

**EBSERH**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM

# BOLETIM DE SERVIÇO

**N.º 49, 9 de junho de 2015**

Ministério da  
**Educação**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Avenida Getúlio Guaritá, 130  
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |  
Telefone: (34) 3318-5200 | [hcuftm.ebserh.gov.br](http://hcuftm.ebserh.gov.br)

**RENATO JANINE RIBEIRO**

Ministro de Estado da Educação

**NEWTON LIMA NETO**

Presidente da Ebserh

**LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE**

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

**AUGUSTO CÉSAR HOYLER**

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

**DANIEL FERREIRA DA CUNHA**

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

**HELIO MORAES DE SOUZA**

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

## SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO.....	4
APROVAÇÃO DE REGIMENTOS.....	4
Resolução n.º 4, de 2 de junho de 2015.....	4
Regimento Interno CCIH.....	5
Resolução n.º 5, de 2 de junho de 2015.....	14
Regimento Interno do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil.....	14
Resolução n.º 6, de 2 de junho de 2015.....	21
Regimento Interno do Conselho Consultivo.....	22
Resolução n.º 7, de 2 de junho de 2015.....	32
Regimento Interno da Comissão de Análises de Óbitos e Biópsias.....	33
Resolução n.º 8, de 2 de junho de 2015.....	38
Regimento Interno da Comissão Permanente de Sindicância e Processo Administrativo Disciplinar.....	39
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.....	52
Resolução n.º 9, de 2 de junho de 2015.....	52
POP/Unidade de Oncologia/001/2015 Serviço de Radioterapia.....	53

**COLEGIADO EXECUTIVO**

**APROVAÇÃO DE REGIMENTOS**

**Resolução n.º 4, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HC-UFTM - Filial Ebserh.

Art. 2.º A presente resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

## **Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

### Capítulo I

Das disposições preliminares, objetivos, características e competências

Art. 1.º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH -, é uma Comissão que foi criada para atuar no Hospital de Clínicas da UFTM e anexos, estruturada e organizada conforme determinação da Portaria n.º 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Art. 2.º A formação da CCIH tem como objetivo básico o equacionamento dos problemas referentes ao desenvolvimento das infecções nosocomiais, partindo da identificação e reconhecimento de suas causas, levando a definição de diretrizes para as ações de controle das infecções hospitalares, avaliando e ratificando o programa de controle de infecção hospitalar, implantado no Hospital de Clínicas, objetivando alcançar os índices para a segurança das pessoas expostas.

Art. 3.º A CCIH é uma comissão permanente, constituída por membros consultores e executores, sendo os executores os representantes da CCIH, devendo atuar como órgão de assessoria e subordinação do Setor de Vigilância em Saúde do Hospital de Clínicas, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com o controle da infecção nosocomial.

Art. 4.º As decisões emanadas da CCIH serão encaminhadas à Superintendência do Hospital de Clínicas para providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações de controle de infecções hospitalares no Hospital de Clínicas e seus anexos serão implementadas pelo membros executores da CCIH.

Art. 5.º A Gerência de Risco da Anvisa está sob a responsabilidade das enfermeiras da CCIH.

### Capítulo II

Da Composição

Art. 6.º A CCIH será nomeada pelo Superintendente do Hospital de Clínicas, através de edição de Portaria, e será assim constituída:

I - pelo Presidente;

II - um representante dos médicos (infectologistas);

III - um representante da Administração;

IV - um representante da Patologia Clínica (microbiologista);

V - um representante da Unidade de Farmácia do Hospital de Clínicas;

VI - um representante da Unidade de Enfermagem;

VII - um representante da Unidade de Fisioterapia;

VIII - um médico representante da Pediatria;

IX - um residente de infectologia;

X - um aluno da graduação;

XI - médicos, enfermeiros permanentes da CCIH;

XII - uma secretária.

Art. 7.º A Presidência da CCIH será exercida pelo Diretor Clínico do Hospital de Clínicas.

Art. 8.º A CCIH poderá convidar membros do corpo e/ou unidades de apoio para participarem de suas reuniões sempre que o momento exigir parecer especializado e/ou específico atuando como Consultores.

Art. 9.º A CCIH poderá ter monitores das áreas de Medicina e/ou Enfermagem para auxiliar na execução de tarefas da Comissão e acompanhar programas definidos.

Art. 10. Os membros da CCIH terão mandato que corresponde ao do Superintendente ou a critério do mesmo, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo único. Na ausência do representante titular, este deverá indicar o seu substituto legal para participar da reunião.

### Capítulo III

#### Das Competências

Art. 11. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH:

I – elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo ações relativas a:

- a) implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998;
- b) adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- c) capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- d) uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

II – avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

III – realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV – elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

V – elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;

VI – adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

VII – definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição;

VIII – cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

IX – elaborar Regimento Interno para a CCIH;

X – cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;

XI – notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;

XII – notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

#### Capítulo IV

##### Das Atribuições da CCIH

Art. 12. São atribuições específicas do Superintendente do Hospital de Clínicas:

I – constituir formalmente a CCIH;

II – nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

III – propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

IV – aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;

V – garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição, como por exemplo, os Conselhos Técnicos independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

Art. 13. São atribuições específicas do Presidente:

I – representar a CCIH;

II – convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III – despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;

IV – dirigir os trabalhos da CCIH;

V – prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH;

- VI – assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;
- VII – comunicar a destituição dos membros ao Superintendente do Hospital de Clínicas;
- VIII – cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;
- IX – indicar o seu substituto eventual, sendo este o Chefe do Setor de Vigilância de Saúde.

Art. 14. São atribuições dos membros consultores da Comissão:

I – representante da Administração:

- a) implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção, construção civil).

II – médico:

- a) participar da padronização de medicamentos;
- b) participar ativamente do controle de infecção hospitalar;
- c) participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações;
- d) discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratorista e da enfermagem;
- e) autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização do Hospital de Clínicas;
- f) elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
- g) realizar vigilância epidemiológica ativa;
- h) participar de reuniões;
- i) participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”;
- j) participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;
- k) sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III – farmacêutico:

- a) fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos;
- b) propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados no hospital;
- c) manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma;
- d) preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente;
- e) controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas;
- f) informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado;
- g) manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV – enfermeiro:

- a) manter contato permanente com as diversas unidades do Hospital para detecção relativa ao controle de infecção hospitalar, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH;
- b) criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados;
- c) acompanhar a implantação do programa de controle de infecção hospitalar;
- d) elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções hospitalares e orientar sua execução;
- e) promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica;
- f) participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”;
- g) participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;
- h) sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções;
- i) promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares;
- j) fazer cumprir as atribuições descritas.

V - fisioterapeuta:

- a) sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções hospitalares;
- b) participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção hospitalar”;
- c) participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;
- d) promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares;
- e) fazer cumprir as atribuições descritas.

VI – microbiologista:

- a) orientar o corpo clínico quanto à solicitação de exames, coleta de amostras e interpretação de resultados microbiológicos;
- b) rejeitar as solicitações que não estiverem de acordo com os critérios por ele estabelecidos e aprovados pela CCIH;
- c) implantar métodos rápidos para a identificação de agentes infecciosos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos;
- d) organizar um arquivo de resultados que permita a realização periódica de levantamentos da frequência de microorganismos isolados das infecções hospitalares e da prevalência de cepas resistentes aos antibióticos.

VII – secretárias:

- a) agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- b) digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes a CCIH e Gerência de Risco;
- c) catalogar fontes bibliográficas;

- d) manter os arquivos atualizados;
- e) manter os armários organizados;
- f) executar os serviços de digitação da CCIH;
- g) fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia da unidade;
- h) alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção hospitalar (planilha Excel) após notificação de infecção hospitalar pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal;
- i) participar da organização de eventos;
- j) realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estada dos componentes da CCIH, Gerência de Risco para eventos externos;
- k) digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- l) confeccionar impresso referente a planilha NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance* - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares) mensal das infecções hospitalares das unidades críticas;
- m) realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;
- n) encaminhar a relação dos produtos notificados à Gerência Administrativa do HC, Setor de Compras do HC, Comissão de Padronização de Materiais e Serviço de Material Consignado do HC/UFTM;
- o) emitir com autorização do Gerente de Risco a guia de recolhimento de importação de produtos;
- p) participar e elaborar ata de reunião da Gerência de Risco e CCIH;
- q) conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;
- r) receber exames laboratoriais, conferir unidade de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;
- s) checar os e-mails da caixa de entrada do Outlook/CCIH diariamente;
- t) encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as unidades críticas e solicitar os impressos anteriores;
- u) solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor (Centro Cirúrgico, Serviço de Material Consignado, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Cardíaca e Serviço de Dados e Estatística).

