

MANUAL

HUAB-UFRN/EBSERH

Manual de elaboração e controle de documentos institucionais

Versão: 03 | 2024



SUPERINTENDENTE

Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio

ELABORAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP/HUAB

Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP/HUAB

Adnaiane Santos Pimentel - STGQ/SUP

ANÁLISE

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP/HUAB

VALIDAÇÃO

Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP/HUAB

APROVAÇÃO

Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa - SUP/HUAB

Data da emissão: 22/10/2024

Código do documento: MA.STGQ.001

ISBN:

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO E OBJETIVO	4
2.	DEFINIÇÕES.....	5
3.	GESTÃO DOS DOCUMENTOS DA QUALIDADE	7
3.1.	Elaboração	7
3.2.	Análise.....	7
3.3.	Validação.....	7
3.4.	Aprovação	7
3.5.	Publicação	8
3.6.	Divulgação.....	8
3.7.	Treinamento.....	9
3.8.	Revisão	9
4.	CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE	10
4.1.	Lista Mestra de Documentos	10
4.2.	Codificação e numeração dos documentos	10
4.3.	Controle de impressos.....	12
4.3.	Documentos obsoletos	12
5.0.	RESPONSABILIDADES	13
5.1.	Setor de Gestão da Qualidade.....	13
5.2.	Superintendência, Gerências, Divisões, Setores e Unidades	14
6.0.	ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS.....	14
6.1.	Capa e Folha de Rosto	14
6.2.	Ficha Catalográfica	15
6.3.	Sumário	15
7.	FORMATAÇÃO	16
8.	REFERÊNCIAS	19
9.	HISTÓRICO DE REVISÃO	20
10.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	20

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O Manual de elaboração e controle de documentos institucionais se aplica a todos os documentos produzidos no Huab, envolvendo os documentos assistenciais e administrativos, que tenham o objetivo de descrever processos ou procedimentos de modo a garantir a repetibilidade com a qualidade desejada.

Existem aspectos importantes sobre documentação que devem ser levados em consideração. Em primeiro lugar a elaboração do documento não deve ter um objetivo redigido de forma simples, mas sim representar uma atividade que acrescente valor. Em outras palavras, a elaboração de documentos deve ter o intuito de ajudar a melhorar os processos na instituição.

Além disso, é importante observar que a documentação esteja construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação.

Em relação ao controle da documentação é importante considerar os aspectos apresentados abaixo:

- Aprovar os documentos antes da sua emissão;
- Aprovar a documentação a cada revisão e/ou atualização;
- Assegurar a rastreabilidade e a repetibilidade;
- Identificar as mudanças e estado de revisão atual;
- Assegurar legibilidade e fácil identificação dos documentos;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e que sua distribuição esteja controlada;
- Prevenir o uso não intencionado de documentos obsoletos, que devem estar corretamente identificados;
- Assegurar que os registros sejam legíveis, facilmente identificáveis e recuperáveis.

Ressalta-se que os documentos de comunicação oficial (ex.: ofício, despacho, nota técnica) não são objeto deste Manual, devendo seguir o Manual de Redação da Presidência da República (BRASIL, 2018a) e os modelos padronizados disponíveis no Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Documentação clínica, como prontuários, formulários preenchidos, entre outros, também não são objetos de discussão deste Manual, devendo atentar para a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL, 2018b) e seguir orientação da área competente na Ebserh.

Desse modo, objetiva-se estabelecer regras para gestão e controle dos documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade Huab, destinados à padronização de procedimentos, de modo a permitir a avaliação dos processos de trabalho, a garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida elaboração, análise, validação, aprovação, revisão, publicação e divulgação.

2. DEFINIÇÕES

1. Anexo: texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração (ABNT, 2011).
2. Apêndice: texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho (ABNT, 2011).
3. Cópia controlada: cópia da versão mais atualizada do documento, impressa ou eletrônica, que se refere ao documento original aprovado, identificada como “Cópia Controlada” contendo a versão e a data da emissão do documento. As cópias impressas devem estar disponíveis na indisponibilidade de se consultar a versão digital do documento.
4. Cópia não controlada: cópia do documento usada para fins de treinamento ou informação, identificada como “cópia não controlada”.
5. Documento aprovado: documento cuja versão passou pelo processo de aprovação.
6. Documento da qualidade: documentos técnicos e administrativos necessários para apoiar a operação dos processos da organização, garantindo que esses aconteçam conforme os padrões de qualidade pré-definidos (ABNT, 2015a; ABNT, 2021).
7. Documentação clínica: suporte de qualquer tipo ou classe que contém um conjunto de dados e informações de caráter assistencial (HUSM-UFSM, 2017).
8. Documento cancelado: documento que não está vigente e não possui versão atualizada.
9. Documento em revisão: documento que está em processo de revisão da versão vigente, para a edição de uma versão com informações atualizadas.
10. Documento externo: documento elaborado por outras instituições, aplicável ou que interfere nos processos organizacionais, com layout e padrão próprios, não havendo interferência ou adaptação pelo Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
11. Documento obsoleto: versão desatualizada, não vigente de um documento.
12. Ficha catalográfica: campo destinado ao registro das informações que identificam a publicação na sua situação atual (ABNT, 2011).
13. Fluxograma: representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.
14. Formulário: informação documentada que contém campos para coletar informações como entrada ou saída para um processo (ABNT, 2021), devendo estar vinculado a um documento norteador.
15. Guia: documento que fornece diretrizes gerais a serem aplicadas na execução de um conjunto de tarefas relacionadas a uma temática. Inclui um conjunto de declarações, direções ou princípios para apresentação de regras ou diretrizes atuais ou futuras.
16. Informação documentada: informação registrada em documento que fornece orientações, provas dos resultados alcançados ou de realização de atividades (ABNT, 2021).
17. Lista de Verificação (checklist): tipo especial de formulário que é desenvolvido e mantido para se ter confiança de que os processos são executados como planejado para fornecer um meio

consistente de registrar resultados de atividades (ABNT, 2021), devendo estar vinculada a um documento norteador do processo.

18. Lista Mestre de Documentos: relação que identifica todos os documentos integrantes do sistema de gestão da qualidade da instituição, versão vigente e controle de cópias.

19. Manual: documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos, instruções e orientações em uma organização, a fim de explicitar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais.

20. Não conformidade: não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.

21. Padrões: produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.

22. Plano: documento que define estratégias, direcionando a execução de processos e alocação de recursos, coordenados e articulados de forma a nortear a implantação de políticas, programas ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos periódicos.

23. Política da Qualidade: documento alinhado com a política geral da instituição e com os princípios da gestão da qualidade que provê estrutura para estabelecerem os objetivos da qualidade (ABNT, 2015b).

24. Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição, uma rotina, ou seja, apresenta o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado, de modo que qualquer indivíduo habilitado para executar o procedimento, seguindo as instruções, obterá o mesmo resultado.

