

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOS ADMINISTRATIVOS

Apresentação do Conjunto e Matriz de Correspondência

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO GERAL

Relacionam-se abaixo a peça de apresentação e os dezoito protocolos administrativos, com todas as suas seções numeradas e todos os seus procedimentos operacionais padrão. Cada procedimento contém, na mesma ordem, o quadro de identificação, a situação que o aciona, o fundamento normativo, a sequência de execução, o registro gerado, os pontos-chave e o fluxograma próprio.

PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS. APRESENTAÇÃO DO CONJUNTO

0.1 Âmbito e finalidade do conjunto	13
0.2 O que o item C.2.4 exige e como o conjunto responde	14
0.3 A matriz de correspondência	15
0.4 A espinha comum dos protocolos.....	19
0.5 Os procedimentos operacionais padrão	20
0.6 Os fluxogramas	22
0.7 Governança, supervisão e monitoramento do conjunto.....	23
0.8 Natureza do conjunto e revisão na implantação	24
0.9 Fluxograma	25
Referências.....	27

PROTOCOLO 1. FATURAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

1.1 Âmbito e finalidade do faturamento hospitalar	30
1.2 Base normativa	31
1.3 O ciclo da conta: da admissão à transmissão	31
1.4 Organização do processo e fluxo, da entrada à saída.....	32
1.5 A autorização de internação: abertura, competência e prazo.....	33
1.6 Codificação: tabela de procedimentos, CID e a conferência do que foi feito	33
1.7 Órteses, próteses e materiais especiais: o dossiê que sustenta a cobrança	34
1.8 Produção ambulatorial: boletins individualizado e consolidado.....	35
1.9 Crítica, rejeição e reapresentação	35
1.10 Auditoria de conta: prontuário confrontado com a conta faturada	36
1.11 O cadastro nacional de estabelecimentos como pré-condição do faturamento.....	36
1.12 Atribuições e responsabilidades das equipes	37
1.13 Interface com o arquivo clínico, a assistência e a farmácia	37
1.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados	38
1.15 Tratamento da não conformidade e da glosa	39
1.16 Indicadores e monitoramento	39
1.17 Revisão, versão e governança do protocolo.....	40
1.18 Fluxograma.....	41
Referências.....	43
O que esta parte contém	45
Referências dos procedimentos operacionais padrão	82

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-FAT-01. Abertura, conferência e fechamento da autorização de internação	45
POP-FAT-02. Codificação do procedimento e do diagnóstico	50
POP-FAT-03. Faturamento de material especial e montagem do dossiê.....	54
POP-FAT-04. Registro e apresentação da produção ambulatorial	58
POP-FAT-05. Crítica, rejeição e reapresentação.....	62
POP-FAT-06. Auditoria interna de conta: prontuário confrontado com a conta	66
POP-FAT-07. Fechamento mensal e transmissão no calendário oficial.....	70
POP-FAT-08. Manutenção do cadastro nacional do estabelecimento.....	74
POP-FAT-09. Tratamento de glosa e plano de recuperação do indicador	78

PROTOCOLO 2. ARQUIVO CLÍNICO, PRONTUÁRIO E GESTÃO DO ACERVO

2.1 Âmbito e finalidade.....	85
2.2 Base normativa.....	86
2.3 O acervo recebido: diagnóstico, inventário e pendências herdadas.....	87
2.4 Organização do serviço e o fluxo do prontuário.....	88
2.5 Identificação única e prevenção de duplicidade cadastral.....	88
2.6 Montagem, ordenação e conferência após a alta.....	89
2.7 Guarda, empréstimo, devolução e rastreabilidade.....	90
2.8 Acesso ao prontuário e fornecimento de cópia.....	90
2.9 Digitalização e eliminação do papel: o que a norma efetivamente autoriza.....	91
2.10 Temporalidade e a comissão permanente de avaliação de documentos.....	92
2.11 Sumário de alta e envio à rede nacional de dados em saúde.....	93
2.12 Contingência do prontuário eletrônico.....	94
2.13 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	95
2.14 Interface com o faturamento e com a assistência.....	96
2.15 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	96
2.16 Tratamento da não conformidade.....	97
2.17 Indicadores e monitoramento.....	98
2.18 Revisão, versão e governança do protocolo.....	99
2.19 Fluxograma.....	100
Referências.....	102
O que esta parte contém.....	104
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	147

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-SAME-01. Abertura, identificação única e prevenção de duplicidade cadastral.....	104
POP-SAME-02. Recebimento, conferência e montagem do prontuário pós-alta.....	110
POP-SAME-03. Indexação, guarda, empréstimo e devolução.....	114
POP-SAME-04. Fornecimento de cópia do prontuário ao titular, ao juízo, à perícia e à pesquisa.....	118
POP-SAME-05. Digitalização do prontuário e eliminação do papel.....	122
POP-SAME-06. Tabela de temporalidade e comissão permanente de avaliação de documentos.....	127
POP-SAME-07. Emissão do sumário de internação e alta e envio à rede nacional de dados em saúde.....	132
POP-SAME-08. Contingência do prontuário eletrônico e operação em papel.....	137
POP-SAME-09. Devolutiva de pendência documental ao faturamento e às áreas de origem.....	142

