rede Ebserh, publicado em documento específico.

§3º O relatório final assinado deverá ser aprovado pela Superintendência antes do envio para o SGQ da Sede da Ebserh.

CAPÍTULO XI

DOS PLANOS DE MELHORIA DA QUALIDADE

Art. 48. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá avaliar as não conformidades, identificando as oportunidades de melhoria para elaboração de planos de ação para adequação frente aos requisitos de qualidade.

Art. 49. A elaboração do plano de melhoria da qualidade (PMQ) será realizada por cada área responsável e contará com o apoio do Setor de Vigilância em Saúde (SVS).

Parágrafo único. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não é responsável e não pode interferir na elaboração dos PMQs. Cabe aos membros da Comissão participar dessa atividade esclarecendo dúvidas referentes à avaliação interna, quando solicitado.

Art. 50. A resolução das não conformidades será monitorada pela área responsável com apoio do SVS.

Parágrafo único. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade participará da verificação da resolução das não conformidades por meio das avaliações parciais e global.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 11/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

Art. 51. Cada Gerência/Divisão/Setor/Unidade terá 30 dias corridos, a contar da data do encaminhamento do relatório final para a Superintendência, para apresentar os planos elaborados SVS.

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52. Ao final da avaliação interna global a Comissão redigirá relatório, que será enviado ao SGQ da Sede, demonstrando a situação do hospital frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade.

§1º O relatório deve ser encaminhado anualmente, de acordo com data estabelecida pelo SGQ.

§2º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, assinado pelo Coordenador da Comissão, validado pelo de Vigilância em Saúde - SVS., aprovado e enviado ao SGQ pela Superintendência.

§3º Os relatórios das avaliações internas de qualidade deverão possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 53. As decisões relacionadas à Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, no âmbito da sede, estão ligadas ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Ensino Pesquisa e Atenção à Saúde (SGQ/CGC/DEPAS).

Art. 54. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da Superintendência com apoio do Setor de Vigilância em Saúde - SVS.

REFERÊNCIAS:

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 19011: Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão. Rio de Janeiro, p. 53. 2019.

Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade. Brasília, p. 28. 2019.

Tipo do Documento	REGIMENTO	REG.CAIQ.001 - Página 12/12	
Título do Documento	COMISSÃO DE AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE	Emissão: 20/06/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 20/06/2026

5.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	20/06/2022	Elaborado a primeira versão do documento

Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio Chefe Setor SVS Jose Ferreira Lima	Data: 10/04/2022
Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio Chefe Setor SVS	Data: 20/06/2022
Aprovação Colegiado Gestor Executivo	Data: 13/06/2022

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.005835/2022-36

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Informo para os devidos fins que esta certidão de assinaturas faz referência ao documento

REG.CAIQ.001.

<p>Elaboração</p> <p>Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio Chefe Setor SVS Jose Ferreira Lima</p>	<p>Data: 10/04/2022</p>
<p>Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio Chefe Setor SVS</p>	<p>Data: 20/06/2022</p>
<p>Aprovação</p> <p>Colegiado Gestor Executivo</p>	<p>Data: 13/06/2022</p>



Documento assinado eletronicamente por **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Vice-Presidente da Comissão**, em 05/08/2022, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Severino Clemente da Silva Filho, Gerente**, em 05/08/2022, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone Pedrosa Lima, Gerente**, em 16/08/2022, às 14:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sonaira Larissa Varela de Medeiros Soares, Gerente, Substituto(a)**, em 23/09/2022, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Ferreira Lima, Coordenador(a) da Comissão**, em 04/11/2022, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **23325324** e o código CRC **BAF258A8**.

Referência: Processo nº 23527.005835/2022-36

SEI nº 23325324