

MANUAL

HUJB-UFCG/EBSERH

Gerenciamento de documentos do HUJB

Versão: 1 | 2024



1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O Manual de Gerenciamento de Documentos do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) foi desenvolvido para proporcionar um sistema estruturado de controle, elaboração, padronização e divulgação de documentos internos, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela sede da Rede EBSEH publicadas no MN.SGQ.006 - Manual para Gestão e Controle de Documentos da Qualidade. Este manual visa assegurar que todos os documentos vinculados ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do HUJB sejam geridos de maneira eficiente, garantindo a rastreabilidade, revisão periódica e aprovação de informações críticas para a execução dos serviços hospitalares. O gerenciamento eficaz de documentos é um dos pilares essenciais para manter a clareza e a coerência dos processos organizacionais, assegurando a conformidade com normas de qualidade, segurança e boas práticas institucionais.

A gestão documental é um componente essencial para assegurar a qualidade dos processos administrativos e assistenciais, promovendo a organização, a preservação e o acesso eficiente às informações institucionais. Com isso, busca-se garantir a conformidade com as normativas vigentes, a segurança jurídica e a transparência nas operações do hospital.

Este documento apresenta uma abordagem sistemática e detalhada para o ciclo de vida dos documentos, abrangendo desde a sua criação, tramitação, arquivamento, manutenção e descarte, conforme as normas estabelecidas pela Rede EBSEH e pela legislação aplicável. Ao definir padrões claros para a produção, classificação, controle, armazenamento e eliminação de documentos, o manual visa melhorar a eficiência dos fluxos de trabalho e minimizar riscos relacionados ao manuseio inadequado ou à perda de informações importantes.

Além disso, o manual busca promover a cultura da qualidade e a melhoria contínua, alinhando as práticas de gestão documental aos objetivos estratégicos do HUJB, como a segurança do paciente, a otimização dos recursos e a excelência nos serviços prestados. É um instrumento essencial para que todos os colaboradores do hospital atuem de forma integrada e consciente no gerenciamento das informações, reforçando o compromisso com a responsabilidade institucional e a melhoria dos processos de trabalho.

Por fim, este manual é destinado a todos os setores e colaboradores do HUJB que lidam com documentos institucionais, orientando-os sobre os procedimentos e as boas práticas para assegurar uma gestão documental eficiente, segura e sustentável, contribuindo para o aprimoramento dos serviços e o cumprimento das diretrizes de governança corporativa do hospital.

2. DEFINIÇÕES

1. Análise: será realizada pela chefia da unidade organizacional encarregada da elaboração do documento. Após finalizar a análise, o responsável pelo processo enviará para validação a versão do documento com o conteúdo e formato considerados apropriados.

2. Aprovação: é o ato formal em que o gestor responsável pela unidade organizacional revisa e concorda com o conteúdo e a forma do documento. Esse processo assegura que o documento está em conformidade com as diretrizes institucionais, políticas internas e requisitos de qualidade aplicáveis. Ao aprovar o documento, a chefia valida sua exatidão, relevância e adequação ao propósito, conferindo-lhe a autorização necessária para ser implementado e distribuído dentro



da organização.

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 ou quando exigidas pelos órgãos de controle.

4. Documento cancelado: Um documento cancelado é aquele que, por decisão formal da organização, perde sua utilidade e deixa de ser aplicável aos processos institucionais. Esse cancelamento ocorre quando o documento se torna obsoleto, incorreto ou substituído por uma versão mais atualizada. Uma vez cancelado, o documento deve ser removido da lista mestra de controle de documentos e excluído do site institucional, garantindo que versões desatualizadas ou inválidas não sejam acessadas nem utilizadas pelos colaboradores.

5. Documento em revisão: é aquele que está passando por um processo de atualização para assegurar que seu conteúdo esteja adequado, preciso e alinhado com as normas e necessidades institucionais vigentes. Durante a revisão, o documento pode ser alterado, complementado ou ajustado conforme novas diretrizes, melhorias de processos ou mudanças em regulamentações.