## Capítulo V

### Dos membros executores da CCIH

Art. 15. Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção Hospitalar, e portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar:

#### Da Composição

- I - coordenador, com dedicação a CCIH;
- II - o Médico, com tempo mínimo de quatro horas diárias de dedicação a CCIH;
- III - o enfermeiro com tempo mínimo de seis horas diárias de dedicação a CCIH;
- IV - secretária com dedicação exclusiva ao CCIH;
- V- estagiários.

## Capítulo VI Das Atribuições

Art. 16. São atribuições dos membros executores:

I - coordenador:

- a) estruturar A CCIH do ponto de vista organizacional e operacional;
- b) promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH;
- c) coordenar e ministrar periodicamente, cursos de controle de infecção hospitalar para os profissionais de saúde que atuam na Instituição;
- d) realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados;
- e) padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão da utilização dos mesmos;
- f) avaliar a padronização de rotinas técnicas;
- g) realizar investigações epidemiológicas quando necessárias;
- h) elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a unidade de enfermagem;
- i) elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde;
- j) assessorar e/ou dar subsídio ao Hospital, na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;
- k) divulgar o trabalho realizado no Hospital em congressos, seminários, cursos e atividades afins;
- l) comunicar periodicamente ao Superintendente todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II – médico:

- a) realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados;
- b) participar da rotinização de atividades técnicas;
- c) realizar investigação epidemiológica;
- d) elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico;
- e) realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos;
- f) auditar o uso de antimicrobianos;
- g) elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III – enfermeiro:

- a) realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores no Hospital, com pesquisa de infecções de egresso;
- b) realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH;
- c) realizar investigações epidemiológicas;
- d) padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções hospitalares;
- e) elaborar os relatórios mensais da CCIH;
- f) reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os níveis em cooperação com setores competentes;
- g) realizar trabalhos científicos em controle de infecção hospitalar que sejam de importância para a CCIH;

- h) realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções;
- i) atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH;
- j) elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções Hospitalares;
- k) substituir o coordenador em seu impedimento.

## Capítulo VII

Art. 17. A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

## Capítulo VIII

### Das reuniões

Art. 18. As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (bimestral), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Superintendência do Hospital de Clínicas, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 19. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 20. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 21. A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 22. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 23. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 24. Os membros da comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

## Capítulo IX

### Das Disposições Finais

Art. 25. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Superintendente.

Art. 27. O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**Resolução n.º 5, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Comitê de Estudo da Mortalidade Infantil do HC-UFTM - Filial Ebserh.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

## **Regimento Interno do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh**

### Capítulo I

#### Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1.º O Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil foi estruturado e organizado conforme determinação da Portaria 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, e da Resolução SES/MG n.º 98, de 30 de junho de 1995, estando em funcionamento de acordo com a Portaria 1119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, e da Resolução SES/MG n.º 3.999, de 31 de outubro de 2013.

Art. 2.º O Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil é um organismo de natureza multidisciplinar que visa identificar todos os óbitos fetais e infantis ocorridos no Hospital de Clínicas da UFTM.

Parágrafo único. A atuação do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil é técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Art. 3.º É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe (a partir de 22 semanas de gestação ou 500 gramas de peso ao nascer).

Parágrafo único. O óbito fetal é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Art. 4.º É considerado óbito infantil a morte de uma criança no primeiro ano de vida.

Parágrafo único. O óbito infantil se subdivide em:

I - óbito neonatal, que ocorre nos primeiros 28 dias de vida (zero a 27 dias);

a) neonatal precoce (zero a seis dias de vida);

b) neonatal tardio (sete a 27 dias de vida);

II - óbito pós-neonatal, que ocorre após os 28 dias de vida.

Art. 5.º O instrumento para notificação compulsória e também para embasamento das investigações é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser preenchida conforme a portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre mortalidade - SIM.

Art. 6.º As decisões emanadas do Comitê serão encaminhadas à Superintendência do HC-UFTM para as providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, visando à redução da mortalidade fetal e infantil, serão definidas nas reuniões do comitê e desencadeadas pelo membro designado presidente.

## Capítulo II

### Das finalidades

Art. 7.º São finalidades do Comitê Hospitalar de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil:

I - divulgar a necessidade de instalação do comitê;

II - reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;

III - elaborar relatório analítico anualmente;

IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

## Capítulo III

### Da composição

Art. 8.º O comitê hospitalar será multidisciplinar e multiprofissional, nomeado e composto por membros do quadro funcional do HC/UFTM, conforme portaria da Superintendência do HC:

I – o diretor clínico/chefe da divisão médica, como presidente;

II – o responsável pelo Serviço de Medicina Fetal e Gestação de Alto Risco/Chefe da Unidade Materno-Infantil, como vice-presidente;

III – um médico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica;

IV – um médico da Unidade de Pronto Socorro Infantil;

V – um médico da Enfermaria de Pediatria;

VI - um médico da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);

VII - um funcionário do Serviço de Admissão e Alta;

VIII - um enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Ginecologia e Obstetrícia;

IX - um enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

- X - um enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Pediatria;
- XI - um enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário);
- XII - um representante do Alojamento Conjunto;
- XIII - um representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- XIV - um representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- XV - um médico residente em estágio na especialidade Medicina Fetal;
- XVI - um aluno de curso de graduação, indicado por seu respectivo diretório acadêmico e/ou coordenação do curso;
- XVII - um secretário.

Parágrafo Único. O Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil poderá contar com consultores “*ad hoc*”, pessoas pertencentes ou não ao HC-UFTM, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos para demandas do comitê.

Art. 9.º Os membros exercerão seus mandatos num período de dois anos, podendo ser prorrogados, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando o relevante interesse público de suas atribuições.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro do Comitê a três reuniões consecutivas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

## Capítulo IV

### Das competências

Art. 10. Compete ao Comitê:

- I – investigar e diagnosticar a mortalidade fetal e infantil na Instituição;
- II – enviar os documentos da investigação e os seus resultados ao Comitê Municipal;
- III – criar medidas para diminuir a mortalidade fetal e infantil na Instituição;
- IV – disponibilizar os resultados obtidos dos trabalhos desenvolvidos para todas as instituições e órgãos competentes, que possam intervir na redução da mortalidade fetal e infantil;

V – verificar e zelar pelo correto preenchimento dos prontuários e documento de óbito no estabelecimento;

VI - atender às solicitações de esclarecimento das secretarias municipal e estadual de saúde, quando necessário.

## Capítulo V

### Das reuniões/funcionamento

Art. 11. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Diretoria do HC.

Art. 12. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do Comitê.

Art. 13. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade mais um dos membros do Comitê.

Art. 14. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 15. As deliberações do Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Superintendente.

## Capítulo VI

### Das atribuições

Art. 16. São atribuições do presidente do Comitê de Estudo da Mortalidade Fetal e Infantil, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

II - indicar seu vice-presidente e o secretário;

III - representar o Comitê em suas relações internas e externas;

IV - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - indicar membros pertencentes ou não ao Comitê para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Art. 17. Caberá aos membros investigadores do Comitê:

I - investigar todos os óbitos fetais e infantis ocorridos no HC-UFTM e preencher a ficha de investigação, padronizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde;

II - apresentar as investigações nas reuniões mensais do comitê.

Art. 18. Caberá ao membro, funcionário do Serviço de Admissão e Alta:

I - rastrear os óbitos ocorridos no HC-UFTM nas DOs arquivadas em seu setor e pelo relatório do Serviço de Anatomia Patológica, quando os corpos forem encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito do Município ou ao Instituto Médico Legal do Estado;

II - encaminhar a relação de óbitos, ocorridos no mês anterior ao da reunião, aos investigadores, com antecedência de pelo 10 dias da reunião.

Art. 19. São atribuições dos demais membros do Comitê:

I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 20. Caberá ao secretário do Comitê

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comitê;

VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - providenciar o cálculo da taxa da mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil mensalmente e encaminhar ao Serviço de Estatística hospitalar;

X - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

#### Das disposições gerais

Art. 21. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento do comitê hospitalar.

Art. 22. O comitê hospitalar deverá estar vinculado às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções.

Art. 23. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo comitê.