PROTOCOLO 3. RECEPÇÃO, CADASTRO E ACESSO DO USUÁRIO

3.1 Âmbito e finalidade.....	150
3.2 Base normativa.....	151
3.3 A porta administrativa: o que a recepção resolve e o que encaminha.....	152
3.4 Cadastro do usuário e emissão do cartão nacional de saúde.....	153
3.5 Identificação segura: emissão e conferência da pulseira.....	154
3.6 O usuário sem documentação de identificação.....	154
3.7 Acolhimento administrativo e o limite da atuação da vigilância.....	155
3.8 Acompanhantes e visitantes: registro, acomodação e alimentação.....	156
3.9 Agendamento, confirmação prévia e absenteísmo.....	157
3.10 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	158
3.11 Interface com a assistência, o arquivo clínico e o faturamento.....	159
3.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	159
3.13 Tratamento da não conformidade.....	160
3.14 Indicadores e monitoramento.....	161
3.15 Revisão, versão e governança do protocolo.....	163
3.16 Fluxograma.....	164
Referências.....	166
O que esta parte contém.....	169
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	198

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-REC-01. Cadastro do usuário e emissão do Cartão SUS	169
POP-REC-02. Identificação segura — emissão e conferência da pulseira	175
POP-REC-03. Atendimento ao usuário sem documentação de identificação	179
POP-REC-04. Acolhimento administrativo na entrada	184
POP-REC-05. Registro e controle de acompanhantes e visitantes	188
POP-REC-06. Agendamento ambulatorial, confirmação e controle de absenteísmo	193

PROTOCOLO 4. SUPRIMENTOS, COMPRAS E CONTRATAÇÕES

4.1 Âmbito e finalidade	201
4.2 Base normativa	202
4.3 Princípios da compra: impessoalidade, economicidade e rastreabilidade	203
4.4 O ciclo de compra, da requisição ao recebimento	205
4.5 Requisição, alçadas de aprovação e a classificação entre custeio e investimento	205
4.6 Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento	206
4.7 Fornecedores: cadastro, habilitação e avaliação periódica	207
4.8 Compra emergencial e dispensa justificada	208
4.9 A grade padronizada e o que dela se afasta	209
4.10 Órteses, próteses e materiais especiais: particularidades da aquisição	209
4.11 Bem permanente e a documentação de patrimonialização	210
4.12 Recebimento provisório e definitivo, com atesto	211
4.13 Segregação de funções e conflito de interesses	212
4.14 Atribuições e responsabilidades das equipes	213
4.15 Interface com almoxarifado, patrimônio e finanças	214
4.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados	214
4.17 Tratamento da não conformidade	216
4.18 Indicadores e monitoramento	216
4.19 Revisão, versão e governança do protocolo	218
4.20 Fluxograma	219
Referências	221
O que esta parte contém	223
Referências dos procedimentos operacionais padrão	261

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-SUP-01. Requisição, alçadas de aprovação e classificação custeio × investimento	223
POP-SUP-02. Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento	229
POP-SUP-03. Cadastro, habilitação e avaliação periódica de fornecedores	234
POP-SUP-04. Compra emergencial e dispensa justificada	238
POP-SUP-05. Aquisição de bem permanente e documentação de patrimonialização	242
POP-SUP-06. Aquisição de OPME — checklist operacional e ordem de compra	247
POP-SUP-07. Recebimento provisório e definitivo com atesto	251
POP-SUP-08. Segregação de funções e conflito de interesses na compra	256

PROTOCOLO 5. ALMOXARIFADO, ESTOQUE E LOGÍSTICA DE INSUMOS

5.1 Âmbito e finalidade	264
5.2 Condição de vigência: submissão prévia e aprovação antes da implantação	265
5.3 Base normativa	266
5.4 Organização do almoxarifado e o fluxo do insumo	267
5.5 Recebimento físico e fiscal: lote, validade e integridade	268
5.6 Armazenamento, endereçamento e cadeia de temperatura	269
5.7 Dispensação e transferência interna por centro de custo	270
5.8 Validade, primeiro que vence primeiro que sai, e o item próximo do vencimento	270
5.9 Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência	271
5.10 Curva de criticidade, ponto de pedido e estoque mínimo	272
5.11 Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais	273

5.12 Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote.....	273
5.13 Descarte de material vencido, avariado ou impróprio	274
5.14 Os relatórios mensais que compõem a prestação de contas.....	275
5.15 Atribuições e responsabilidades das equipes	276
5.16 Interface com farmácia, compras e finanças.....	277
5.17 Registros, evidências e onde ficam arquivados	278
5.18 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle	279
5.19 Indicadores e monitoramento	280
5.20 Revisão, versão e governança do protocolo.....	281
5.21 Fluxograma.....	282
Referências.....	284
O que esta parte contém	287
Referências dos procedimentos operacionais padrão	329

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-ALM-01. Recebimento físico e fiscal, com conferência de lote, validade e integridade	287
POP-ALM-02. Armazenamento, endereçamento e controle de temperatura.....	293
POP-ALM-03. Dispensação e transferência interna por setor e centro de custo	297
POP-ALM-04. Controle de validade, saída pelo vencimento mais próximo e itens próximos ao vencimento	301
POP-ALM-05. Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência.....	305
POP-ALM-06. Curva ABC, ponto de pedido e estoque mínimo de item crítico.....	309
POP-ALM-07. Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais	313
POP-ALM-08. Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote	317
POP-ALM-09. Emissão dos relatórios mensais da prestação de contas	321
POP-ALM-10. Descarte de material vencido, avariado ou impróprio	325