25. Processo: qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço.

26. Programa: documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização, e que estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico com a função de apresentação.

27. Protocolo: instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade. Deve fornecer elementos de apoio à decisão ou ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais.

28. Sistema de Gestão da Qualidade: conjunto de práticas padronizadas, inter-relacionadas, com a finalidade de gerir os processos e recursos interatuantes que são necessários para proporcionar valor e obter resultados.

29. Sumário: enumeração das divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que a matéria nele se sucede (ABNT, 2011).

30. Tabela: forma não discursiva de apresentar informações das quais o dado numérico se destaca como informação central (ABNT, 2011).

3. GESTÃO DOS DOCUMENTOS DA QUALIDADE

O processo de gestão de documentos da qualidade envolve as etapas de elaboração, análise, validação, aprovação, publicação e divulgação de documentos, seguidas pelo treinamento dos colaboradores quanto a esses documentos e, quando necessário, revisão dos documentos. O Apêndice A apresenta o fluxograma com as ações e responsabilidades relativas a cada uma dessas etapas.

3.1. Elaboração

A elaboração de um documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais colaboradores para realizar tal atividade. Os documentos deverão ser elaborados por profissionais conhecimento técnico a respeito da temática abordada, sobre os assuntos regimentalmente sob sua competência.

3.2. Análise

A análise deverá ser realizada pela chefia da unidade organizacional responsável pela elaboração do documento. Ao concluir a análise do documento, o responsável pela ação encaminhará para validação a versão do documento com conteúdo e forma que considera adequados. A decisão dos responsáveis pela análise deve sempre considerar a abrangência do documento.

3.3. Validação

Recomenda-se que todos os documentos sejam validados pela Setor de Gestão da Qualidade (STGQ), que fará a verificação conforme definido em procedimento de validação de documentos, elaborado pela instituição.

A validação, realizada pelo STGQ, refere-se à verificação do atendimento às normas de padronização documental e à avaliação de possibilidade de conflito com outros documentos existentes.

A análise do conteúdo técnico, quando necessário, será realizada pela área competente no assunto.

Alguns documentos poderão ter seu conteúdo validado por outras unidades organizacionais, a exemplo da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST) sempre que pertinente.

As unidades envolvidas na validação também poderão ser as áreas participantes na ficha de processos, de acordo com o processo abordado no documento.

3.4. Aprovação

A decisão dos responsáveis pela aprovação deve sempre considerar a abrangência do documento. Os responsáveis pela aprovação do documento deverão observar se:

1. As informações descritas estão corretas;
2. Há viabilidade de execução dos processos;
3. Há convergência das informações presentes em outros documentos publicados pela instituição; e
4. Há consistência técnica.

São considerados válidos na instituição apenas os documentos da qualidade aprovados e disponibilizados no portal corporativo institucional e os documentos impressos que contenham assinatura e carimbo de um representante do STGQ, juntamente ao carimbo ou marcação de cópia controlada.

Para documentos mantidos exclusivamente em meio eletrônico, as assinaturas dos responsáveis pela elaboração, validação e aprovação podem ser por meio de assinatura em certidão SEI com o documento em formato PDF.

Caso os elaboradores não tenham acesso ao SEI o documento em PDF poderá ser disponibilizado para assinatura eletrônica por meio do Plataforma gov.br.

3.5. Publicação

Após aprovação, os documentos da qualidade devem ser encaminhados para publicação em Boletim de Serviço a fim de dar conhecimento a todos os colaboradores e usuários.

3.6. Divulgação

A divulgação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade da instituição em meios físicos ou eletrônicos em modo não editável. Os documentos regidos por este Manual somente serão divulgados depois de passar pelo processo de elaboração, análise, validação, aprovação e publicação em Boletim de Serviço, conforme o fluxo de documentos definidos e documentados pela instituição.

A versão vigente dos documentos publicados ficará disponível no Portal do Conhecimento ou em repositório próprio da instituição. A tramitação dos documentos deverá acontecer pelo sistema de gestão de documentos do Huab. Quando disponível solução de tecnologia da informação para gestão e controle de documentos da Rede Ebserh, tais documentos devem ser lá gerenciados e controlados.

Os documentos deverão ser disponibilizados em versão não editável e, sempre que possível, também com bloqueio de impressão.

Os documentos publicados são de propriedade e específicos da instituição. Cabe ao STGQ, junto à Superintendência e às Gerências, definir sobre a divulgação dos diferentes tipos de documentos da qualidade na internet ou intranet. Tais documentos devem ser disponibilizados de modo a atender a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011). Todos os colaboradores da instituição devem ser orientados sobre a forma de consulta ao acervo documental.

As cópias controladas serão impressas, identificadas e distribuídas pela STGQ. Documentos de origem externa relacionados ao sistema de gestão da qualidade, tais como manuais, guias, POP de empresas terceirizadas devem estar disponíveis em arquivo físico ou eletrônico nas áreas responsáveis por sua aplicação.

3.7. Treinamento

A unidade organizacional responsável pelo documento deverá capacitar sua equipe na aplicação dos conhecimentos presentes nos documentos, utilizando o formulário de frequência para evidenciar a ação. É importante que o STGQ observe a efetiva realização desses treinamentos pelas áreas responsáveis em articulação com a Unidade de Desenvolvimento de Pessoal.

3.8. Revisão

A revisão inclui a apreciação do documento para verificação da necessidade de atualização das informações. A revisão resulta na publicação de nova versão do documento.

Para revisão de documentos aprovados e publicados, a área emitente deve solicitar o documento ao STGQ. As revisões deverão ser analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis, e controladas pela data, número e histórico da revisão na Lista Mestra de Documentos (vide tópico 5.1 deste Manual).

Apenas os profissionais que participaram da revisão da versão publicada deverão constar no campo elaboração. Autores de versões anteriores não deverão ser incluídos como elaboradores, considerando que não houve envolvimento na revisão do conteúdo nem consentimento prévio para divulgação das informações atualizadas presentes no documento.

A revisão dos documentos Programa, Plano, Protocolo, Manual, Guia e POP deve ser realizada conforme periodicidade máxima de 2 anos ou anteriormente:

1. a partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis;
2. a partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo;
3. para atender às melhorias necessárias aos processos; e
4. para corrigir as não conformidades constantes dos relatórios de avaliações ou auditorias internas e externas.

Para os demais documentos não descritos no parágrafo anterior, sua revisão deverá ocorrer quando houver atualização sobre o tema ou por prazo definido pelo Manual de Gestão e Controle de Documentos da Qualidade da instituição.

O documento que atingir sua periodicidade máxima de revisão, mesmo após análise e identificação da não necessidade de alteração, deverá ter atualizada a versão e data da revisão. No histórico de revisão, em descrição da alteração, relatar que foi realizada análise de acordo com a tabela de temporalidade sem necessidade de alterações.