**Resolução n.º 6, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno do Conselho Consultivo do HC-UFTM - Filial Ebserh.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**Regimento Interno do Conselho Consultivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

SUMÁRIO

Capítulo I – Da Natureza e Finalidade.....	3
Capítulo II – Das Competências.....	3
Capítulo III – Da Composição.....	4
Capítulo IV – Do Funcionamento.....	6
Seção I - Das Reuniões.....	9
Capítulo V – Das Disposições Gerais.....	10

## Capítulo I

### Da natureza e finalidade

Art. 1.º O Conselho Consultivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, obrigatório por exigência da Portaria Interministerial n.º 2.400, de 2/10/2007, Art. 7.º, inciso XVI (da certificação como Hospital de Ensino), e previsto na estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da Ebserh (do controle e avaliação), é órgão consultivo, investido de caráter de governança social, quanto às questões estratégicas, e de organização interna.

Art. 2.º Cabe ao Conselho Consultivo do HC analisar, opinar e emitir parecer sobre os assuntos submetidos pelo Superintendente e pela Ebserh, em apoio ao processo de tomada de decisão, bem como à análise de execução de metas contratualizadas.

Art. 3.º Cabe ao Conselho Consultivo propor linhas de ação, políticas estratégicas, programas, estudos, projetos, formas de atuação ou outras medidas, orientando para que o HC-UFTM/Filial Ebserh obtenha desenvolvimento institucional.

Art. 4.º Ao Conselho Consultivo compete acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho do HC-UFTM/Filial Ebserh.

## Capítulo II

### Das competências

Art. 5.º Compete ao Conselho Consultivo do HC:

I - apreciar e dar parecer sobre:

a) planejamento estratégico e operacional do HC;

- b) relatório de Gestão anual do HC;
  - c) demonstrativo da previsão e da aplicação orçamentária do Hospital;
  - d) propostas de credenciamento de serviços hospitalares junto ao SUS;
  - e) propostas de contratualização hospitalar firmadas com órgãos governamentais afins e a Ebserh;
  - f) protocolos propostos quanto à regulação entre o HC e a rede de assistência;
  - g) propostas de convênios interinstitucionais;
  - h) propostas de criação de novos serviços;
  - i) resultados de mecanismo de índice de satisfação;
  - j) investimentos em infraestrutura física e relativa à modernização hospitalar;
  - l) proposta de captação de recursos.
- II - propor ações estratégicas favoráveis ao desenvolvimento do HC, em alinhamento às demandas sociais;
- III – acompanhar, periodicamente, mediante prestação de contas formal a ser submetida à Ebserh, o desempenho estratégico e operacional do HC;
- IV - prestar assistência ao Superintendente do HC e à Ebserh em suas decisões.

### CAPÍTULO III

#### DA COMPOSIÇÃO

Art. 6.º Compõe-se o Conselho Consultivo do HC dos seguintes membros:

- I - superintendente do HC, como Presidente e representando a Ebserh;
- II - gerente de Atenção a Saúde;
- III - gerente administrativo;
- IV - gerente de Ensino e Pesquisa;
- V - representante da Secretaria Municipal de Saúde;

VI - representante da Superintendência Regional de Saúde;

VII - representante dos usuários dos serviços de saúde do Hospital, indicado pelo Conselho Municipal de Saúde;

VIII - representante dos Residentes em saúde do Hospital, indicado pela entidade representativa (Coremu);

IX - representante dos trabalhadores técnico-administrativos do Hospital, eleito pelos seus pares;

X - representante discente dos cursos de graduação (em início de estágio curricular no HC ou que tenha pelo menos um ano de estágio curricular no HC antes do término do curso), indicado por meio do Diretório Central de Estudantes da UFTM;

XI - representante docente do Instituto de Ciências da Saúde – ICS da UFTM, indicado pelo respectivo Colegiado;

XII - representante da UFTM, indicado pela Reitoria.

§ 1.º Os membros terão mandato de um ano, além de um suplente cada, com possibilidade de recondução, exceto o Superintendente do HC com mandato nato e tendo por suplente o Gerente de Atenção à Saúde do HC.

§ 2.º As atividades do Conselho Consultivo serão consideradas de caráter relevante não podendo, sob hipótese alguma, serem remuneradas.

§ 3.º O conselheiro perderá o mandato quando:

I - faltar a 3 (três) reuniões seguidas ou a 5 (cinco) intercaladas, no intervalo de 6 (seis) meses, sem justificativa, analisada e aceita por 2/3 (dois terços) dos membros;

II - por requerimento oficial do órgão que representa;

III - por perda de mandato; no caso específico do Superintendente, substituindo-o o Gerente de Atenção à Saúde até novo provimento;

IV - por impedimento legal;

V - por afastar-se de suas funções originais, por mais de 3 (três) meses;

VI - se empregado/servidor, por desligamento do HC;

VII - se aluno, por conclusão do curso ou por não estar regularmente matriculado.

§ 4.º Na condição de perda do mandato assume seu suplente, visando cumprir o restante do mandato, sendo indicado, portanto, novo suplente.

## Capítulo IV

### Da organização e funcionamento

Art. 7.º O Conselho Consultivo organizar-se-á funcionalmente por meio de:

I - plenário;

II - câmaras Técnicas;

III - secretaria.

§ 1.º Constitui o Plenário a assembléia dos conselheiros, visando apreciar questões e assuntos de sua competência sob a coordenação de seu Presidente.

§ 2.º As Câmaras Técnicas, formadas por delegação do Plenário, constituem grupos de membros do Conselho com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior do Plenário.

§ 3.º As atividades de secretaria (registro das reuniões realizadas pelo Plenário, convocações, elaboração de atas/despachos e tramitação documental) serão desempenhadas pelo Gabinete do Superintendente.

Art. 8.º Compete ao Presidente:

I - presidir as reuniões do Conselho Consultivo;

II - aprovar a pauta e a ordem do dia de cada reunião;

III - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV - resolver as questões de ordem;

V - designar os conselheiros para a constituição das Câmaras Técnicas, atendidas suas áreas específicas e posterior aprovação pelo plenário;

VI - exercer, além do voto de Conselheiro, o voto de qualidade;

Art. 9.º Compete às Câmaras Técnicas:

I - examinar os problemas específicos da sua área de atuação oferecendo alternativas de solução, respeitadas as normas gerais do Hospital de Clínicas;

II - proceder a estudos sobre assuntos relacionados com sua área de atuação específica, oferecendo ao Conselho Consultivo sugestões para a elaboração de normas que regulem e disciplinem a operacionalização das atividades respectivas;

III - promover outros estudos e pesquisas necessárias ao aperfeiçoamento de sua atuação;

IV - analisar as questões relativas à aplicação da legislação referente à sua área de atuação.

Art. 10. As Câmaras Técnicas serão constituídas, quando se fizer necessária a emissão de pareceres acerca de assuntos específicos, objetivando estudo e esclarecimento ao Conselho Consultivo.

§ 1.º Cada Câmara Técnica será composta de cinco (5) membros, dentre eles, 1 (um) dos representantes do corpo discente.

§ 2.º Cada Câmara indicará o seu Presidente.

§ 3.º Nenhum conselheiro poderá participar simultaneamente de mais de uma Câmara Técnica.

Art. 11. As Câmaras Técnicas reunir-se-ão com a maioria absoluta de seus membros e deliberarão por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de qualidade.

§ 1.º Na ausência do Presidente da Câmara Técnica, em determinada sessão, deve ser designado um de seus membros para exercer a presidência dos trabalhos durante aquela sessão.

§ 2.º As reuniões serão realizadas conforme calendário aprovado em sessão das Câmaras Técnicas.

§ 3.º Das convocações, devem constar o dia, a hora e o local de reunião, bem como os assuntos a serem tratados.

§ 4.º As deliberações das Câmaras Técnicas serão registradas em Ata, assinada pelos presentes.

Art. 12. As reuniões das Câmaras Técnicas serão instaladas com a presença da maioria dos seus membros, em primeira convocação, ou em qualquer número, em segunda convocação, decorridos 15 (quinze) minutos do horário fixado na primeira convocação.

Art. 13. As Câmaras Técnicas manifestar-se-ão, para consideração da plenária, sob a forma de pareceres conclusivos.

Parágrafo único. Não será submetido ao Plenário processo em fase de diligência.

Art. 14. Para exame de matéria comum a mais de uma Câmara Técnica pode ser convocada reunião conjunta por iniciativa dos respectivos Presidentes, a qual será presidida por conselheiro eleito pelos seus pares.

Art. 15. O Presidente de cada Câmara Técnica designará o relator dos processos a ele encaminhados.