6. Documento vencido: é aquele cuja validade expirou, ou seja, o prazo definido para sua utilização foi ultrapassado, tornando-o desatualizado ou inadequado para uso. Esse tipo de documento não deve mais ser aplicado nos processos institucionais, pois seu conteúdo pode não refletir as normas, políticas ou procedimentos atuais. Documentos vencidos devem ser revisados e colocados novamente em processo de validação ou, caso não tenham mais aplicabilidade, descartados.

7. Fluxograma: é uma representação gráfica de um processo, que utiliza símbolos e setas para ilustrar a sequência de etapas ou atividades necessárias para a execução de uma tarefa ou fluxo de trabalho. Ele facilita a visualização de como as ações se inter-relacionam e a identificação de pontos críticos ou de melhoria no processo. No HUIB, os fluxogramas devem ser **obrigatoriamente** elaborados no software Bizagi, uma ferramenta específica de modelagem de processos que permite a criação de diagramas de fluxo com precisão. Isso assegura que os fluxos de trabalho sejam bem organizados, visualmente consistentes e facilmente compreendidos por todos os colaboradores envolvidos.

8. Lista de verificação (*checklist*): é um documento que contém uma relação organizada de itens, atividades ou requisitos que precisam ser inspecionados, realizados ou confirmados durante a execução de um processo ou tarefa. Seu objetivo principal é assegurar que todas as etapas ou critérios essenciais sejam seguidos de forma sistemática e sem omissões, garantindo a padronização e a qualidade das atividades.

9. Lista mestra de documentos: é um registro oficial que contém a relação completa de todos os documentos controlados pela instituição. Ela identifica cada documento de forma única, com informações como título, código, versão atual, data de revisão, status (atualizado, em revisão ou vencido), responsável pela elaboração e área de aplicação. A Lista Mestra garante que todos os documentos sejam gerenciados de maneira padronizada, facilitando o controle de sua distribuição, revisão, substituição e arquivamento. Além disso, serve como uma ferramenta para assegurar a conformidade com as normas de qualidade e regulamentações internas, evitando o uso de versões



desatualizadas ou inválidas.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

3. Gestão Documental

O processo de gestão de documentos é um conjunto de etapas sistemáticas que visa garantir a criação, controle, validação, aprovação e disponibilização adequada de documentos institucionais, assegurando a qualidade e a rastreabilidade das informações. No HUJB, esse processo é fundamental para manter a conformidade com o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e promover a eficiência operacional, abrangendo desde a elaboração até a publicação oficial de documentos.

3.1. Elaboração e Revisão de Documentos

Antes de dar início à elaboração de um documento novo deve ser realizada solicitação de elaboração à Superintendência do HUJB, realizada pela cheia da Unidade Organizacional responsável pelo documento. Essa ação deve ser realizada apenas para criação de novos documentos, não sendo necessária em caso de revisão.

O processo de elaboração de documentos é um conjunto de etapas estruturadas para criar, organizar e formatar informações que serão formalmente utilizadas em uma instituição, como procedimentos (POPs), planos, protocolos, manuais, guias e programas. Esse processo é essencial para garantir que os documentos atendam às normas de qualidade, sejam padronizados e reflitam as práticas institucionais.



O processo de elaboração de documentos começa com a identificação de uma necessidade específica dentro da instituição, seja para formalizar um procedimento, criar práticas ou atualizar documentos existentes. Essa necessidade pode surgir de mudanças normativas, revisão de processos, introdução de novas tecnologias ou rotinas, entre outros fatores. A redação é a fase em que o documento é efetivamente criado. O responsável pela elaboração deve organizar as informações coletadas de maneira clara, concisa e objetiva, seguindo os padrões de formatação e estrutura definidos pela instituição. Durante essa fase, é importante garantir que o documento seja compreensível para todos os destinatários e que as orientações sejam aplicáveis na prática.

Já a revisão de um documento envolve avaliar se há necessidade de atualizar as informações. Caso necessário, uma nova versão do documento será publicada. Para realizar a revisão de documentos já aprovados e divulgados, a área responsável deve solicitar a versão editável ao STGQ.