4. CONTROLE DE DOCUMENTOS DA QUALIDADE

A informação documentada requerida pelo sistema de gestão da qualidade deve ser controlada para assegurar que ela esteja disponível e adequada para uso, além de estar protegida contra uso impróprio (ABNT, 2015a).

Quando disponibilizado ao hospital, a gestão e o controle documentais deverão ser realizados por meio do sistema próprio definido como padrão para a Rede Ebserh.

4.1. Lista Mestra de Documentos

Para elaboração da Lista Mestra de Documentos, pode ser utilizada planilha do Microsoft Excel® contendo nome e outros dados de identificação do documento de modo a permitir a rastreabilidade e controle de versões, como apresentado no Apêndice B.

Os destinos das cópias físicas e eletrônicas devem estar registrados nesta planilha de controle para permitir o recolhimento das versões obsoletas.

Documentos não mencionados neste Manual, mas que apresentem relação com a padronização de processos também deverão estar relacionados na Lista Mestra, mesmo que não possuam todos os dados requeridos por este Manual (código de identificação, versão etc.).

Orienta-se que cada unidade organizacional possua sua Lista Mestra de Documentos para controle dos documentos sob sua responsabilidade. A Lista Mestra com todos os documentos da instituição relacionados ao sistema da qualidade deverá ser controlada pela STGQ.

Documentos externos também devem constar em Lista Mestra de Documentos específica de controle de documentos externos.

4.2. Codificação e numeração dos documentos

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo compostas pela sigla do tipo de documento (Quadro 1) e identificação da sigla da unidade organizacional (independentemente do número de letras), seguida do número de expedição do documento, separados por pontos.

Quadro 1 – Siglas segundo tipo de documento

Documentos	Siglas
Guia	GU

Manual	MN
Plano	PL
Programa	PRG
Procedimento Operacional Padrão	POP
Protocolos	PRT
Lista Mestra de Documentos	LMD

Fonte: Ebserh, 2021.

A numeração dos documentos será feita utilizando, no mínimo, três dígitos, devendo receber a numeração em ordem crescente referente ao tipo de documento editado em cada unidade organizacional. As numerações seguirão ordem crescente para a mesma unidade organizacional e para cada tipo de documento.

Ex.:

MN.SGQ.001 → MN.SGQ.002 → MN.SGQ.003...

GU.SGQ.001 → GU.SGQ.002 → GU.SGQ.003...

XX. XXX. XXX



Código sequencial numérico (mínimo 3 dígitos)

Sigla da unidade organizacional responsável pela elaboração do documento (sem restrição de número de letras) + 3 letras adicionais

A unidade organizacional poderá adicionar até três letras à identificação do documento, entre a sigla da unidade e o código sequencial numérico, para diferenciação dos serviços/assuntos, desde que as siglas constem em documento padronizado e aprovado na instituição.

4.3. Controle de impressos

Para garantir que apenas as versões atuais e relevantes dos documentos estejam disponíveis, recomenda-se que a impressão de documentos só seja permitida com autorização e de forma controlada pelo STGQ. Para tanto, as versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão, sempre que possível.

Excetua-se dessa orientação de bloqueio de impressão os formulários e listas de verificação (checklists) que serão impressos sob demanda, por suas características de uso ou quando da indisponibilidade dos sistemas eletrônicos.

As cópias controladas deverão ser identificadas e utilizadas quando da indisponibilidade da verificação dos documentos digitais.

No rodapé das cópias não controladas, impressas pela área responsável pelo processo ou pelo STGQ, deverá ser acrescida a observação: “Documentos impressos não são controlados pelo STGQ e pela área responsável por sua emissão. Desse modo, o uso destes documentos pode disseminar informação ou procedimento desatualizados”. A cópia não controlada, sempre que possível, deverá ser destruída logo após o uso para evitar a circulação de documento não atualizado.

É necessário um trabalho educativo contínuo para os documentos que permitem a impressão de forma a assegurar a utilização da última versão do documento.

Considerando a característica de uso dos formulários e listas de verificação (checklists), estes poderão ser disponibilizados para impressão.

Caberá à instituição definir a plataforma de disponibilização dos documentos, o perfil de acesso autorizado a imprimir e os tipos de documentos, dentre os citados neste tópico, que serão disponibilizados para impressão de modo contínuo ou no caso de indisponibilidade de uso de sistemas eletrônicos da instituição.

Os formulários e checklists deverão conter a identificação de versão e devem estar vinculados a um documento norteador de modo a permitir o controle da circulação do documento vigente.

O controle, arquivamento e manutenção dos registros de calibração por entidades externas, dos manuais de equipamentos e outros de origem externa, utilizados nos processos internos, disponibilizados nas respectivas áreas, são de responsabilidade da liderança da unidade organizacional.

4.3. Documentos obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias impressas da versão atual devem substituir as da versão anterior. As cópias impressas da versão anterior deverão ser recolhidas logo após a aprovação do documento que irá substituí-lo e antes de sua publicação.

Os documentos obsoletos impressos devem ser recolhidos e destruídos conforme procedimento de controle de documentos das normativas vigentes, o que garantirá a não permanência e circulação desse tipo de documento nas áreas da instituição e evitará o uso indevido.

Os documentos obsoletos em meio eletrônico poderão permanecer no arquivo para

eventuais consultas, contudo, deverão ser encaminhados a área responsável pela elaboração para arquivamento e/ou atualização caso necessário. Recomenda-se que as áreas responsáveis pela elaboração dos documentos mantenham o arquivo digital das versões obsoletas para controle e registro histórico das versões.

Quando a atividade ou processo descrito no documento deixar de existir, o documento será cancelado. Documentos cancelados não são substituídos por novas versões. Esse controle também deve estar presente na lista mestra.

As versões anteriores serão enviadas as áreas para arquivamento em meio eletrônico. Isso garante o registro histórico para futuras pesquisas e verificação do ciclo de aprendizado.

Os documentos podem ser desativados quando houver solicitação da liderança responsável pelo processo, com aprovação da chefia do STGQ.