§ 1.º Ao relator do processo compete diligenciar o que for preciso para sua completa instrução.

§ 2.º O relator terá o prazo de 15 (quinze) dias para emitir o seu parecer, contado a partir da data de distribuição, prorrogável por igual prazo.

Art. 16. Compete ao Presidente de cada Câmara Técnica:

I - presidir, supervisionar e coordenar os trabalhos da Câmara Técnica, promovendo as medidas necessárias ao cumprimento das suas finalidades;

II - convocar, presidir e dirigir as reuniões;

III - propor a pauta de cada sessão;

IV - resolver questões de ordem;

V - exercer o voto de qualidade;

VI - baixar os atos decorrentes de deliberações e outros necessários ao funcionamento da Câmara Técnica;

VII - articular-se com a Presidência do Conselho para a condução geral dos trabalhos;

VIII - supervisionar e orientar os trabalhos da secretaria geral;

IX - despachar o expediente e assinar a correspondência oficial;

X - designar ou designar-se relator para os processos distribuídos à Câmara Técnica ou para matéria proposta por qualquer de seus membros;

XI - encaminhar ao Presidente do Conselho a matéria a ser publicada ou incluída na pauta de reunião Plenária;

XII - representar a Câmara Técnica ou fazer-se representar;

XIII - distribuir processos às Câmaras Técnicas, após serem instruídos e informados pela Secretaria.

Art. 17. Compete à secretaria do Conselho Consultivo:

I - secretariar as reuniões do Conselho e redigir as respectivas atas;

II - organizar os processos;

III - encaminhar os processos às Câmaras Técnicas;

IV - manter serviço de protocolo dos processos e de guarda dos mesmos;

V - distribuir previamente a pauta das reuniões, com cópia dos respectivos processos a serem apreciados;

VI - fazer as convocações determinadas pelo Presidente.

## Seção I

### Das Reuniões

Art. 18. O Plenário reunir-se-á, em seção ordinária, uma vez a cada 3 (três) meses e, de forma extraordinária, sempre que necessário, mediante *quorum* mínimo da maioria simples de seus membros.

§ 1.º As reuniões ordinárias serão convocadas pelo Presidente do Conselho, com indicação da pauta correspondente, com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

§ 2.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas diretamente pelo Presidente ou via manifestação formal da maioria simples dos conselheiros, encaminhada ao Presidente, obedecendo, caso seja de caráter emergencial, antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 3.º O conselheiro impedido de participar da reunião, além de convocar seu suplente para substituí-lo, deverá justificar formalmente à Secretaria do Conselho, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas ou de 24 (vinte e quatro) horas no caso de reunião extraordinária de caráter emergencial.

§ 4.º Não havendo *quorum* mínimo requerido até o prazo de 30 (trinta) minutos do horário previsto para início da reunião, esta será:

I - adiada em até 5 (cinco) dias úteis, mediante nova convocação, se reunião ordinária; ou

II - transferida para o dia útil subsequente, se reunião extraordinária de caráter emergencial, porém sem convocação.

§ 5.º O Presidente ou qualquer conselheiro presente à reunião poderá solicitar a retirada de pontos da pauta ou a inversão da ordem, mediante aprovação da maioria simples dos presentes.

§ 6.º O Plenário poderá deliberar, pela maioria simples dos presentes, sobre o caráter reservado de sua reunião, bem como convocar não membros para participarem quando conveniente.

§ 7.º No caso de matérias que requeiram votação, o Presidente exerce o voto de qualidade na hipótese de empates.

§ 8.º Ficará impedido o voto por procuração.

§ 9.º As reuniões serão registradas por meio de atas específicas, formalizadas pela Secretaria e assinadas por todos os conselheiros participantes.

## Capítulo V

### Das disposições gerais

Art. 19. O presente Regimento Interno, assim como as eventuais atualizações, deverão ser aprovados por 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho Consultivo do HC.

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pelo Superintendente do HC.

Art. 21. Este Regimento entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução Nº 003 de 3 de abril de 2002, do então Diretor da FMTM.

**Resolução n.º 7, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Análise do Óbitos do HC-UFTM - Filial Ebserh.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

## **Regimento Interno da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

### Capítulo I

#### Das disposições preliminares, objetivos, características

Art. 1.º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007 que torna obrigatória a criação da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias nas instituições de saúde.

Art. 2.º A Comissão de Análises de Óbitos e Biópsias é um organismo de natureza multidisciplinar que visa à padronização de critérios para otimizar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Parágrafo único. A atuação da Comissão de Análise de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3.º As deliberações da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos - DOs -, devem ser encaminhadas à Superintendência do Hospital de Clínicas e/ou Comissão de Ética Médica para as providências subsequentes.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

### Capítulo II

#### Das finalidades

Art. 4.º São finalidades da Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias:

I – atender as determinações do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007;

II – analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos e relatórios de biópsias

III – ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

### Capítulo III

#### Da composição

Art. 5.º A Comissão de Análises de Óbitos e Biópsias será nomeada e composta por membros do quadro funcional do HC-UFTM, em Portaria da Superintendência do Hospital de Clínicas, publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

I – chefe da Divisão Médica/diretor clínico, como presidente;

II – chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;

III – responsável pelo Setor de Urgência e Emergência;

IV – representante do Laboratório de Anatomia Patológica;

V – chefe da Unidade de Cuidados Intensivos;

VI – médico da Enfermaria de Clínica Médica;

VII – chefe da Unidade Cardiovascular;

VIII - representante do Departamento de Cirurgia;

IX - representante do Departamento de clínica Médica;

X - chefe da Divisão de Enfermagem;

XI – funcionário administrativo (secretário);

XII - médicos residentes de Clínica Médica (Estágio Cardiologia), médico residente da Infectologia (Estágio CCIH) e um aluno do curso de graduação, indicado por seu respectivo diretório acadêmico e/ou coordenador de curso.

Parágrafo único. Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

### Capítulo IV

#### Do mandato

Art. 6.º O mandato dos membros da Comissão de Análise de Óbitos deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência do Hospital de Clínicas para alteração da portaria de nomeação.

## Capítulo V

### Da sede

Art. 7.º A Sede da Comissão será a sala de reuniões da Superintendência com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

## Capítulo VI

### Funcionamento e organização

Art. 8.º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1.º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

§ 2.º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3.º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 4.º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatório de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

§ 5.º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em livro próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 6.º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 7.º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice Presidente.

§ 8.º Após cada reunião, deverá ser elaborado um relatório para envio à Superintendência do Hospital de Clínicas.

## Capítulo VII

### Das atribuições

Art. 9.º São atribuições dos membros da Comissão de Óbitos e Biópsias:

I – analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II – elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

III – realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

IV – normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

V – convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

VI – criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito:

VII - comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

VIII - correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

IX - zelar pelo sigilo ético das informações;

X - emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

XI - assessorar a Direção da Instituição em assuntos de sua competência;

XII - definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XIII - desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Art. 10. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice, na ausência do presidente:

I - convocar e presidir as reuniões;

II - indicar seu substituto;

III - representar a comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

IV - subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V - fazer cumprir o regimento;

VI - ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 11. São atribuições da secretaria da Comissão:

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV - convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

V - organizar e manter o arquivo da comissão;

VI - preparar a correspondência;

VII - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço

VIII - solicitar ao SAM (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## Capítulo VIII

### Das disposições finais

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Superintendência.

Art. 13. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14. O regimento entrará em vigor após aprovação da Superintendência e publicação no Boletim de Serviço do Hospital de Clínicas.

**Resolução n.º 8, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regimento Interno da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar do HC-UFTM - Filial Ebserh.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**Regimento Interno da Comissão Permanente de Sindicância e Processo Administrativo Disciplinar  
do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh**

Título I

Das disposições gerais

Capítulo I

Dos princípios fundamentais

Art. 1.º A Sindicância e o Processo Administrativo Disciplinar serão regidos pelas seguintes fontes do Direito Processual Disciplinar:

Constituição Federal

Lei Complementar e Lei Ordinária

Decretos

Regulamentos

Atos Normativos Internos

Regimento Interno

Resoluções

Provimentos

Portarias

Ordem de Serviço

Circulares

Instruções

Pareceres do Órgão Jurídico Consultivo

Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, dos tribunais superiores e demais tribunais.

Princípios gerais do Direito

Praxe Administrativa

Analogia

Aplicações subsidiárias do Código Penal, do Código de Processo Penal, do Código Civil e do Código de Processo Civil.