Durante o processo de revisão, os documentos devem ser analisados cuidadosamente e aprovados pelas pessoas competentes, sendo atualizados com a data, número e histórico de revisão na Lista Mestra de Documentos. Somente os profissionais que estiveram envolvidos na revisão da versão atual devem ser mencionados no campo de elaboração. Aqueles que participaram de versões anteriores, mas não contribuíram para a revisão, não devem ser incluídos como autores, já que não participaram da atualização. Dessa forma, não houve envolvimento no conteúdo revisado nem autorização prévia para a divulgação das informações atualizadas presentes no documento. Para documentos do tipo Programa, Plano, Protocolo, Manual, Guia, POP e Fluxo de Processo, a revisão deve ocorrer a cada dois anos, ou antes, caso sejam recebidas sugestões dos usuários, haja mudanças na legislação ou tecnologia, sejam necessárias melhorias nos processos ou para corrigir problemas detectados em auditorias.

Outros documentos devem ser revisados quando houver novas informações sobre o tema ou conforme a periodicidade estipulada pelo Manual. Quando a revisão periódica for realizada e nenhuma alteração for necessária, a versão e a data de revisão devem ser atualizadas, registrando que a análise ocorreu sem necessidade de mudanças.

3.1.1. Da Quantidade de Autores por Documento

Para garantir um documento claro e conciso, o número de autores deve seguir os critérios abaixo, conforme o tipo de documento:

- **Procedimento Operacional Padrão/Rotina (POP):** até 6 autores;
- **Fluxo de Processo:** até 6 autores;
- **Manual:** até 6 autores;
- **Guia:** até 6 autores;
- **Protocolo:** até 6 autores;
- **Plano:** até 8 autores;
- **Programa:** até 8 autores.

3.1.2. Da Codificação



Os documentos de qualidade serão identificados e organizados por meio de uma codificação específica, composta pela sigla do tipo de documento (conforme a tabela abaixo), seguida pela sigla da unidade responsável (sem limite quanto ao número de letras) e um número sequencial. Cada parte do código será separada por pontos.

Tabela de Siglas por Tipo de Documento:

Documento	Sigla
Fluxo de Processo	FP
Guia	GU
Lista Mestra de Documentos	LMD
Manual	MN
Plano	PL
Programa	PRG
Procedimento Operacional Padrão	POP
Protocolo	PRT

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Os documentos serão numerados sequencialmente com, no mínimo, três dígitos, de acordo com o tipo de documento e a unidade que o expediu. A numeração seguirá em ordem crescente dentro de cada unidade organizacional e para cada categoria de documento.

Exemplos de Codificação:

- MN.SGQ.001 → MN.SGQ.002 → MN.SGQ.003
- GU.SGQ.001 → GU.SGQ.002 → GU.SGQ.003

Estrutura do Código:

1. **Código do Tipo de Documento:** 2 a 3 letras.
2. **Sigla da Unidade Organizacional:** Sigla da unidade responsável, sem limitação de letras.
3. **Código Sequencial Numérico:** Mínimo de 3 dígitos.

Caso necessário, a unidade organizacional pode acrescentar até três letras adicionais entre a sigla da unidade e o número sequencial para especificar serviços ou assuntos, desde que estas siglas estejam aprovadas e padronizadas pela instituição.

3.2. Análise pela Chefia da Unidade Organizacional:

Antes do envio de qualquer documento ao Setor de Gestão da Qualidade (STGQ), é imprescindível que ele seja submetido à análise de conteúdo pela chefia da unidade organizacional responsável. Essa etapa visa assegurar que o documento atenda aos padrões de qualidade exigidos pela instituição e esteja em conformidade com as normativas e diretrizes aplicáveis. A chefia deve avaliar criteriosamente o conteúdo, verificando a clareza das informações, a correção técnica dos dados apresentados e a adequação ao formato padronizado estabelecido pelo HUJB. Cabe à chefia



identificar eventuais inconsistências ou falhas e solicitar as correções necessárias antes de liberar o documento para o próximo estágio do fluxo.

Somente após a aprovação da chefia, o documento estará apto a ser enviado ao e-mail do STGQ - stgq.hujb-ufcg@ebserh.gov.br - para revisão final, validação, formatação e publicação conforme os protocolos estabelecidos. Essa validação prévia contribui para a eficiência do processo de gestão documental, evitando retrabalho e garantindo a qualidade dos documentos institucionais do HUIB.