5.0. RESPONSABILIDADES

5.1. Setor de Gestão da Qualidade

1. Gerenciar e controlar os documentos do sistema de gestão da qualidade.
2. Orientar os colaboradores, caso necessário, para elaboração dos documentos da qualidade: manuais, a exemplo do Manual da Qualidade;
 - b. POP, tais como o POP de elaboração de documentos e POP de gestão de documentos.
3. Validar os documentos da qualidade quanto à padronização frente ao Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
4. Elaborar, avaliar e validar, juntamente à Superintendência, gerências, divisões, setores e unidades, os documentos sob sua responsabilidade.
5. Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação acessível aos colaboradores da instituição.
6. Comunicar aos elaboradores a publicação dos documentos.
7. Garantir a distribuição das cópias controladas.
8. Garantir a remoção de cópias controladas impressas obsoletas das unidades organizacionais que as utilizam e das cópias digitais dos canais de comunicação da instituição.
9. Gerenciar a Lista Mestra de Documentos internos para manter atualizados os prazos de revisão (validade) e a relação de cópias controladas da instituição.
10. Gerenciar a Lista Mestra de Documentos externos para permitir a rastreabilidade, verificar a vigência e a aplicação de documentos elaborados por outras instituições.
11. Capacitar profissionais da instituição no sistema de gestão da qualidade para serem multiplicadores em suas áreas de atuação.
12. Disponibilizar modelos de documentos padronizados.

5.2. Superintendência, Gerências, Divisões, Setores e Unidades

1. Elaborar e avaliar os documentos institucionais da área sob sua responsabilidade.
2. Atualizar os documentos, quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento.
3. Enviar os documentos elaborados ou atualizados ao STGQ para validação e controle, de acordo com o Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade.
4. Identificar os documentos externos necessários às suas atividades, verificar vigência e enviar para controle do STGQ.
5. Promover a divulgação e a capacitação dos colaboradores sobre os documentos publicados.
6. Aprovar os documentos relativos às suas atribuições, em articulação com outras unidades, quando necessário.
7. Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados.
8. Gerenciar os documentos sob sua responsabilidade.

6.0. ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS

O acervo de documentos da qualidade da instituição deve ser elaborado e redigido de maneira padronizada, conforme orientações deste Manual. Nos Apêndices B a F, constam os modelos de cada parte dos documentos. Os modelos editáveis destes serão disponibilizados no Portal do Conhecimento(https://intranet.ebserh.gov.br/conhecimento/base/manual/gestao-controle-documentos-qualidade?check_logged_in=1).

6.1. Capa e Folha de Rosto

O uso de capa e folha de rosto nos documentos é facultativo, contudo, ao se optar pela utilização, os modelos apresentados neste documento deverão ser seguidos, conforme descrito no Quadro 2. Os modelos de capa são apresentados nos Apêndices C, D e E. O modelo de folha de rosto é apresentado no Apêndice F.

Quadro 2 - Cores de capa por tipo de documento

Cor da Capa	Tipo de documento
Verde	Manual Plano Programa
Azul	Guia Protocolo

Amarelo	POP
----------------	------------

Fonte: Ebserh, 2023.

6.2. Ficha Catalográfica

Para documentos que serão editorados e publicados, pode-se incluir a ficha catalográfica.

6.3. Sumário

Em documentos extensos, recomenda-se a inclusão de “Sumário”, que contenha a relação de tópicos contidos no documento e respectivas páginas. O sumário deve ser colocado no início do documento, logo após a capa e folha de rosto, quando existentes. Aplicável a todos os documentos citados neste Manual, exceto ao POP. Os elementos pré-textuais não podem constar no sumário (ABNT, 2012).

6.4. Lista de abreviaturas e siglas

Elemento opcional. Consiste na relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso. A sigla, quando mencionada pela primeira vez no texto, deve ser indicada entre parênteses, precedida do nome completo (ABNT, 2011). Deve-se seguir a lista de siglas, abreviaturas e símbolos implementada no hospital.

6.5. Lista de ilustrações

Elemento opcional. Elaborada de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, travessão, título e respectivo número da folha ou página. Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outras) (ABNT, 2011).

6.6. Descrição

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados e o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Os modelos apresentados nos Apêndices G a L contêm a formatação a ser seguida e uma sugestão de tópicos a serem abordados em cada tipo de documento, podendo a unidade organizacional, se julgar necessário, retirar ou acrescentar tópicos.

6.7. Referências

O tópico de referências deve conter a lista de referências bibliográficas referente a todos os documentos citados no documento no formato da ABNT. Recomenda-se a utilização de software gerenciador de referências.

6.8. Histórico de revisão

As alterações, a cada versão, devem ser identificadas no campo “Histórico de Revisão” ao final do documento, apresentado em forma de quadro com as informações: versão, data e descrição

da atualização.

A descrição da atualização deve apresentar os tópicos, subtópicos ou itens excluídos, alterados ou incluídos, indicando o tipo de alteração e a numeração correspondente no documento.

6.9. Responsáveis pelo documento

A identificação dos responsáveis pela elaboração, análise, validação e aprovação deverá ser incluída ao final do documento, após o item “Histórico de Revisão”, no quadro correspondente com os seguintes campos:

1. elaboração: campo de identificação dos responsáveis pela elaboração do documento vigente, no qual devem ser inseridos os nomes e cargos dos elaboradores da versão, se documento inicial, ou dos revisores, no caso de se tratar da revisão do documento;
2. análise: campo de identificação (nome, cargo ou função e unidade de lotação) dos responsáveis pela análise do documento;
3. validação: campo de identificação dos responsáveis pela validação do documento (nome, cargo ou função e unidade de lotação); e
4. aprovação: campo de identificação dos responsáveis pela aprovação do documento (nome, cargo ou função e unidade de lotação).

As datas de conclusão de cada etapa (elaboração, análise, validação e aprovação) devem ser apostas ao lado de cada campo no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), juntamente à assinatura dos responsáveis. A data da emissão deve ser considerada a data da aprovação do documento.

No caso de publicações que reúnam outros documentos, a identificação dos responsáveis pela elaboração deve permanecer por documento. Contudo, a análise, validação e aprovação podem ser únicas para o compilado.

6.10. Mensagem de autorização de reprodução

Nos documentos sem Folha de Rosto, a mensagem de autorização de reprodução deverá ser atualizada com o ano do documento e incluída ao final da última página do documento, após o campo de aprovação: “Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br”. Nos documentos com Folha de Rosto, essa mensagem deve constar ao final da Folha de Rosto.

6.11. Anexos e apêndices

A fim de complementar os documentos, podem ser adicionados, ao final, anexos e apêndices. Tais elementos, quando necessários, devem ser inseridos após o campo “Histórico de Revisão”.

7. FORMATAÇÃO

Deve ser usada a fonte Calibri, cor preta, em toda a extensão do documento, alterando apenas o tamanho, posição e corpo conforme campo do cabeçalho ou ao longo do documento (**Quadro 3**).