PROTOCOLO 6. PATRIMÔNIO E BENS CEDIDOS

6.1 Âmbito e finalidade.....	332
6.2 Base normativa.....	333
6.3 A natureza do bem cedido e o dever de conservação	335
6.4 Inventário de abertura e termo de permissão de uso.....	335
6.5 Tombamento e etiquetagem do bem adquirido ou doado	336
6.6 Movimentação entre setores, com comunicação prévia	337
6.7 Ficha histórica individualizada do equipamento	338
6.8 Baixa, permuta e tratamento do bem irrecuperável	339
6.9 Seguros e acionamento de sinistro.....	339
6.10 Inventário anual e devolução ao término do contrato	340
6.11 Atribuições e responsabilidades das equipes	341
6.12 Interface com compras, manutenção e engenharia clínica.....	342
6.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados	343
6.14 Tratamento da não conformidade	344
6.15 Indicadores e monitoramento	345
6.16 Revisão, versão e governança do protocolo.....	346
6.17 Fluxograma.....	347
Referências.....	349
O que esta parte contém	351
Referências dos procedimentos operacionais padrão	380

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-PAT-01. Inventário de abertura e termo de permissão de uso	351
POP-PAT-02. Tombamento e etiquetagem de bem adquirido ou doado.....	356
POP-PAT-03. Movimentação de bem entre setores e atualização cadastral	360
POP-PAT-04. Ficha histórica individualizada do equipamento	364
POP-PAT-05. Baixa, permuta e tratamento de bem irrecuperável.....	368
POP-PAT-06. Seguro dos bens cedidos e acionamento de sinistro	372
POP-PAT-07. Inventário anual e devolução dos bens ao término do contrato	376

PROTOCOLO 7. CONTRATOS E FISCALIZAÇÃO DE TERCEIROS

7.1 Âmbito e finalidade.....	383
7.2 Base normativa.....	384
7.3 O ciclo do contrato, da formalização ao encerramento.....	386
7.4 Formalização, numeração, guarda e envio de cópia	387
7.5 Gestor e fiscal: designação formal e distinção de papéis.....	388
7.6 Medição mensal, apuração de ocorrências e índice de mensuração de resultado	388
7.7 Notificação, glosa e sanção ao contratado	389
7.8 Aditivo, reajuste e repactuação.....	390
7.9 Conferência de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária	391
7.10 Encerramento contratual e transição de prestador sem descontinuidade	392
7.11 Atribuições e responsabilidades das equipes	393
7.12 Interface com finanças e com as áreas demandantes	394
7.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados	395
7.14 Tratamento da não conformidade	396
7.15 Indicadores e monitoramento	396
7.16 Revisão, versão e governança do protocolo.....	398
7.17 Fluxograma.....	398
Referências.....	400
O que esta parte contém	402
Referências dos procedimentos operacionais padrão	435

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-CTR-01. Formalização, numeração, guarda e envio de cópia.....	402
POP-CTR-02. Designação formal de gestor e fiscal de contrato.....	408
POP-CTR-03. Medição mensal, apuração de ocorrências e cálculo do IMR	413
POP-CTR-04. Notificação, glosa e sanção ao contratado	417
POP-CTR-05. Aditivo, reajuste e repactuação.....	421
POP-CTR-06. Conferência de regularidade antes do pagamento.....	425
POP-CTR-07. Encerramento contratual e transição de prestador.....	430

PROTOCOLO 8. FINANÇAS, CONTABILIDADE E PRESTAÇÃO DE CONTAS

8.1 Âmbito e finalidade.....	438
8.2 Base normativa.....	439
8.3 A conta específica e a vedação de mistura de recursos	440
8.4 O ciclo financeiro mensal.....	441
8.5 Conciliação bancária	441
8.6 Fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato exigido	442
8.7 Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação de funções.....	443
8.8 Rateio da sede: o teto e os critérios de admissibilidade.....	444
8.9 Fechamento contábil segregado por centro de custo	445
8.10 Montagem e envio da prestação de contas mensal	446
8.11 Prestação de contas anual e relatório de gestão	447
8.12 Ofício, diligência e retenção de valores.....	447
8.13 Fundo de reserva: constituição e movimentação	448
8.14 Materiais especiais: segregação da pasta e rubrica distinta	449
8.15 Guarda dos arquivos da prestação de contas	449
8.16 Atribuições e responsabilidades das equipes	450
8.17 Interface com compras, gestão de pessoas e almoxarifado.....	451
8.18 Registros, evidências e onde ficam arquivados	452
8.19 Tratamento da não conformidade e da glosa	453
8.20 Indicadores e monitoramento	454
8.21 Revisão, versão e governança do protocolo.....	455
8.22 Fluxograma.....	456
Referências.....	458

O que esta parte contém	460
Referências dos procedimentos operacionais padrão	509

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-FIN-01. Movimentação da conta específica e exclusiva do contrato	460
POP-FIN-02. Conciliação bancária da competência	465
POP-FIN-03. Planilha de fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato	469
POP-FIN-04. Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação	473
POP-FIN-05. Apuração do rateio da sede: teto e critérios de admissibilidade	477
POP-FIN-06. Fechamento contábil da competência por centro de custo	481
POP-FIN-07. Montagem e envio da prestação de contas mensal	485
POP-FIN-08. Prestação de contas anual e relatório de gestão	489
POP-FIN-09. Resposta a ofício, diligência e retenção de valores	493
POP-FIN-10. Constituição e movimentação do fundo de reserva	497
POP-FIN-11. Guarda dos arquivos da prestação de contas	501
POP-FIN-12. Segregação da pasta de notas fiscais de material especial	505