## Manual de Direito Disciplinar para Empresas Estatais da Controladoria Geral da União

### Consolidação das Leis do Trabalho - CLT

#### Capítulo II

#### Da instauração de sindicância e processo administrativo disciplinar

Art. 2.º Compete ao Superintendente e, na sua ausência, ao Gerente Administrativo, a instauração de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar, uma vez esgotadas todas as tentativas de apuração/solução da matéria, objeto do processo, na esfera administrativa competente, quando a mesma se apresentar com contornos frágeis, sem elementos mínimos para sustentar uma acusação ou mesmo para justificar a instauração de uma investigação formal.

Art. 3.º A instauração de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar dar-se-á por meio de portaria, com especificação de sua finalidade e prazo para conclusão dos trabalhos.

§ 1.º A portaria de instauração da Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar será publicada no Boletim de Serviço do HC-UFTM – Filial Ebserh.

§ 2.º A portaria de prorrogação do prazo dos trabalhos da Comissão terá vigência imediata e também será publicada no Boletim de Serviço do HC-UFTM – Filial Ebserh.

§ 3.º Findo o prazo sem que a Comissão tenha concluído os trabalhos justificadamente, será designada nova Comissão que poderá ser constituída pelos mesmos membros para ultimar os trabalhos.

§ 4.º Os prazos a que se referem os parágrafos anteriores serão de sessenta dias para o Processo Administrativo Disciplinar, trinta dias para a Sindicância e trinta dias para o rito sumário.

§ 5.º Mediante solicitação do Presidente da Comissão ao Superintendente ou ao seu substituto com justificativas, os prazos a que se refere o parágrafo anterior serão prorrogáveis por igual período, exceto o rito sumário que é prorrogável por 15 dias.

§ 6.º O Rito Sumário está previsto apenas para a apuração das seguintes infrações:

- a) acumulação ilegal de cargos;
- b) abandono de cargo;
- c) inassiduidade habitual.

### Capítulo III

#### Da comissão permanente de sindicância e de processo administrativo disciplinar

Art. 4.º Fica instalada a Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar no âmbito do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Filial Ebserh para apurar infrações praticadas por servidores públicos federais, regidos pela Lei 8.112/90, e por empregados públicos contratados, regidos pela CLT, no exercício de suas atribuições, ou que tenham relação com as atribuições do cargo em que se encontrem investidos.

§ 1.º As infrações a que se refere o parágrafo anterior são as elencadas nos artigos 117, 129 e 132 da Lei 8.112/90, aplicadas em analogia, ao empregado público contratado pela CLT.

§ 2.º Questões da vida privada, sem reflexo na vida funcional, não são apuradas em Sindicância ou em Processo Administrativo Disciplinar.

Art. 5.º A Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar é composta por cinco servidores/empregados públicos estáveis, designados pelo Superintendente, o qual indicará, dentre eles, o presidente e o secretário.

§ 1.º O Presidente da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar não poderá ser ocupante de cargo inferior ou ter nível de escolaridade inferior ao do acusado.

§ 2.º Os membros da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar terão mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução.

§ 3.º A alteração dos membros da Comissão poderá atingir até dois terços de seus representantes.

§ 4.º O presidente da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar, ao solicitar a emissão de portaria para abertura de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar, deverá indicar os nomes dos membros efetivos, de seu substituto, do relator do processo e do secretário para constar na portaria de instalação.

§ 5.º Após designação por Portaria do Superintendente, as atribuições da Comissão de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar são indeclináveis, indelegáveis e irretroatáveis, salvo por decisão fundamentada do Superintendente.

§ 6.º O presidente, bem como os membros efetivos e o secretário só poderão solicitar seus desligamentos em caráter extraordinário e por motivo justificado, cujo pleito será analisado pelo Superintendente do HC-UFTM – Filial Ebserh, sendo defeso a qualquer membro alegar motivo fútil ou de foro íntimo.

§ 7.º O presidente da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar e os membros efetivos ficarão à disposição para atendimento, organização, informação e estudo dos casos.

§ 8.º Os horários dedicados aos trabalhos da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar serão computados como de efetivo exercício, ficando o presidente, os membros efetivos e o secretário, desobrigados de suas funções normais.

Art. 6.º Não poderão compor a Comissão de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar:

I - amigo íntimo, inimigo notório, cônjuge, companheiro ou parente da testemunha/acusado, até o terceiro grau consanguíneo, em linha reta ou colateral, ou por afinidade;

II - aqueles que atuaram na fase preliminar de investigação sumária ou na tentativa de solução da matéria, objeto do processo, na esfera administrativa competente;

III - tenham interesse no processo;

IV - tenham atuado ou possam vir a atuar como perito, testemunha ou representante em outros processos em que o denunciante ou acusado estejam envolvidos;

V - estejam litigando com o interessado;

VI - servidores no período probatório e empregado público no período de experiência.

Art. 7.º Os membros da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar exercerão suas atividades com independência e imparcialidade, sendo assegurado o sigilo necessário na elucidação dos fatos.

Art. 8.º Eventualmente poderá ser designada uma Comissão Especial de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar, atentando para a peculiaridade de fatos que devam ser apurados, por servidores ou segmentos com conhecimento específico sobre o assunto do qual trata a Comissão, tendo seu fim tão logo os trabalhos sejam concluídos.

Parágrafo único. O funcionamento da Comissão Especial seguirá o mesmo rito aplicado a Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar.

## Capítulo IV

### Do processamento

Art. 9.º Os procedimentos adotados pela verificação de irregularidades serão compostos de três meios: Averiguação, Sindicância e Processo Administrativo Disciplinar.

§ 1.º A averiguação é um meio informal de investigação e será usada quando a questão se apresentar com contornos frágeis, sem elementos mínimos para sustentar uma acusação ou mesmo para justificar a instauração de uma investigação formal, sendo esta de responsabilidade da Administração Hospitalar.

§ 2.º A Sindicância constitui meio formal de investigação, sendo necessário para aprofundar a investigação e dar à autoridade os dois elementos fundamentais para a instauração de Processo Administrativo Disciplinar:

I – autoria, identificação do servidor/empregado envolvido com o fato irregular;

II – materialidade, identificação da extensão do fato irregular (ação ou omissão em afronta ao ordenamento jurídico), relacionado ao exercício do cargo.

§ 3.º O Processo Administrativo Disciplinar é o devido processo legal para examinar a responsabilidade do agente, a partir da comparação entre acusação e defesa.

§ 4.º O devido processo legal impõe o cumprimento dos ritos legalmente previstos para a aplicação da penalidade, que são o contraditório e a ampla defesa, pilares que facultam ao acusado/indiciado, durante todo o processo, a efetiva participação na construção das conclusões finais da apuração, possibilitando-lhe a utilização de todos os meios de defesa admitidos pelo ordenamento jurídico.

Art. 10. Em caso de eventuais intimações, notificações e outras comunicações a pessoas fora do âmbito do HC/UFTM, deve-se solicitar previamente ao Serviço de Transporte da UFTM que proceda à entrega das correspondências.

§ 1.º A entrega das correspondências deve ser sempre realizada em duas vias, de forma confidencial, contendo data, hora e assinatura de recebimento pelo próprio destinatário, acompanhada da cópia da portaria de designação da comissão, devendo a segunda via ser juntada ao processo para comprovação.

§ 2.º Entre a data do recebimento do documento pelo destinatário e o evento deverá ser obedecido, impreterivelmente o prazo de três dias úteis.

§ 3.º Sempre que um servidor/empregado for intimado a prestar depoimento, junto à Comissão Processante, será encaminhado documento a sua chefia imediata, informando-a da data, hora e local de seu comparecimento, para fins de justificativa na folha de frequência e/ou no espelho de ponto eletrônico.

§ 4.º É de responsabilidade do secretário da Comissão fiscalizar, inclusive perante o Serviço de Transporte e, após as prévias instruções, se os atos oficiais foram expressamente entregues ao próprio destinatário e em tempo hábil, nos termos do § 2º, devendo juntar ao processo a segunda via, datada e assinada.

## Capítulo V

### Das competências

Art. 11. Compete aos integrantes da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar:

I – agir com discrição e guardar sigilo sobre os documentos e assuntos que lhe sejam submetidos em razão do exercício da sua função, sob pena de responsabilidade administrativa;

II – apreciar as matérias que lhe forem submetidas, solicitando a emissão de portaria específica para o início dos trabalhos ou remetendo-as de volta ao Superintendente, se carecerem de investigação preliminar ou tentativas de resolução na esfera administrativa competente;

III – pautar os trabalhos de acordo com as fontes de legislação aplicadas na esfera pública.