3.3. Validação de documentos

A validação de documentos é uma etapa essencial para garantir que todos os documentos institucionais sigam os padrões de qualidade e conformidade estabelecidos pela instituição. Recomenda-se que todos os documentos sejam validados quanto à forma pelo Setor de Gestão da Qualidade (STGQ), que procederá à verificação de acordo com o procedimento específico de validação de documentos, elaborado pelo hospital.

O STGQ é responsável por assegurar que os documentos estejam formatados de acordo com as diretrizes institucionais, verificando aspectos como estrutura, padronização de layout, inclusão correta de cabeçalhos, rodapés e logomarcas, e adequação às normas de linguagem e redação técnica. Essa validação contribui para a padronização documental e promove a comunicação clara e uniforme das informações.

3.3.1 Formatação de documentos

A formatação dos documentos institucionais do HUIB segue um padrão estabelecido para garantir uniformidade e clareza. Abaixo estão os requisitos detalhados para cada elemento do documento:

- **Fonte e Cor**
 - Utilizar fonte Calibri, cor preta, em todo o documento, com ajustes de tamanho, posição e corpo conforme a seção específica.
- **Capa**
 - Tipo do documento: Fonte Verdana, caixa alta, tamanho 40, negrito, alinhado à esquerda.
 - Sigla do HUF (HUIB) e Sigla da Universidade (UFCG)/Ebserh: Fonte Calibri, caixa alta, tamanho 12, alinhado à esquerda.
 - Título do documento: Fonte Verdana, caixa baixa (primeira letra do título e nomes próprios em maiúsculo), tamanho variável para melhor adequação, alinhado à direita.
 - Versão e ano: Fonte Verdana, caixa baixa (primeira letra maiúscula), tamanho 12, negrito, alinhado à direita.
- **Cabeçalho**
 - Tipo, nome, código e versão do documento alinhados à esquerda, paginação (Página x de x) alinhada à direita, fonte Calibri, tamanho 11.



- **Rodapé**
 - Incluir logomarcas do SUS, UFCG, HUIB e Ebserh, nesta ordem, aplicadas a partir da segunda página, conforme o Manual de Identidade Visual da Ebserh.
- **Sumário**
 - Título: Fonte Calibri, tamanho 12, caixa alta, negrito, centralizado.
 - Lista de tópicos e páginas: Fonte Calibri, tamanho 12, justificado, alinhamento à esquerda.
- **Corpo do Texto**
 - Fonte Calibri, tamanho 12, justificado, espaçamento simples, com 6 pontos de espaçamento antes e depois dos parágrafos.
 - Recuo de 1,5 cm na primeira linha de cada parágrafo.
 - Espaço em branco de uma linha entre tópicos.
- **Citações Recuadas**
 - Fonte Calibri, tamanho 11, recuo de 4 cm da margem esquerda, justificado, espaçamento simples, sem aspas ou itálico.
- **Notas de Rodapé**
 - Fonte Calibri, tamanho 10, alinhado à esquerda, espaçamento simples.
- **Títulos**
 - Fonte Calibri, tamanho 12, caixa alta, negrito, alinhado à esquerda, sem recuo.
- **Subtítulos**
 - Fonte Calibri, tamanho 12, negrito, caixa baixa (primeira letra em maiúsculo), alinhado à esquerda, com numeração sequencial (ex.: 1.1, 1.2).
- **Enumerações no Corpo do Texto**
 - Alíneas: Letra minúscula seguida de parênteses (a), recuo de 1,5 cm.
 - Subalíneas: Travessão com recuo de 2 cm.
- **Margens**
 - Superior 2 cm, inferior 3,5 cm, esquerda 2,5 cm, direita 1,5 cm.
- **Ilustrações (Figuras, Quadros e Tabelas)**
 - Centralizar, título na parte superior (Fonte 10), com designação (Figura, Quadro, Tabela), número e descrição.
- **Referências**
 - Fonte Calibri, tamanho 12, espaço simples entre linhas, alinhamento à esquerda.
- **Histórico de Revisão**
 - Quadro centralizado, fonte 12, espaçamento simples.