PROTOCOLO 9. GESTÃO DE PESSOAS

9.1 Âmbito e finalidade	512
9.2 Base normativa	513
9.3 Princípios: transparência, impessoalidade e isonomia	515
9.4 O ciclo do colaborador, da seleção ao desligamento	515
9.5 Recrutamento e seleção	516
9.6 Admissão, documentação e comprovação de registro no conselho de classe	517
9.7 Integração institucional e adesão formal aos princípios do sistema público	518
9.8 Escalas: elaboração, afixação e envio no prazo	518
9.9 Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala	519
9.10 Jornada, controle de ponto e horas extras	520
9.11 Contratação autônoma: hipóteses excepcionais e vedações	521
9.12 Folha de pagamento, encargos e comprovação	521
9.13 Avaliação periódica de desempenho	522
9.14 Desligamento, rescisão e quitação de verbas	523
9.15 Apuração disciplinar e sindicância	524
9.16 Saúde ocupacional e acidente de trabalho	525
9.17 Absenteísmo e rotatividade: monitoramento e plano de ação	525
9.18 Atribuições e responsabilidades das equipes	526
9.19 Interface com finanças e com as coordenações assistenciais	527
9.20 Registros, evidências e onde ficam arquivados	528
9.21 Tratamento da não conformidade	529
9.22 Indicadores e monitoramento	530
9.23 Revisão, versão e governança do protocolo	531
9.24 Fluxograma	532
Referências	534
O que esta parte contém	536
Referências dos procedimentos operacionais padrão	590

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-RH-01. Recrutamento e seleção: transparência, impessoalidade e isonomia	536
POP-RH-02. Admissão, documentação e registro no conselho de classe	541
POP-RH-03. Integração institucional e adesão aos princípios do SUS	545
POP-RH-04. Elaboração, afixação e envio das escalas no prazo	549
POP-RH-05. Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala	553
POP-RH-06. Controle de ponto, jornada e horas extras	557
POP-RH-07. Contratação por RPA — hipóteses e vedações	561
POP-RH-08. Folha de pagamento, encargos e comprovação	565
POP-RH-09. Avaliação periódica de desempenho	569
POP-RH-10. Desligamento, rescisão e quitação de verbas	573
POP-RH-11. Apuração disciplinar e sindicância	577

POP-RH-12. Saúde ocupacional: PCMSO, PGR, CIPA e CAT.....	581
POP-RH-13. Monitoramento de absenteísmo e rotatividade.....	586

PROTOCOLO 10. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

10.1 Âmbito e finalidade.....	594
10.2 Base normativa.....	595
10.3 Os sistemas críticos e o que depende de cada um.....	596
10.4 Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis.....	598
10.5 Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário.....	598
10.6 Backup, restauração e teste periódico de recuperação.....	599
10.7 Contingência e continuidade em indisponibilidade de sistema crítico.....	600
10.8 Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências.....	601
10.9 Integração e envio de bases.....	602
10.10 Proteção de dados: dado sensível, incidente de segurança e direito do titular.....	603
10.11 Gestão de mudança, homologação e migração de dados.....	604
10.12 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	605
10.13 Interface com o arquivo clínico, o faturamento e a assistência.....	605
10.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	606
10.15 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle.....	607
10.16 Indicadores e monitoramento.....	608
10.17 Revisão, versão e governança do protocolo.....	610
10.18 Fluxograma.....	611
Referências.....	613
O que esta parte contém.....	615
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	655

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-TI-01. Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis.....	615
POP-TI-02. Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário.....	621
POP-TI-03. Backup, restauração e teste periódico de recuperação.....	626
POP-TI-04. Contingência em indisponibilidade de sistema crítico.....	631
POP-TI-05. Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências.....	636
POP-TI-06. Integração e envio de bases.....	641
POP-TI-07. Tratamento de dado sensível, incidente e resposta ao titular.....	646
POP-TI-08. Gestão de mudança, homologação e migração de dados.....	651

PROTOCOLO 11. OUVIDORIA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

11.1 Âmbito e finalidade.....	658
11.2 Base normativa.....	659
11.3 Os canais obrigatórios e a acessibilidade da manifestação.....	660
11.4 Classificação da manifestação.....	661
11.5 Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante.....	662
11.6 Denúncia: apuração e encaminhamento à instância competente.....	663
11.7 Resolubilidade: o que se considera manifestação resolvida.....	663
11.8 Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade.....	664
11.9 Relatório periódico ao órgão de acompanhamento.....	665
11.10 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	665
11.11 Interface com a assistência e com a apuração disciplinar.....	666
11.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	667
11.13 Tratamento da não conformidade.....	668
11.14 Indicadores e monitoramento.....	669
11.15 Revisão, versão e governança do protocolo.....	670
11.16 Fluxograma.....	671
Referências.....	674
O que esta parte contém.....	676
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	701

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-OUV-01. Recebimento e classificação da manifestação pelos canais obrigatórios	676
POP-OUV-02. Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante	681
POP-OUV-03. Apuração de denúncia e encaminhamento à instância competente	685
POP-OUV-04. Apuração e monitoramento da resolubilidade	689
POP-OUV-05. Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade	693
POP-OUV-06. Relatório periódico ao órgão de acompanhamento	697

PROTOCOLO 12. GESTÃO DOCUMENTAL ADMINISTRATIVA E TRANSPARÊNCIA

12.1 Âmbito e finalidade	704
12.2 Base normativa	705
12.3 Autuação, numeração e tramitação do documento administrativo	707
12.4 Comunicação oficial: prazo e comprovante de recebimento	708
12.5 Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna	709
12.6 Publicidade obrigatória e portal da transparência	710
12.7 Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação	711
12.8 Guarda e temporalidade do arquivo administrativo	712
12.9 Atribuições e responsabilidades das equipes	713
12.10 Interface com todas as áreas	714
12.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados	715
12.12 Tratamento da não conformidade	716
12.13 Indicadores e monitoramento	717
12.14 Revisão, versão e governança do protocolo	718
12.15 Fluxograma	719
Referências	721
O que esta parte contém	723
Referências dos procedimentos operacionais padrão	753