## Capítulo VI

### Das atribuições

Art. 12. São atribuições do presidente da Comissão Permanente de Sindicância e de Processo Administrativo Disciplinar, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - instalar e encerrar os trabalhos da Comissão e presidir suas reuniões;

II - representar a Comissão em suas relações internas e externas;

IV - participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VI - indicar seu substituto e o relator da Comissão;

VII - garantir o sigilo das declarações;

VIII - fixar os prazos e os horários, obedecidos os prazos previstos neste regimento.

Art. 13. Caberá aos membros vogais da Comissão:

I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

VI - auxiliar o Presidente na condução de todos os trabalhos de inquirição, vistorias, perícias e outros;

VII - garantir o sigilo das declarações;

VIII - substituir o Presidente ou o Secretário, quando designado;

IX - assinar com os demais membros, os documentos necessários.

Art. 14. Caberá ao secretário da Comissão:

I - organizar a ordem do dia;

- II - receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - manter a organização do protocolo dos documentos;
- VI - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- VIII - garantir o sigilo das declarações;
- IX - assinar com os demais membros, os documentos necessários;
- X - manter banco de dados para registro de todas as Sindicâncias e de Processos Administrativos Disciplinares;
- XI - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

## Capítulo VII

### Do funcionamento da sindicância

Art. 15. Aberta uma sindicância a Comissão Processante se reunirá para as deliberações pertinentes e comunicará o início dos trabalhos:

- I - à autoridade instauradora do processo;
- II - à chefia da divisão de recursos humanos;
- III - à chefia imediata dos membros sindicantes de que os mesmos estão à disposição da Comissão enquanto durarem os trabalhos.

Art. 16. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário semanalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Diretoria do HC, sendo permitida somente a presença dos seus componentes e dos interessados, ou de profissionais com prerrogativas.

Art. 17. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 18. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando sua substituição em afastamentos e impedimentos legais, com o Vice-Presidente já nomeado em portaria.

Art. 19. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, deliberações e providências a serem tomadas.

Art. 20. A Comissão Permanente poderá promover a tomada de depoimentos, acareações, investigações e diligências cabíveis, objetivando a coleta de provas, recorrendo quando necessário, a técnicos e peritos, visando à elucidação completa dos fatos, com deliberação em ata e expondo a motivação.

## Capítulo VIII

### Das oitivas das testemunhas

Art. 21. A Comissão Permanente poderá intimar qualquer pessoa maior de idade para prestar depoimento, desde que seu depoimento seja considerado relevante para a elucidação dos fatos.

§ 1.º Se a testemunha for servidor/empregado do HC-UFTM deverá ser dispensada por seu superior hierárquico, sem prejuízo de sua remuneração, pelo tempo que for necessário.

§ 2.º Se a testemunha não for servidor/empregado será solicitado um veículo oficial para buscá-la em seu domicílio e levá-la, após o término da oitiva.

§ 3.º Está impedido de depor como testemunha, o servidor/empregado que figura como acusado no mesmo processo administrativo disciplinar.

Art. 22. Somente podem acompanhar as oitivas das testemunhas o acusado e seu procurador, cujas presenças devem ser registradas.

§ 1.º Caso a testemunha traga um acompanhante, sua presença será permitida se for seu advogado legalmente constituído.

§ 2.º A ausência do acusado e de seu advogado não gera nulidade no depoimento de testemunha, desde que tenha sido regularmente citado.

Art. 23. Ao abrir uma sessão de oitiva, o Presidente deve solicitar ao secretário a coleta dos dados de identificação completa da testemunha, juntamente com o cargo e a lotação.

§ 1.º O Presidente deverá informar à testemunha resumidamente do que se trata o processo, o motivo de sua convocação, questionar as hipóteses de suspeição e impedimento, efetuar o compromisso com a verdade e cientificar das implicações decorrentes de falso testemunho.

§ 2.º As perguntas, previamente elaboradas pela Comissão, serão dirigidas às testemunhas inicialmente pelo Presidente da Comissão.

§ 3.º Terminadas as perguntas, deve o Presidente passar a palavra aos demais vogais para, se quiserem, formularem novas perguntas.

§ 4.º Em caso de oitiva de testemunha em Processo Administrativo Disciplinar, após as perguntas passa-se a palavra ao acusado e seu procurador para que façam suas perguntas que devem ser dirigidas ao Presidente para que este, se entender cabíveis, repasse-as à testemunha.

§ 5.º Terminadas as perguntas, passa-se a palavra à testemunha para que acrescente o que quiser acerca do fato apurado, atentando-se para o fato de que, em caso de Processo Administrativo Disciplinar, se esta prerrogativa for utilizada pela testemunha, deve-se passar a palavra à defesa.

§ 6.º Encerra-se o depoimento da testemunha, revisando o texto, imprimindo uma única via para assinatura de todos os interessados, cuja cópia poderá ser entregue à testemunha após encerrada a fase de depoimentos.

§ 7.º Se a testemunha não comparecer, deve a Comissão aguardar 30 minutos, consignar a ausência nos autos e proceder à nova intimação, apenas mais uma vez.

## Capítulo IX

### Da conclusão da sindicância

Art. 24. Encerrados os trabalhos de instrução da Sindicância, passa-se à elaboração do relatório final que deverá conter:

- I - preâmbulo (identificação da comissão);
- II - antecedentes do processo;
- III - deliberações;
- IV - fatos apurados pela Comissão na instrução;
- V - parecer conclusivo quanto à autoria e à materialidade;
- VI - recomendações.

Art. 25. A autoridade instauradora, de posse do relatório da Sindicância poderá, sem prejuízo no acatamento das recomendações:

- I - arquivar o processo;
- II - aplicar pena de advertência ou suspensão de até 30 dias;
- III - instaurar o Processo Administrativo Disciplinar.

## Capítulo X

### Do processo administrativo disciplinar

Art. 26. O Processo Administrativo Disciplinar seguirá os mesmos ritos formais aplicados à Sindicância.

Art. 27. Aberto o Processo Administrativo Disciplinar o acusado deve ser notificado de que contra ele existe o processo, especificando os fatos, o local onde está instalada a Comissão com envio das seguintes cópias: portaria de designação da Comissão, ata de instalação e início dos trabalhos, da denúncia, documentos ou outros que deram causa à instalação do Processo.

Parágrafo único. No curso da apuração dos fatos e, após a notificação prévia do servidor/empregado de sua condição de acusado, deve haver notificação de todos os atos processuais sujeitos ao seu acompanhamento.

Art. 28. Ao acusado e a seu procurador é facultado acompanhar o processo por meio de:

I - vistas ao processo exclusivamente na sede da Comissão, dentro de horário de atendimento estabelecido, na presença de um dos membros, tendo este direito de ser registrado em termopróprio;

II - cópia do processo, tendo este direito de ser registrado em termo próprio, especificando o tipo de cópia (digital, impressa);

III - acompanhamento das oitivas das testemunhas.

## Capítulo XI

### Do interrogatório do acusado

Art. 29. Após as oitivas das testemunhas, da coleta de provas necessárias ao andamento do Processo Administrativo Disciplinar, deve haver o interrogatório do acusado, como último ato de instrução e meio de defesa.

Parágrafo único. Se novas provas forem colhidas após o interrogatório, este deve ser repetido.

Art. 30. A Comissão deve deliberar em ata a realização do interrogatório do acusado, intimá-lo em prazo hábil com encaminhamento dos autos, de forma preferencialmente digital, comunicar seu superior hierárquico para dispensá-lo, sem prejuízo de sua remuneração, pelo tempo que for necessário.

Art. 31. O procurador do acusado pode acompanhar o interrogatório, mas sua ausência não gera nulidade no processo.

Art. 32. Ao abrir uma sessão de interrogatório, o Presidente deve solicitar ao secretário a coleta dos dados de identificação completa do mesmo, juntamente com o cargo e a lotação.

§ 1.º O Presidente deverá cientificar o servidor/empregado a acusação que contra ele paira e informá-lo da prerrogativa constitucional do direito de permanecer calado e de que tal postura não lhe importará prejuízo.

§ 2.º As perguntas, previamente elaboradas pela Comissão, serão dirigidas ao acusado pelo Presidente.

§ 3.º Posteriormente, passa-se a palavra ao acusado para que formule suas perguntas que devem ser dirigidas ao Presidente para que este, se entender cabíveis, repasse-as ao acusado.

§ 4.º Não é facultado ao procurador do acusado o direito de formular perguntas ao seu cliente após as perguntas do presidente e dos vogais, mas à vista do objetivo de elucidar os fatos, deve a Comissão deliberar pela apresentação das perguntas que serão repassadas pelo Presidente, se entender cabíveis, ao acusado.