Quadro 3 – Padrões de formatação dos elementos e tópicos do corpo dos documentos institucionais

Elemento/ Tópico	Formatação
Capa	<p>Tipo do documento: fonte Verdana, caixa alta, tam. 40, negrito, alinhado à esquerda;</p> <p>Sigla do HUF e Sigla da Universidade/Ebserh: fonte Calibri, caixa alta, tam. 12 alinhado à esquerda.</p> <p>Título do documento: fonte Verdana, caixa baixa (exceto a primeira letra do título e nomes próprios), tamanho variável para garantir a adequada inserção e leitura do texto na caixa de texto, alinhado à direita.</p> <p>Versão e ano: fonte Verdana, caixa baixa (exceto a primeira letra da palavra), tam. 12, negrito, alinhado à direita.</p>
Cabeçalho	Tipo, nome, código e versão do documento, alinhados à esquerda, e a paginação (Página x de x), alinhada à direita, fonte Calibri, tamanho 11.
Rodapé	Deverão constar as logomarcas do SUS, da Universidade, do hospital e da Ebserh, nesta sequência. Aplicado a partir da segunda página. A aplicação das marcas deverá seguir o Manual de Identidade Visual da Ebserh (EBSERH, 2023).
Sumário	<p>Título: fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado</p> <p>Lista de tópicos e páginas: fonte 12, normal, justificado</p>
Corpo do Texto	<p>Fonte Calibri, tam. 12, justificado, espaçamento entre linhas simples, espaçamento entre parágrafos de 6 pontos, antes e depois.</p> <p>Recuo de parágrafo de 1,5 cm de distância da margem esquerda.</p> <p>Espaço de 1 linha em branco entre tópicos.</p>
Citações recuadas	Fonte Calibri, tam. 11, recuo de 4 cm da margem esquerda, justificado, espaçamento simples. Sem aspas, sem itálico.
Notas de rodapé	Fonte Calibri, tam. 10, à esquerda, espaçamento entre linhas simples
Títulos	Fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, à esquerda, com recuo de texto em 0 cm, alinhado em 0 cm, com posição de parada de tabulação em 0,75 cm

	numeração de subitem sequencial numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.)
Subtítulos	<p>Fonte Calibri, tam. 12, negrito, caixa baixa (exceto a primeira letra do subtítulo e nomes próprios), à esquerda, tabulação em 1,25 cm numeração de subitem sequencial (Ex.: 1.1., 1.2., 1.3.), com recuo de texto em 0 cm, alinhado em 0 cm, com posição de parada de tabulação em 1,25 cm.</p> <p>Recomenda-se a utilização de até 4 níveis de subtítulos, todos seguindo a mesma configuração.</p>
Enumerações no corpo do texto	<p>Primeiro nível: marcação numérica (1., 2., 3.), recuo de 1,5 cm da margem esquerda, alinhado em 1,5 cm, parada de tabulação em 2 cm.</p> <p>Segundo nível: marcação alfabética minúscula (a., b., c.). Alinhado em 2 cm da margem esquerda, com recuo de texto em 1,5 cm e parada de tabulação em 2,5 cm. Inicia frase com letra maiúscula.</p> <p>Terceiro nível: marcação numérica romana minúscula (i., ii., iii.). Alinhado em 3 cm da margem esquerda, com recuo de texto em 2 cm e parada de tabulação em 3,5 cm. Inicia frase com letra maiúscula.</p>
Margens	Superior 2 cm; inferior 3,5 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5 cm.
Ilustrações (figuras, quadros e tabelas)	<p>Dimensionadas de acordo com a necessidade, alinhadas à esquerda.</p> <p>Título na parte superior, alinhado à esquerda, fonte 10, e com a palavra designativa (Figura, Quadro, Tabela), seguida do seu número de ocorrência no texto, em algarismo arábico, travessão e a respectiva descrição.</p> <p>A fonte de obtenção da imagem deve ser citada abaixo desta, alinhada à esquerda, com fonte 10 e ano entre parênteses.</p> <p>Esses elementos, quando presentes, devem ser citados no corpo do texto, em negrito, e inseridos próximos ao trecho a que se refere.</p>
Fluxograma	O desenho do fluxo formal de processos deverá ser realizado por meio da elaboração de fluxograma utilizando o software Bizagi conforme Método de Gestão por Processos da Ebserh.
Referências	Fonte 12, em espaço simples, separadas umas das outras por 6 pt, alinhadas à margem esquerda do texto, seguindo Norma ABNT.

Histórico de revisão	Quadro centralizado, fonte 12, títulos das colunas em negrito, caixa baixa (exceto a primeira letra do título), espaçamento simples entre linhas, sem espaçamento entre parágrafos, centralizadas.
Responsáveis pelo documento	Para os documentos que não contarem com Folha de Rosto, quadro centralizado, fonte 9, espaçamento simples entre linhas, sem espaçamento entre parágrafos, justificado. Títulos “Elaboração”, “Análise”, “Validação” e “Aprovação”: em negrito, alinhado à esquerda, superior. Identificação dos campos e data: normal, alinhado à esquerda, superior.
Reprodução	Fonte Calibri, tam. 11, cor cinza escuro, itálico, centralizado. Para os documentos com Folha de Rosto, deverá ser aposta a mensagem ao final desta. Para os documentos que não contarem com Folha de Rosto, a mensagem de reprodução deve ser aposta ao final do documento, após o campo de aprovação.
Anexos	Elemento opcional. Deve ser precedido da palavra ANEXO, com fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado. Será identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Quando esgotadas as letras do alfabeto, utilizam-se letras maiúsculas duplicadas (Ex.: ANEXO AA) na identificação dos anexos. O título do Anexo contará apenas com a primeira letra do título em maiúsculo.
Apêndices	Elemento opcional. Deve ser precedido da palavra APÊNDICE, com fonte Calibri, tam. 12, caixa alta, negrito, centralizado. Será identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo título do documento. Quando esgotadas as letras do alfabeto, utilizam-se letras maiúsculas duplicadas (ex.: APÊNDICE AA) na identificação dos apêndices. O título do Apêndice contará apenas com a primeira letra do título em maiúsculo.

Fonte: Ebserh (2024) com informações de ABNT (2002), ABNT (2011), EBSERH (2019) e BRASIL (2018a).

Os documentos diagramados para publicação deverão seguir padrão determinado neste Manual.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Manual de Redação da Presidência da República, 2018a. Disponível em: . a. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/centrodeestudos/assuntos/manual-de-redacao-da-presidencia-darepublica/manual-de-redacao.pdf>>.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade. MN.SGQ.006 – versão 1 Página 23 de 36 inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.

altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm.

Ebserh. Manual de gestão e controle de documentos da qualidade. v. 6, n. 1. p. 1-336. Disponível em: <https://intranet.ebserh.gov.br/sites/default/files/produtos-de-conhecimento/2024-07/manual-de-gestao-e-controle-de-documentos-da-qualidade.pdf>.