- **Responsáveis pelo Documento**
 - Quadro centralizado, fonte 9, justificado.
- **Reprodução**
 - Fonte Calibri, tamanho 11, cor cinza, itálico, centralizado.
- **Anexos e Apêndices**
 - Identificação em letras maiúsculas sequenciais, título centralizado em negrito.

3.3.2. Estruturação de documentos

A estrutura dos documentos deve seguir um padrão estabelecido, conforme as orientações deste Manual, para garantir uniformidade e clareza. A seguir estão os elementos que compõem a estrutura dos documentos:

- **Capa e Folha de Rosto**
 - O uso de capa e folha de rosto é opcional. Caso sejam utilizadas, devem seguir os modelos presentes na pasta pública MODELOS DE DOCUMENTOS.
 - As cores de capa variam conforme o tipo de documento, conforme indicado abaixo:
 - Verde: Manual, Plano, Programa
 - Azul: Guia, Protocolo
 - Amarelo: POP, Fluxo de processo
- **Ficha Catalográfica**
 - Pode ser incluída para documentos que serão editorados e publicados.
- **Lista de Abreviaturas e Siglas**
 - Elemento opcional. Quando presente, deve ser colocado antes do sumário, listando as abreviaturas e siglas em ordem alfabética com suas respectivas definições.
- **Sumário**
 - Recomendado para documentos extensos, com a relação de tópicos e suas respectivas páginas. Deve ser posicionado no início do documento, após a capa e folha de rosto, se existentes. Não se aplica aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).
- **Lista de Ilustrações**
 - Elemento opcional, ordenado conforme a sequência do documento. Pode haver listas separadas para diferentes tipos de ilustrações (desenhos, gráficos, etc.).
- **Descrição**
 - Os documentos devem ser claros e objetivos, seguindo a formatação padronizada e o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Os modelos nos apêndices indicam a formatação a ser utilizada.
- **Referências**



- Devem seguir as normas ABNT NBR 6023:2018, com revisão bibliográfica preferencialmente feita por um bibliotecário.
- **Histórico de Revisão**
 - Inclui as alterações realizadas, identificando versão, data e descrição das modificações, especificando tópicos, itens ou numerações alterados.
- **Responsáveis pelo Documento**
 - Identificação das pessoas envolvidas na elaboração, análise, validação técnica, validação de forma e aprovação do documento, com nomes, cargos, unidade de lotação e datas correspondentes.
- **Mensagem de Autorização de Reprodução**
 - Deve constar ao final dos documentos, informando a permissão para reprodução parcial ou total com a indicação da fonte e restrição para fins lucrativos.
- **Anexos e Apêndices**
 - Elementos complementares adicionados ao final do documento, após o campo “Histórico de Revisão”.

3.4. Aprovação de documentos

A aprovação dos documentos da qualidade deve levar em conta a abrangência e a relevância do conteúdo. Os responsáveis pela aprovação devem garantir que:

- **As informações estão corretas:** O conteúdo deve ser preciso e sem erros, refletindo fielmente os dados e procedimentos da instituição.
- **Os processos são exequíveis:** As práticas e ações descritas devem ser viáveis e possíveis de serem implementadas.
- **Há coerência com outros documentos:** Deve-se verificar se as informações estão em harmonia com os demais documentos institucionais já publicados, evitando contradições.
- **A consistência técnica é mantida:** Os aspectos técnicos devem ser coerentes e bem fundamentados.

A escolha de quem aprova o documento não se baseia no tipo de documento, mas sim na natureza do conteúdo e na unidade envolvida. A aprovação deve ser feita pela unidade hierarquicamente superior àquela que o documento abrange.

Para que os documentos sejam considerados válidos na instituição, é necessário que estejam aprovados e disponibilizados no portal corporativo institucional, ou, no caso de versões impressas, contenham a assinatura e o carimbo de um representante do STGQ, juntamente com a marcação de cópia controlada.