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-DOC-01. Protocolo, autuação e tramitação de documento administrativo	723
POP-DOC-02. Comunicação oficial, com prazo e comprovante de recebimento	729
POP-DOC-03. Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna	733
POP-DOC-04. Publicidade obrigatória e portal da transparência	738
POP-DOC-05. Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação	743
POP-DOC-06. Guarda e temporalidade do arquivo administrativo	748

PROTOCOLO 13. MANUTENÇÃO, INFRAESTRUTURA E ENGENHARIA CLÍNICA

13.1 Âmbito e finalidade	756
13.2 Base normativa	757
13.3 O parque instalado e a criticidade de cada sistema	758
13.4 Ordem de serviço: abertura, priorização e encerramento	760
13.5 Plano de manutenção preventiva e preditiva	760
13.6 Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente ou superior	761
13.7 Calibração e qualificação de equipamento	762
13.8 Contingência dos sistemas críticos	763
13.9 Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação	765
13.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	765
13.11 Interface com patrimônio, contratos e assistência	766
13.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados	767
13.13 Tratamento da não conformidade	768
13.14 Indicadores e monitoramento	769
13.15 Revisão, versão e governança do protocolo	770
13.16 Fluxograma	771
Referências	773
O que esta parte contém	775

Referências dos procedimentos operacionais padrão	806
---	-----

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-MAN-01. Abertura, priorização e encerramento de ordem de serviço	775
POP-MAN-02. Plano de manutenção preventiva e preditiva com cronograma	781
POP-MAN-03. Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente	786
POP-MAN-04. Calibração e qualificação de equipamento	791
POP-MAN-05. Contingência de sistema crítico	796
POP-MAN-06. Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação	801

PROTOCOLO 14. TRANSPORTE SANITÁRIO E FROTA

14.1 Âmbito e finalidade	809
14.2 Base normativa	810
14.3 A frota exigida e a sua composição	811
14.4 Solicitação, autorização e registro do transporte	812
14.5 Transferência inter-hospitalar: tripulação, equipamento e documentação	813
14.6 Conferência e reposição do material da ambulância	814
14.7 Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem	815
14.8 Programação visual e conformidade da frota	816
14.9 Atribuições e responsabilidades das equipes	816
14.10 Interface com a regulação e com a assistência	817
14.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados	818
14.12 Tratamento da não conformidade	819
14.13 Indicadores e monitoramento	820
14.14 Revisão, versão e governança do protocolo	822
14.15 Fluxograma	822
Referências	825
O que esta parte contém	827
Referências dos procedimentos operacionais padrão	850

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-TRA-01. Solicitação, autorização e registro do transporte	827
POP-TRA-02. Transferência inter-hospitalar: checklist, tripulação e documentação	833
POP-TRA-03. Conferência e reposição do material da ambulância	837
POP-TRA-04. Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem	841
POP-TRA-05. Programação visual e conformidade da frota	845

PROTOCOLO 15. GOVERNANÇA DOS PROTOCOLOS E DOS PROCEDIMENTOS

15.1 Âmbito e finalidade	853
15.2 Base normativa	855
15.3 A arquitetura documental: protocolo, procedimento operacional e instrução de trabalho	856
15.4 Elaboração, codificação e aprovação	857
15.5 Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta	858
15.6 Revisão periódica e revisão extraordinária	859
15.7 Treinamento e comprovação de conhecimento	859
15.8 Auditoria de aderência	860
15.9 Tratamento da não conformidade	861
15.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	862
15.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados	863
15.12 Indicadores e monitoramento	864
15.13 Fluxograma	865
Referências	868
O que esta parte contém	870
Referências dos procedimentos operacionais padrão	895

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-QUA-01. Elaboração, codificação e aprovação de protocolo e de POP	870
POP-QUA-02. Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta	876

POP-QUA-03. Revisão periódica e revisão extraordinária	880
POP-QUA-04. Treinamento e comprovação de conhecimento	885
POP-QUA-05. Auditoria de aderência e tratamento de não conformidade	890

PROTOCOLO 16. HOTELARIA HOSPITALAR, HIGIENIZAÇÃO, PROCESSAMENTO DE ROUPAS E NUTRIÇÃO

16.1 Âmbito e finalidade	898
16.2 Base normativa	899
16.3 Os serviços de apoio ao usuário e o regime de execução	900
16.4 Organização do processo e fluxo do serviço de hotelaria	900
16.5 Higienização e limpeza hospitalar: classificação de áreas e rotinas	901
16.6 Limpeza terminal, limpeza concorrente e o ciclo do leito	902
16.7 Processamento de roupas: lavanderia, rouparia e central de uniformes	903
16.8 Enxoval hospitalar: composição do kit, circulação e controle de perdas	903
16.9 Nutrição e dietética: a unidade de alimentação e nutrição	905
16.10 Prescrição dietética, produção e distribuição das refeições	905
16.11 Nutrição enteral e parenteral	906
16.12 Boas práticas de manipulação e segurança dos alimentos	907
16.13 Hotelaria hospitalar, ambiência e acolhimento do acompanhante	908
16.14 Atribuições e responsabilidades das equipes	909
16.15 Interface com a assistência, com a engenharia clínica e com o controle de infecção	910
16.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados	911
16.17 Tratamento da não conformidade	912
16.18 Indicadores e monitoramento	912
16.19 Revisão, versão e governança do protocolo	914
16.20 Fluxograma	915
Referências	917
O que esta parte contém	920
Referências dos procedimentos operacionais padrão	960