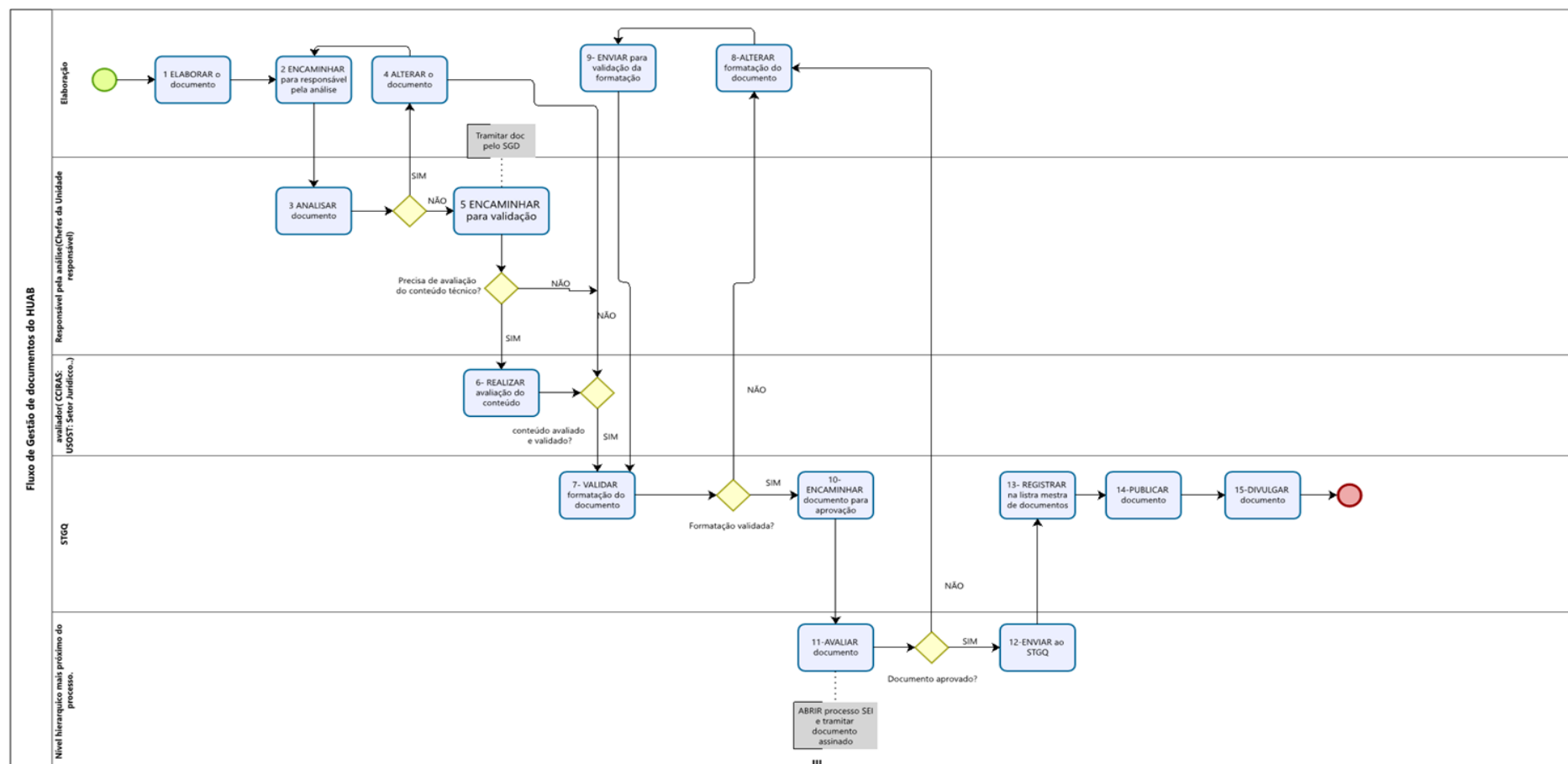
9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
3.0	22/10/2024	Alterações baseadas na Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade da rede Ebserh

10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO



Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP Vanessa Freires Maia – STGQ/SUP Adnaiane Santos Pimentel - STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Análise Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Validação Vanessa Freires Maia – STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Aprovação Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa - SUP/HUAB	Data: 22/10/2024