Quando mantidos em formato eletrônico, as assinaturas dos responsáveis pelas etapas de elaboração, análise, validação técnica, formatação e aprovação podem ser feitas eletronicamente. As contas digitais na plataforma gov.br possibilitam essa assinatura. Caso o SEI seja utilizado, o documento deve ser anexado no formato PDF, e as assinaturas registradas em um Despacho, com



a inclusão do link interno, já que arquivos PDF não podem ser assinados diretamente no SEI. Versões não aprovadas devem ser claramente sinalizadas para evitar uso indevido.

3.5. Publicação de documentos

Após a aprovação, os documentos da qualidade devem ser devidamente catalogados (no caso de novos documentos) ou atualizados (para documentos revisados) na Lista Mestra, que serve como um registro central e oficial de todos os documentos da instituição. Essa etapa é essencial para garantir o controle e a rastreabilidade dos documentos.

Em seguida, os documentos aprovados devem ser publicados no site institucional do HUIB, bem como no Portal do Conhecimento. A publicação garante o acesso aos documentos pelos colaboradores e demais interessados, promovendo a transparência e o alinhamento das práticas institucionais. A versão disponibilizada deve ser a mais recente, para assegurar que todos os usuários tenham acesso ao conteúdo atualizado e validado, e deve estar bloqueada para impressão e alteração.

3.6. Divulgação de documentos publicados

Após a publicação dos documentos institucionais, os links para acesso no site institucional e Portal do Conhecimento serão divulgados por meio de e-mail direcionado a todos os colaboradores do HUIB. Para garantir a segurança das informações, os documentos serão disponibilizados em formato não editável e, sempre que possível, com restrição de impressão.

Todos os colaboradores do HUIB devem ser orientados sobre como acessar e consultar o acervo documental da instituição. Cópias controladas, quando necessárias, serão impressas, identificadas e distribuídas pelo STGQ ou pela unidade responsável. Documentos externos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, como manuais, guias e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de empresas terceirizadas, deverão estar disponíveis em formato físico ou eletrônico nas áreas responsáveis pela sua aplicação.

3.7. Atribuições e responsabilidades

3.7.1. Superintendência, Gerências, Divisões, Setores e Unidades

- Criar e avaliar os documentos institucionais que dizem respeito às suas respectivas áreas de atuação.
- Revisar os documentos sempre que for necessário atualizar o conteúdo ou quando atingir o prazo máximo estipulado para a revisão.
- Encaminhar os documentos novos ou revisados para a unidade responsável pela verificação técnica, se for o caso, e STGQ para controle e validação quanto ao formato.
- Identificar os documentos externos importantes para suas operações, checar se estão atualizados e enviá-los para que o STGQ os controle.



- Divulgar os documentos publicados e promover treinamentos para os colaboradores sobre seu conteúdo.
- Aprovar documentos relacionados às suas atividades, colaborando com outras unidades quando necessário.
- Assumir a responsabilidade pelo conteúdo dos documentos que elaborarem.
- Administrar os documentos sob sua gestão.

3.8. Documentos Cancelados

Se uma atividade ou processo descrito em um documento for descontinuado, o documento será oficialmente cancelado, sem a criação de uma nova versão. O Setor de Gestão da Qualidade deve ser notificado para que o documento seja removido do site institucional e do Portal do Conhecimento. Além disso, o estado de cancelamento precisa ser registrado na Lista Mestra de Documentos para garantir o controle adequado.

3.9. Mensagem de Autorização de Reprodução

Para documentos que não possuem Folha de Rosto, a mensagem de autorização de reprodução deve ser atualizada com o ano do documento e inserida na última página, logo após o campo de aprovação. O texto a ser incluído é: “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”. Já nos documentos que contam com Folha de Rosto, essa mensagem deve ser colocada ao final da própria Folha de Rosto.

4. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *Manual para gestão e controle de documentos da qualidade*. Versão 2. Brasília, 2024.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	25/10/2025	Versão inicial.