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-HOT-01. Limpeza terminal do leito após a saída do paciente	920
POP-HOT-02. Limpeza concorrente por área classificada	926
POP-HOT-03. Limpeza de área crítica e de quarto de isolamento	930
POP-HOT-04. Recebimento, conferência e distribuição do enxoval processado	934
POP-HOT-05. Coleta, pesagem e expedição da roupa suja	938
POP-HOT-06. Recebimento da prescrição dietética e produção das refeições	942
POP-HOT-07. Conferência e distribuição da bandeja ao leito	947
POP-HOT-08. Preparo, conservação e administração de nutrição enteral	951
POP-HOT-09. Ronda de ambiência e tratamento da manifestação de hotelaria	955

PROTOCOLO 17. RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SUSTENTABILIDADE

17.1 Âmbito e finalidade	963
17.2 Base normativa	964
17.3 O plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	965
17.4 Classificação dos resíduos por grupo e o que define cada um	966
17.5 Segregação na origem: o ato que determina todo o ciclo	967
17.6 Acondicionamento, identificação e simbologia	967
17.7 Coleta interna, roteiros e horários	968
17.8 Abrigos de resíduos: temporário e externo	969
17.9 Resíduos com exigência própria: perfurocortantes, químicos e rejeitos radioativos	970
17.10 Transporte externo, destinação final e o manifesto	971
17.11 Saúde e segurança do trabalhador exposto	971
17.12 Atribuições e responsabilidades das equipes	972
17.13 Interface com a assistência, a farmácia e a engenharia clínica	973
17.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados	974

17.15 Tratamento da não conformidade	975
17.16 Indicadores e monitoramento	976
17.17 Revisão, versão e governança do protocolo.....	978
17.18 Fluxograma.....	979
Referências.....	981
O que esta parte contém	983
Referências dos procedimentos operacionais padrão	1016

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-RES-01. Segregação e acondicionamento do resíduo na origem	983
POP-RES-02. Manejo de perfurocortantes e substituição do coletor	989
POP-RES-03. Coleta interna e transporte até o abrigo	994
POP-RES-04. Operação e higienização dos abrigos de resíduos.....	998
POP-RES-05. Manejo de resíduo químico e de medicamento vencido ou parcialmente utilizado.....	1002
POP-RES-06. Expedição para destinação final e guarda do manifesto	1007
POP-RES-07. Conduta diante de acidente com material biológico ou perfurocortante	1011

PROTOCOLO 18. SEGURANÇA PATRIMONIAL, CONTROLE DE ACESSO E MONITORAMENTO POR IMAGEM

18.1 Âmbito e finalidade.....	1019
18.2 Base normativa	1020
18.3 Organização do serviço de segurança e o regime de execução.....	1022
18.4 Postos de serviço, rondas e cobertura das áreas.....	1022
18.5 Controle de acesso de usuários, acompanhantes e visitantes.....	1023
18.6 Controle de acesso de prestadores, fornecedores e prestadores de serviço.....	1024
18.7 Áreas de acesso restrito e controle de circulação interna.....	1025
18.8 Monitoramento por imagem: finalidade, guarda e acesso às gravações	1027
18.9 Proteção de dados pessoais na captação e no uso da imagem	1028
18.10 Registro de ocorrências e comunicação de eventos de segurança	1029
18.11 Situações de crise, evasão de paciente e acionamento de autoridade	1030
18.12 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	1031
18.13 Interface com a assistência, a ouvidoria e a engenharia clínica	1032
18.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados	1033
18.15 Tratamento da não conformidade	1034
18.16 Indicadores e monitoramento	1035
18.17 Revisão, versão e governança do protocolo.....	1037
18.18 Fluxograma.....	1038
Referências.....	1040
O que esta parte contém	1042
Referências dos procedimentos operacionais padrão	1076

Parte final — procedimentos operacionais padrão

POP-SEG-01. Abertura e cobertura do posto de serviço e passagem de turno.....	1042
POP-SEG-02. Controle de acesso de acompanhantes e visitantes.....	1047
POP-SEG-03. Controle de acesso de prestadores e de entrada e saída de bens.....	1052
POP-SEG-04. Ronda programada e registro no livro de ocorrências.....	1057
POP-SEG-05. Operação do sistema de monitoramento por imagem e guarda da gravação	1061
POP-SEG-06. Atendimento a pedido de acesso a imagem e resposta ao titular.....	1066
POP-SEG-07. Conduta diante de ocorrência de segurança e evasão de paciente	1071

Protocolos Administrativos. Apresentação do Conjunto

0.1 Âmbito e finalidade do conjunto

Os protocolos administrativos do Hospital Geral de Nova Iguaçu são o conjunto de documentos que descreve como as áreas administrativas e de apoio da unidade organizam o seu trabalho: o que cada processo faz, em que ordem, sob que fundamento normativo, com que registro e sob que medida. São dezoito, cada um dedicado a uma matéria — do faturamento à segurança patrimonial —, e cada um percorre o processo inteiro, da entrada à saída, e não apenas o seu trecho mais visível. Juntos, somam 323 seções numeradas, 140 procedimentos operacionais padrão, 158 fluxogramas e 1.037 páginas.

A finalidade de cada protocolo é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais da área observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. É o que se busca com a padronização: reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de eficácia — na gestão cotidiana do serviço, na prestação dos serviços ao usuário e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o conjunto.