§ 5.º Ao final das perguntas, o presidente deve passar a palavra ao acusado para que acrescente o que quiser acerca do fato apurado.

§ 6.º Encerra-se o interrogatório do acusado, revisando o texto, imprimindo uma única via para assinatura de todos os interessados, cuja cópia poderá ser entregue ao acusado após encerrada a fase de interrogatórios.

§ 7.º Se o acusado não comparecer, deve a Comissão aguardar 30 minutos, consignar a ausência nos autos e proceder à nova intimação.

§ 8.º Caso o acusado abra mão do seu direito de defesa, pode a Comissão deliberar a retomada do processo sem interrogá-lo.

## Capítulo XII

### Da indicição do acusado

Art. 33. Encerra-se a instrução do processo com o término do interrogatório e o termo de indicição do acusado, se a Comissão entender que houve autoria e materialidade.

§ 1.º O termo de indicição do acusado é o enquadramento da infração disciplinar com a exposição das razões de fato e de direito.

§ 2.º A indicição delimita a acusação, não permitindo que, posteriormente, no relatório e no julgamento sejam considerados fatos nela não discriminados.

Art. 34. A citação é o meio formal de noticiar o acusado de que ele foi indiciado registrando o prazo de 10 dias e o local para que ele possa apresentar defesa escrita, o direito à vista do processo na sede da Comissão, encaminhando a cópia do termo de indicição.

Art. 35. Ocorre a revelia quando o indiciado, regularmente citado, não apresenta defesa no prazo legal.

Parágrafo único. Não apresentando o indiciado defesa no prazo legal, a revelia deve ser declarada por termo nos autos do Processo Disciplinar, sendo nomeado pela autoridade instauradora do processo um defensor dativo, que deverá ser ocupante de cargo superior ou de mesmo nível ou ter nível de escolaridade igual ou superior ao do indiciado, devolvendo o prazo para apresentação de defesa escrita.

### Capítulo XIII

#### Do relatório final do processo administrativo disciplinar

Art. 36. O relatório final da Comissão de Processo Administrativo Disciplinar deverá conter:

I - preâmbulo (identificação da Comissão);

II - antecedentes do processo (Sindicância, se houver);

III - fatos apurados pela Comissão na instrução;

IV - motivos da indicição;

V - exame detalhado de todos os termos da defesa apresentada, podendo inclusive alterar a tipificação;

VI - conclusão quanto à responsabilidade do servidor/empregado e informação se houve falta prevista como crime, dano ao erário ou improbidade administrativa;

VII - indicação expressa das provas (fundamentação) que sustentam a conclusão;

VIII - indicação expressa dos dispositivos violados e das penalidades cabíveis, com as atenuantes e agravantes;

IX - informação da possível configuração de crime;

X - recomendações ou sugestões;

XI - análise da prescrição.

§ 1.º A Comissão de Processo Administrativo Disciplinar não é competente para afirmar se houve ou não o crime, entretanto, seu relatório final não pode ser opinativo tampouco ter duas conclusões.

§ 2.º A remessa do relatório final para a autoridade instauradora marca o encerramento dos trabalhos da Comissão.

## Capítulo XIV

### Do saneamento do processo

Art. 37. Concluído o relatório final da Comissão e antes de sua apreciação pelo Superintendente do HC-UFTM – Filial Ebserh, o processo deverá ser analisado pela Assessoria Jurídica do HC-UFTM – Filial Ebserh, para sanar eventuais vícios ou nulidades, emitindo um despacho de saneamento.

## Título II

### Das disposições finais

## Capítulo XV

### Do arquivamento

Art. 38. Ainda que arquivado, o processo mantém sua natureza de documento reservado, já que continua contendo dados referentes à honra e à imagem das pessoas.

Parágrafo único. Após determinar os encaminhamentos de praxe, a autoridade instauradora deverá registrar que eventual pedido de desarquivamento seja submetido à sua apreciação.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo Superintendente, ouvida a Assessoria Jurídica do HC-UFTM – Filial Ebserh.

## **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

### **Resolução n.º 9, de 2 de junho de 2015**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Filial Ebserh, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 2 de junho de 2015, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão Atendimento em Radioterapia da Unidade de Oncologia do HC-UFTM - Filial Ebserh.

# Procedimento Operacional Padrão

POP/Unidade de Oncologia/001/2015  
Atendimento Radioterapia  
Versão 1.0

**Serviço de  
Radioterapia**

# **Procedimento Operacional Padrão**

POP/Unidade de Oncologia/001/2015

Atendimento Radioterapia

Versão 1.0

© 2015, Ebserh. Todos os direitos reservados  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh  
[www.hcuftm.ebserh.gov.br](http://www.hcuftm.ebserh.gov.br)

Material produzido pela Unidade de Oncologia do Hospital de Clínicas da UFTM- Filial Ebserh  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da  
Educação

Procedimento Operacional Padrão – Hospital de Clínicas da  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba: Ebserh –  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015. 11p.

Palavras-chaves: 1 – POP; 2 – Atendimento; 3 – Radioterapia

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
Avenida Getúlio Guaritá, 130  
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |  
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

**RENATO JANINE RIBEIRO**

Ministro de Estado da Educação

**NEWTON LIMA NETO**

Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE**

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

**AUGUSTO CÉSAR HOYLER**

Gerente Administrativo do HC-UFTM/ Filial Ebserh

**HELIO MORAES DE SOUZA**

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

**DANIEL FERREIRA DA CUNHA**

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

**GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE**

Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

**VITOR CARVALHO LARA**

Chefe da Unidade de Oncologia e Responsável pelo Serviço de Radioterapia

**EXPEDIENTE**

**Serviço de Radioterapia**

## HISTÓRICO DE REVISÕES

<b>Data</b>	<b>Versão</b>	<b>Descrição</b>	<b>Gestor do POP</b>	<b>Autor/responsável por alterações</b>
27/4/2015	1.0	Trata dos procedimentos de atendimento do paciente no Serviço de Radioterapia	Vitor Carvalho Lara	Mayara Goulart de Camargos

## sumário

OBJETIVO.....	7
DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	7
GLOSSÁRIO.....	7
APLICAÇÃO.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	7
I INFORMAÇÕES GERAIS.....	8
II Descrição das tarefas.....	8
1. Encaminhamentos para o Serviço de Radioterapia .....	8
2. Recepção do paciente no Serviço de Radioterapia .....	8
3. Avaliação inicial – Primeira Consulta Médica .....	8
4. Simulação do tratamento radioterápico .....	9
5. Planejamento do tratamento radioterápico.....	9
6. Avaliação Multidisciplinar .....	10
7. Tratamento Radioterápico .....	10
8. Revisões de enfermagem e médica .....	10
9. Término do tratamento radioterápico.....	7
FLUXOGRAMA .....	12
REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	9

## **Objetivo**

Descrever o fluxo de atendimento do Serviço de Radioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

## **Documentos Relacionados**

Cadastro de Pessoa Física - CPF

Carta de Contra-Referência

Cartão do SUS

Cartas de Encaminhamento

Comprovante de Residência

Guia de orientações

Identidade

Impresso para solicitação de Tomografia Computadorizada

Relatório de alta

## **Glossário**

APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo

GSO - Gerenciamento de Serviço de Oncologia

HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

POP - Procedimentos Operacionais Padrão

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

TC - Tomografia Computadorizada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **Aplicação**

Serviço de Radioterapia do HC/UFTM

## **Lista De Figuras**

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do Serviço de Radioterapia

## **II INFORMAÇÕES GERAIS**

Este manual traz descritos os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Atendimento no Serviço de Radioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM). Tendo sido inaugurado em 23/11/2011, o serviço atualmente é composto por dois Médicos Radio-Oncologistas, uma Enfermeira Oncologista, dois Físicos Médicos, uma Tecnóloga em Radioterapia, quatro Técnicos de Radiologia, uma Técnica de Enfermagem e uma Secretária.

## **II DESCRIÇÃO DAS TAREFAS**

### **1. Encaminhamentos para o Serviço de Radioterapia**

Os pacientes são encaminhados das diversas especialidades do HC/UFTM para avaliação do Radio-Oncologista através de “Cartas de Encaminhamento” dos médicos que acompanham os pacientes.

As cartas de encaminhamento (sem um formulário padrão) devem conter: identificação do paciente, diagnóstico, estadiamento, área a ser irradiada, exames de imagem realizados e dados clínicos mais relevantes, justificando a solicitação de tal avaliação.