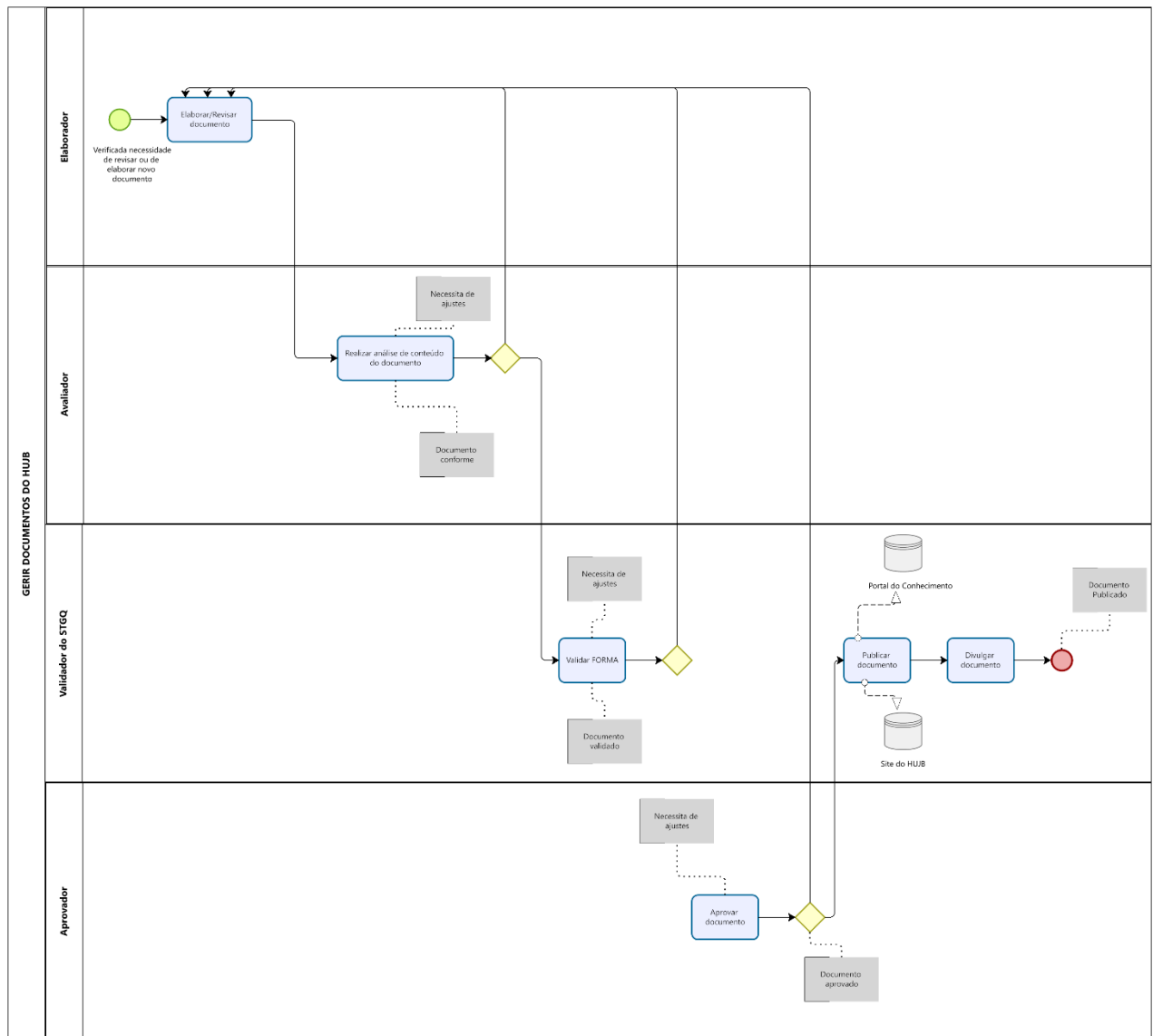
6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Maria Helena Pinto Gonçalves – Assistente Administrativo – STGQ Fernanda Darliane Tavares de Luna – Enfermeira - STGQ	Data: 16/10/2024
Análise Andressa Pedroza Pereira da Silva – Chefe do STGQ	Data: 17/10/2024
Validação Andressa Pedroza Pereira da Silva – Chefe do STGQ	Data: 17/10/2024 Conforme Processo SEI n° 23771.007019/2024-37
Aprovação Ana Paula Oliveira da Silva - Superintendente	Data: 25/10/2024 Conforme Processo SEI n° 23771.007019/2024-37

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



APÊNDICE A – Fluxo de Gestão Documental



Powered by Modeller