APÊNDICE A – Fluxo de gestão de documentos

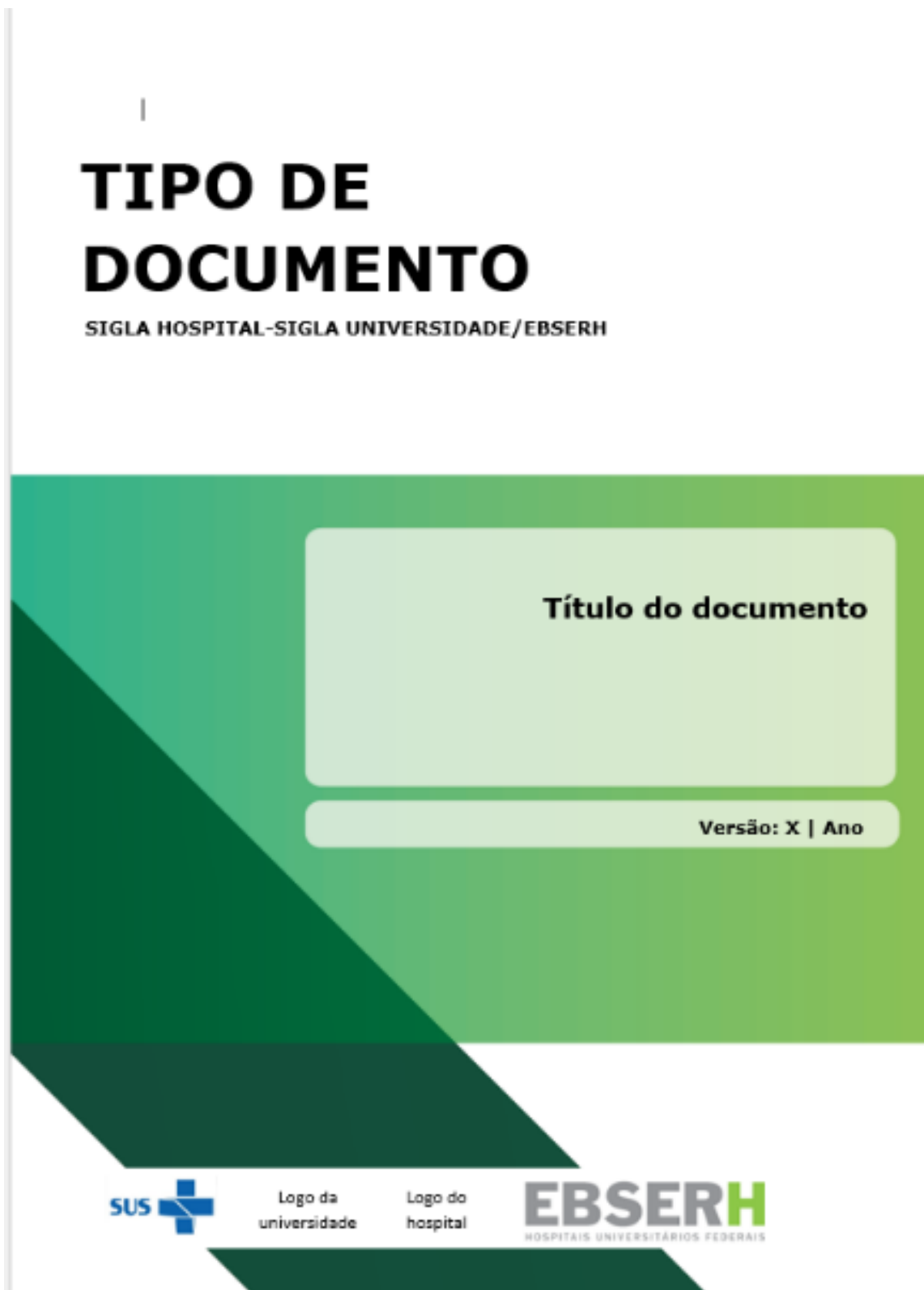


Powered by Modeller

APÊNDICE B – Modelo de Lista Mestre de Documentos

								
DOCUMENTO DE CONTROLE						LMD.XXX - Página 1/1		
LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS						Atualizada em:		
1. CONTROLE DOS DOCUMENTOS								
Código	Tipo de Documento	Título do Documento	Setor Elaborador	Versão	Validade	Situação (vigente ou obsoleto)	Próxima Revisão	Responsável(is) pelo Documento

APÊNDICE C – Modelo de capa para Manual, Plano e Programa



APÊNDICE D – Modelo de capa para Guia e Protocolo

TIPO DE DOCUMENTO

SIGLA HUF-SIGLA UNIVERSIDADE/EBSERH



APÊNDICE E– Modelo de capa para Procedimento Operacional Padrão

POP

SIGLA DO HOSPITAL-SIGLA DA UNIVERSIDADE/EBSERH

Título do documento

Versão: X | Ano

SUS  **Logo da universidade** **Logo do hospital** **EBSERH**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

APÊNDICE F – Modelo de folha rosto

Título do documento. XX.XXX.XXX – versão X

Página 1 de 1

SUPERINTENDENTE

NOME DO(A) SUPERINTENDENTE

GERENTE

NOME DO(A) GERENTE

CHEFE DE SETOR/UNIDADE

NOME DO(A) CHEFE

ELABORAÇÃO

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

ANÁLISE

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

VALIDAÇÃO

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

APROVAÇÃO

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

Nome do responsável – sigla do setor/unidade

Data da emissão:

Código do documento:

ISBN:

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE G – Modelo de programa

<p>Programa de Título do documento. PRG.XXX.XXX – versão X Página 1 de 2</p> <p>1. OBJETIVO Incluir o objetivo e a abrangência do Programa.</p> <p>2. DESCRIÇÃO <i>(substituir o título "DESCRIÇÃO" por títulos relacionados à descrição do Programa)</i> Incluir introdução ao tema, descrição e diretrizes com orientações para implantação do Programa.</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível</p> <p style="margin-left: 60px;">i. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – terceiro nível</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível</p> <p>2.1. Exemplo de formatação de subtítulo <i>(substituir por subtítulos relacionados à descrição do Programa)</i> Incluir subtópicos que auxiliem na estruturação do Programa e organização das informações.</p> <p>3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO Incluir formas de monitoramento e avaliação da implantação do Programa.</p> <p>4. REFERÊNCIAS Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da Norma ABNT.</p> <p>5. HISTÓRICO DE REVISÃO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Versão</th> <th style="width: 15%;">Data</th> <th style="width: 75%;">Descrição da atualização</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">dd/mm/aaaa <small>insira data de emissão da versão inicial</small></td> <td style="text-align: center;">Versão inicial.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">XX</td> <td style="text-align: center;">dd/mm/aaaa <small>insira número da versão</small></td> <td style="text-align: center;">Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">XX</td> <td style="text-align: center;">dd/mm/aaaa <small>insira número da versão atual</small></td> <td style="text-align: center;">Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.</td> </tr> </tbody> </table>	Versão	Data	Descrição da atualização	1	dd/mm/aaaa <small>insira data de emissão da versão inicial</small>	Versão inicial.	XX	dd/mm/aaaa <small>insira número da versão</small>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.	XX	dd/mm/aaaa <small>insira número da versão atual</small>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.	<p>Programa de Título do documento. PRG.XXX.XXX – versão X Página 2 de 2</p> <p>6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração de <u>versão atual</u> – sigla do setor/unidade</td> <td style="width: 30%;">Data: __/__/__</td> </tr> <tr> <td>Análise Nome dos responsáveis pela análise – sigla do setor/unidade</td> <td>Data: __/__/__</td> </tr> <tr> <td>Validação Nome dos responsáveis pela validação – sigla do setor/unidade</td> <td>Data: __/__/__</td> </tr> <tr> <td>Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – sigla do setor/unidade</td> <td>Data: __/__/__</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br</p>	Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração de <u>versão atual</u> – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__	Análise Nome dos responsáveis pela análise – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__	Validação Nome dos responsáveis pela validação – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__	Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__
Versão	Data	Descrição da atualização																			
1	dd/mm/aaaa <small>insira data de emissão da versão inicial</small>	Versão inicial.																			
XX	dd/mm/aaaa <small>insira número da versão</small>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.																			
XX	dd/mm/aaaa <small>insira número da versão atual</small>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.																			
Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração de <u>versão atual</u> – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__																				
Análise Nome dos responsáveis pela análise – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__																				
Validação Nome dos responsáveis pela validação – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__																				
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – sigla do setor/unidade	Data: __/__/__																				

Logo de universidade

Logo do hospital

Logo de universidade

Logo do hospital

APÊNDICE H – Modelo de Plano

Plano de Título do documento. PL.XXX.XXX – versão X Página 1 de 2

1. OBJETIVO

Incluir o objetivo e a abrangência do Plano.

2. DESCRIÇÃO (substituir o título "DESCRIÇÃO" por títulos relacionados à descrição do Plano)

Incluir a descrição do Plano, os resultados esperados e a forma de avaliação do atendimento aos objetivos.

1. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível
 - a. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível
 - i. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – terceiro nível
2. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

2.1. Exemplo de formatação de subtítulo (substituir por subtítulos relacionados à descrição do Plano)

Incluir texto.

3. REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da Norma ABNT.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.
XX <i>Inserir número da versão atual</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão atual</i>	Descobrir as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da versão atual - sigla de setor/unidade	_____ Data: ___/___/___
Análise Nome dos responsáveis pela análise - sigla de setor/unidade	_____ Data: ___/___/___



Logo da universidade

Logo do hospital



Logo da universidade

Logo do hospital



Plano de Título do documento. PL.XXX.XXX – versão X Página 2 de 2

Validação Nome dos responsáveis pela validação - sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/___
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação - sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/___

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE I – Modelo de Manual

Plano de Título do documento. MN.XXX.XXX – versão X

Página 1 de 2

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Descrever o contexto, a finalidade e abrangência do documento.