### **2. Recepção do paciente no Serviço de Radioterapia**

As “Cartas de Encaminhamento” devem ser entregues à secretária do Serviço de Radioterapia, localizado no primeiro andar do HC-UFTM, com entrada pelo Serviço de Radiologia, de segunda à sexta-feira, das 7 h às 17 h.

A secretária agendará data e horário para avaliação médica, sendo o paciente orientado a comparecer no dia da avaliação com as cópias e os originais dos seguintes documentos: Identidade, CPF, Comprovante de Residência e Cartão SUS.

### **3. Avaliação inicial – Primeira Consulta Médica**

Na primeira consulta médica o paciente será avaliado por um dos médicos Radio-Oncologistas.

Caso realmente haja indicação de tratamento radioterápico, o paciente assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aceitando o tratamento.

O médico reencaminhará o paciente para que a secretária agende a próxima etapa do atendimento, chamada Simulação.

Caso o médico verifique a necessidade da realização de uma Tomografia Computadorizada (TC) da região a ser tratada, antes da simulação, esta será solicitada por meio de um impresso próprio (Laudo de Autorização de Procedimento de Alto Custo - APAC).

A APAC será entregue pela secretária do Serviço de Radioterapia na Central de Quimioterapia, aos cuidados da Enfermeira responsável pelo Gerenciamento de Serviço de Oncologia (GSO), telefone para contato: (34) 3318-5046, de 07 horas às 16 horas.

Posteriormente o GSO encaminhará a APAC para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba para autorização de agendamento do procedimento solicitado.

Durante a avaliação inicial, caso o Médico não verifique indicação para o tratamento radioterápico ou ainda, se o paciente recusar o procedimento, o mesmo redigirá uma "Carta de Contra-Referência" para a especialidade que encaminhou o paciente justificando a contra-indicação do tratamento ou informando a não aceitação do tratamento pelo paciente.

Este atendimento deve ser registrado no prontuário único do paciente.

#### **4. Simulação do tratamento radioterápico**

Durante a Simulação são delimitados os campos de tratamento e marcações que possibilitam a identificação e tratamento preciso e correto.

Pacientes que tratam regiões de Cabeça e Pescoço e Membros Superiores e Inferiores poderão necessitar da confecção máscaras termoplásticas para garantir o posicionamento diário, neste caso elas também serão confeccionados neste dia.

A simulação será acompanhada por um Médico, um Físico Médico e um Técnico em Radiologia.

#### **5. Planejamento do tratamento radioterápico**

A próxima etapa será o Planejamento Radioterápico, onde o Médico, através das imagens de exames prévios do paciente, desenvolverá um desenho das áreas anatômicas a serem tratadas.

O Físico Médico analisará o desenho, considerando áreas doentes e saudáveis, a fim de calcular a dose de radiação a ser incidida durante o tratamento radioterápico.

Caso haja a necessidade de blocos de colimação, os mesmos serão confeccionados pelos Técnicos de Radiologia após a etapa de Planejamento.

## **6. Avaliação Multidisciplinar**

Posteriormente ao Planejamento, o paciente será agendado pela secretária para avaliação pela equipe multidisciplinar composta por uma Enfermeira, uma Assistente Social e uma Psicóloga.

Na consulta de enfermagem inicial a Enfermeira fará orientações sobre o que é o tratamento radioterápico, quais suas possíveis reações esperadas e complicações. Fará também uma anamnese em que abordará as comorbidades e tratamentos prévios. Será entregue um guia de orientações e serão sanadas dúvidas dos pacientes e acompanhantes.

Durante o primeiro atendimento da Assistente Social e da Psicóloga, ambas avaliarão cada paciente e identificarão a necessidade ou não de acompanhamento posterior. Caso a necessidade exista, os pacientes serão atendidos a critério da profissional atuante no próprio Serviço de Radioterapia.

## **7. Tratamento Radioterápico**

Após a Avaliação Multidisciplinar, inicia-se efetivamente o tratamento radioterápico, que acontece diariamente das 7 h às 17 h..

Os pacientes de outros municípios realizarão o tratamento no período matutino, devido disponibilidade de transportes.

Pacientes de Uberaba e hospitalizados nas diversas unidades do HC-UFTM realizarão o tratamento no período vespertino.

Os pacientes serão recepcionados pela secretária e aguardarão na recepção a chamada pelos Técnicos de Radiologia.

## **8. Revisões de enfermagem e médica**

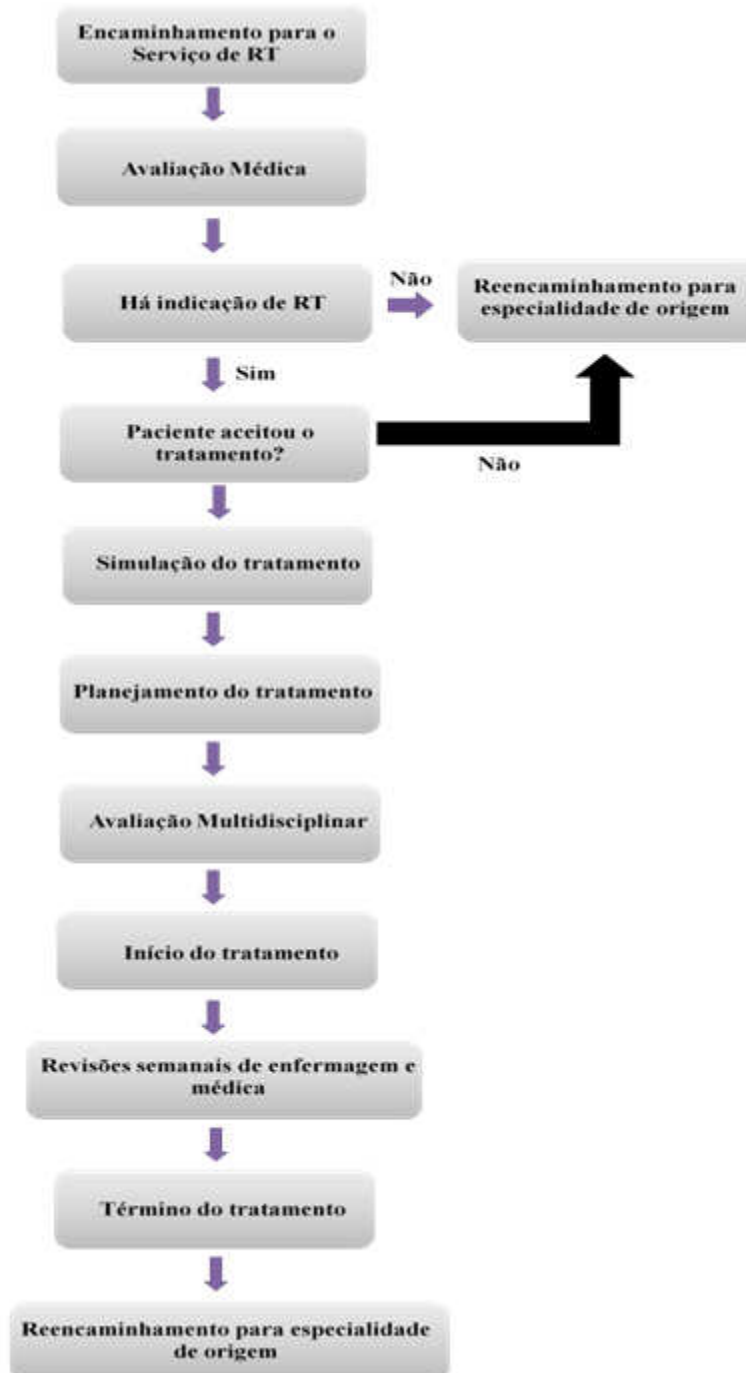
Semanalmente todos os pacientes passarão por reavaliação com a Enfermeira (às segundas-feiras) e com os Médicos (no decorrer da semana de acordo com agendamento prévio).

Durante as reavaliações serão investigados o estado geral do indivíduo e os possíveis efeitos colaterais.

## **9. Término do tratamento radioterápico**

Ao final do tratamento radioterápico, o paciente será avaliado por um dos médicos do Serviço que fará um relatório de alta para que seja entregue ao médico que o encaminhou para o Serviço de Radioterapia. Uma cópia do relatório e da ficha de tratamento do paciente será anexada ao prontuário único do paciente.

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do Serviço de Radioterapia



Referenciais teóricos

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. 3.ª ed; 2008.

SBRT - Sociedade Brasileira de Radioterapia. Radioterapia baseada em evidências. 1.ª ed; 2011.