O âmbito é administrativo, e a fronteira é a natureza do ato. Os protocolos administrativos alcançam o que sustenta o cuidado: a compra do insumo, a guarda do prontuário, a escala do profissional, a conta apresentada, o resíduo segregado, a manutenção do equipamento, a resposta ao usuário que se manifesta. A conduta clínica propriamente dita — o que se faz diante do paciente, com que indicação e com que técnica — é matéria dos protocolos assistenciais, apresentados nos cadernos técnicos da proposta. A separação não afasta as duas ordens de documento: a maior parte dos processos administrativos existe exatamente porque um processo assistencial depende dele, e cada protocolo declara essa dependência na sua seção de interface.

Estes protocolos integram o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados, e a estrutura organizacional observa o Organograma Padrão do Anexo III do termo de referência, que o item 12.4.2 manda seguir e cujo detalhamento é submetido à análise e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde antes do início da execução contratual.

Cada protocolo é autônomo: pode ser lido isoladamente por quem trabalha naquela área, e foi escrito para ser consultado no meio do expediente, por quem precisa decidir. O conjunto, porém, é a peça — é o conjunto que demonstra que os processos administrativos da unidade foram pensados um em relação ao outro, e não como dezoito ilhas. Este documento é a chave de leitura desse conjunto: diz o que o item do barema exige, mostra em que protocolo cada

exigência é atendida, explica a estrutura comum que todos observam e descreve a governança que os liga.

0.2 O que o item C.2.4 exige e como o conjunto responde

O item C.2.4 do roteiro de elaboração da proposta técnica — o Anexo VII do edital de seleção pública — pede a apresentação do Plano de Organização Funcional e Operacional para execução das ações e serviços de saúde. O que ele exige está enunciado em três comandos sucessivos, e é sobre eles que o conjunto foi construído: a estrutura funcional e operacional proposta, demonstrando de forma objetiva como se organizam os recursos humanos, assistenciais e administrativos; o fluxograma detalhado dos processos operacionais e assistenciais, contemplando os fluxos de atendimento, gestão, supervisão técnica, regulação interna, apoio diagnóstico e articulação entre os setores envolvidos; e a descrição do modelo de coordenação técnico-administrativa, com a indicação dos níveis de governança, dos mecanismos de supervisão e dos instrumentos de monitoramento de desempenho.

À primeira exigência o conjunto responde pela declaração de estrutura que cada protocolo faz na sua própria matéria. Todo protocolo tem uma seção de atribuições e responsabilidades das equipes, enunciadas por função e não por pessoa, e uma seção de interface, que nomeia as áreas de que depende e aquelas que dele dependem, com o ponto de falha de cada passagem. Somadas, essas trinta e seis seções descrevem quem faz o quê em toda a operação administrativa da unidade, e o fazem no lugar em que a informação é útil: junto do processo que a função executa. A estrutura organizacional que as abriga é a do organograma submetido à Secretaria Municipal de Saúde, na forma do item 12.4.2 do termo de referência.

À segunda exigência o conjunto responde com 158 fluxogramas: um do processo em cada protocolo e um em cada procedimento operacional padrão. Não são desenhos ilustrativos. Cada um percorre o processo do gatilho ao desfecho e mostra as bifurcações que efetivamente mudam o percurso — a conta que se abre ou a pendência que se devolve, o material que exige dossiê próprio, o achado que se resolve no setor e o que sobe para decisão. Os fluxos que o item nomeia estão distribuídos por matéria: o atendimento, na recepção e no acesso do usuário; a gestão, em compras, finanças, contratos e pessoas; a supervisão técnica, nas seções de não conformidade e de indicadores de todos eles; a regulação interna, na articulação com o Núcleo Interno de Regulação; e o apoio, nos protocolos de hotelaria, resíduos, manutenção, transporte e tecnologia da informação.

À terceira exigência o conjunto responde por três séries de seções que se repetem em todos os protocolos. A governança comparece na seção de revisão, versão e governança, que declara quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta, e reproduz, em cada matéria, os três níveis descritos na seção 0.7 deste documento. A supervisão comparece na seção de tratamento da não conformidade, que fixa o que se considera desvio, quem o identifica, como se registra e o que se faz dele. O monitoramento comparece na seção de indicadores, que descreve o que se mede, com que fórmula, a partir de que fonte e com que destino. A tabela seguinte resume essa correspondência.

Exigência do item C.2.4	Onde o conjunto a atende	Evidência que a demonstra
-------------------------	--------------------------	---------------------------

Exigência do item C.2.4	Onde o conjunto a atende	Evidência que a demonstra
Estrutura funcional e operacional	Seções de atribuições e responsabilidades e de interface, em cada um dos dezoito protocolos, sobre a estrutura do organograma submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde	Atribuições declaradas por função, com o ponto de falha de cada passagem entre áreas
Fluxograma detalhado dos processos operacionais	Um fluxograma do processo em cada protocolo e um fluxograma próprio em cada procedimento operacional padrão	158 fluxogramas, com as bifurcações que mudam o percurso e o rodapé normativo de cada um
Modelo de coordenação técnico-administrativa, com níveis de governança, mecanismos de supervisão e instrumentos de monitoramento	Seções de revisão, versão e governança; de tratamento da não conformidade; e de indicadores e monitoramento, em cada protocolo	Três níveis declarados; plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade; ficha técnica de cada indicador

Tabela 0.1 — As três exigências do item C.2.4 e as seções do conjunto que respondem a cada uma.

A correspondência é deliberada e não retrospectiva: o índice dos protocolos foi desenhado a partir do item do barema, e é por isso que as posições de governança, não conformidade e indicadores são fixas em todos eles. O que o item remunera é o detalhamento, e detalhamento se demonstra mostrando o processo inteiro, com o seu ponto de decisão, o seu registro e a sua medida — não anunciando que ele existe.