2. DEFINIÇÕES

Inserir conceitos.

1. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

3. DESCRIÇÃO *(substituir o título "DESCRIÇÃO" por títulos relacionados à descrição do Manual)*

Descrever os processos, procedimentos ou atividades que devem ser executados de forma padronizada. Apresentar as instruções e orientações relacionadas à operacionalização dos processos, procedimentos ou atividades. Explicitar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, individualmente ou em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais. Definir atribuições e respectivas responsabilidades. Incluir subtópicos que auxiliem na estruturação do manual e organização das informações.

1. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

a. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível

i. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – terceiro nível

2. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

3.1. Exemplo de formatação de subtítulo *(substituir por subtítulos relacionados à descrição do Manual)*

4. REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da Norma ABNT.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.
XX <i>Inserir número da versão atual</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão atual</i>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.



Logo da universidade

Logo do hospital



Plano de Título do documento. MN.XXX.XXX – versão X

Página 2 de 2

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da <u>versão atual</u> – sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/____
Análise Nome dos responsáveis pela análise – sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/____
Validação Nome dos responsáveis pela validação – sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – sigla do setor/unidade	_____ Data: ___/___/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Logo da universidade

Logo do hospital



APÊNDICE J – Modelo de Guia

Guia de Título do documento. GU.XXX.XXX – versão X

Página 1 de 2

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Incluir a finalidade e a abrangência do documento.

2. DESCRIÇÃO (substituir o título "DESCRIÇÃO" por títulos relacionados à descrição do Guia)

Descrever as diretrizes gerais a serem aplicadas na execução da tarefa objeto do guia.

Descrever as recomendações relacionadas à operacionalização da tarefa objeto do guia.

1. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

a. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível

i. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – terceiro nível

2. Exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível

2.1. Exemplo de formatação de subtítulo (substituir por subtítulos relacionados à descrição do Guia)

Incluir subtópicos que auxiliem na estruturação do guia e organização das informações. Indicar prazos, estratégias de monitoramento e avaliação de implantação, quando aplicável. Definir atribuições e respectivas responsabilidades.

3. REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da Norma ABNT.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.
XX <i>Inserir número da versão atual</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão atual</i>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.

5. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da versão atual – sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
---	------------------------

Guia de Título do documento. GU.XXX.XXX – versão X

Página 2 de 2

Análise Nome dos responsáveis pela análise – sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/_____
Validação Nome dos responsáveis pela validação – sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/_____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/_____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Logo da
universidade

Logo do
hospital



APÊNDICE K – Modelo de protocolo

Protocolo de Título do documento. PRT.XXX.XXX – versão X

Página 1 de 3

1 OBJETIVO

Incluir o objetivo e a abrangência do Protocolo.

2 DESCRIÇÃO *(substituir o título “DESCRIÇÃO” por títulos relacionados à descrição do Protocolo)*

Incluir a descrição do Protocolo.

Exemplo de enumeração:

- a) exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível:
 - exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível;
- b) exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível.

2.1 Exemplo de formatação de subtítulo *(substituir por subtítulos relacionados à descrição do Protocolo)*

Incluir texto.

3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Incluir critérios de inclusão e de exclusão no Protocolo.

4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Incluir atribuições, competências e responsabilidades relacionadas na aplicação do Protocolo.

5 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Sugestão de item específico para Protocolo Clínico.



Logo da universidade

Logo do hospital



Protocolo de Título do documento. PRT.XXX.XXX – versão X

Página 2 de 3

6 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Sugestão de item específico para Protocolo Clínico.

7 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Sugestão de item específico para Protocolo Clínico.

8 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Sugestão de item específico para Protocolo Clínico.

9 FLUXO DE PROCESSO

Incluir citação do documento relativo ao fluxo de processo correspondente.

10 MONITORAMENTO

Incluir formas de monitoramento do Protocolo e os indicadores relacionados.

11 REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da ABNT NBR 6023:2018.

12 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.
XX <i>Inserir número da</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da</i>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.



Logo da universidade

Logo do hospital



Protocolo de Título do documento. PRT.XXX.XXX – versão X

Página 3 de 3

Versão	Data	Descrição da atualização
versão atual	versão atual	

13 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da <u>versão atual</u> – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Análise Nome dos responsáveis pela análise – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Validação técnica Nome dos responsáveis pela validação técnica – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Validação de forma Nome dos responsáveis pela validação de forma – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Logo da
universidade

Logo do
hospital



APÊNDICE L – Modelo de Procedimento Operacional Padrão

Título do documento. POP.XXX.XXX – versão X

Página 1 de 2

1 OBJETIVO

Incluir o objetivo do Procedimento Operacional Padrão (POP).

2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Incluir a descrição do POP, de forma clara e sucinta, iniciando por verbos na forma infinitiva.

Incluir imagens e destaques nas imagens para facilitar o entendimento dos procedimentos.

Em caso de enumeração, seguir formato:

- a) exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível:
 - exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – segundo nível;
- b) exemplo de formatação de enumeração no corpo do texto – primeiro nível.

2.1 Exemplo de formatação de subtítulo (substituir por subtítulos relacionados à descrição dos procedimentos)

Incluir texto.

3 FLUXO DE PROCESSO

Incluir citação do documento relativo ao fluxo de processo correspondente.

4 REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da ABNT NBR 6023:2018.

5 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.



Logo da universidade

Logo do hospital



Título do documento. POP.XXX.XXX – versão X

Página 2 de 2

Versão	Data	Descrição da atualização
XX <i>Inserir número da versão atual</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão atual</i>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.

6 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da <u>versão atual</u> – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Análise Nome dos responsáveis pela análise – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Validação técnica Nome dos responsáveis pela validação técnica – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Validação de forma Nome dos responsáveis pela validação de forma – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Lista de verificação (checklist)

Incluir um checklist com os principais pontos a serem conferidos na execução do procedimento.



Logo da universidade

Logo do hospital



Certidão

Processo nº 23527.007822/2024-63

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas do Manual de elaboração e controle de documentos institucionais do Huab.

Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP Adnaiane Santos Pimentel - STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Análise Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Validação Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP	Data: 22/10/2024
Aprovação Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa - SUP/HUAB	Data: 22/10/2024



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 29/10/2024, às 16:03, 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 **Adnaiane Santos Pimentel, Enfermeiro(a)**, em 29/10/2024, às 16:29, 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 **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Chefe de Setor**, em 30/10/2024, às 15:04, 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 **Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa, Superintendente**, em 31/10/2024, às 14:33, 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 **43616018** e o código CRC **FE1CC847**.