0.3 A matriz de correspondência

A matriz abaixo é a tabela central deste documento e serve à conferência em duas direções. Lida da esquerda para a direita, ela diz, para cada protocolo, quais processos administrativos ele trata e a que exigência do item C.2.4 serve. Lida de baixo para cima, a partir da terceira coluna, ela permite reunir todos os protocolos que respondem por uma mesma exigência — quem procura os instrumentos de monitoramento do conjunto encontra na coluna da direita os protocolos que os concentram, e vai direto às seções de indicadores deles. A primeira coluna traz o número e o nome do protocolo, na ordem em que os documentos são apresentados; a segunda, os processos administrativos que constituem a sua matéria; a terceira, a exigência a que serve, entendida como governança quando o protocolo fixa alçada, aprovação ou competência decisória, como supervisão quando fixa conferência, fiscalização ou verificação de execução, e como monitoramento quando produz medida periódica destinada à decisão gerencial. Vários protocolos servem a mais de uma, e essa é a leitura correta: o mesmo processo é, ao mesmo tempo, decidido, verificado e medido.

Protocolo	Processos administrativos que trata	Exigência do C.2.4 a que serve
1. Faturamento e Informação em Saúde	Ciclo da conta, da admissão à transmissão; autorização de internação; codificação de procedimento e de diagnóstico; dossiê de material especial; produção ambulatorial; crítica, rejeição e reapresentação; auditoria de conta; manutenção do cadastro nacional de estabelecimentos.	Supervisão e monitoramento

Protocolo	Processos administrativos que trata	Exigência do C.2.4 a que serve
2. Arquivo Clínico, Prontuário e Gestão do Acervo	Identificação única e prevenção de duplicidade; montagem e conferência do prontuário após a alta; guarda, empréstimo e devolução; fornecimento de cópia; digitalização; temporalidade e avaliação documental; sumário de alta; contingência do prontuário eletrônico.	Supervisão e monitoramento
3. Recepção, Cadastro e Acesso do Usuário	Porta administrativa da unidade; cadastro do usuário e cartão nacional de saúde; identificação segura por pulseira; atendimento a quem chega sem documentação; acolhimento administrativo; registro de acompanhantes e visitantes; agendamento, confirmação prévia e absenteísmo.	Supervisão e monitoramento
4. Suprimentos, Compras e Contratações	Requisição e alçadas de aprovação; classificação entre custeio e investimento; pesquisa de preços e mapa de cotação; cadastro e avaliação de fornecedores; compra emergencial; grade padronizada; recebimento provisório e definitivo, com atesto; segregação de funções.	Governança, supervisão e monitoramento
5. Almoxarifado, Estoque e Logística de Insumos	Recebimento físico e fiscal; armazenamento, endereçamento e cadeia de temperatura; dispensação e transferência por centro de custo; controle de validade; inventário rotativo e geral; ponto de pedido e estoque mínimo; recolhimento sanitário por lote; descarte de item impróprio.	Supervisão e monitoramento
6. Patrimônio e Bens Cedidos	Inventário de abertura e termo de permissão de uso; tombamento e etiquetagem; movimentação entre setores; ficha histórica do equipamento; baixa e bem irrecuperável; seguros e sinistro; inventário anual e devolução ao término do contrato.	Governança e monitoramento
7. Contratos e Fiscalização de Terceiros	Formalização, numeração e guarda do contrato; designação de gestor e de fiscal; medição mensal e apuração de ocorrências; notificação, glosa e sanção; aditivo, reajuste e repactuação; regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária; encerramento e transição de prestador.	Governança e supervisão
8. Finanças, Contabilidade e Prestação de Contas	Conta específica e vedação de mistura de recursos; ciclo financeiro mensal; conciliação bancária; liquidação e pagamento com alçadas; rateio da sede; fechamento contábil por centro de custo; prestação de contas mensal e anual; ofício, diligência e retenção.	Governança e monitoramento
9. Gestão de Pessoas	Recrutamento e seleção; admissão e registro no conselho de classe; integração institucional; elaboração e envio de escalas; cobertura de ausência; jornada e controle de ponto; folha e encargos; avaliação periódica de desempenho; desligamento; apuração disciplinar; saúde ocupacional; absenteísmo e rotatividade.	Governança, supervisão e monitoramento

Protocolo	Processos administrativos que trata	Exigência do C.2.4 a que serve
10. Tecnologia da Informação e Segurança da Informação	Sistemas críticos e dependências; concessão e revogação de acessos e perfis; certificado digital e assinatura eletrônica; backup, restauração e teste de recuperação; contingência de sistema crítico; chamados e níveis de serviço; envio de bases; proteção de dados e incidente de segurança; gestão de mudança.	Supervisão e monitoramento
11. Ouvidoria e Satisfação do Usuário	Canais de manifestação e acessibilidade; classificação da manifestação; tramitação, prazo de resposta e devolutiva; apuração de denúncia; resolubilidade; pesquisa de satisfação; relatório periódico ao órgão de acompanhamento.	Supervisão e monitoramento
12. Gestão Documental Administrativa e Transparência	Autuação, numeração e tramitação do documento administrativo; comunicação oficial e comprovante de recebimento; controle de versão e aprovação de norma interna; publicidade obrigatória e portal da transparência; atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação; temporalidade do arquivo administrativo.	Governança e monitoramento
13. Manutenção, Infraestrutura e Engenharia Clínica	Parque instalado e criticidade dos sistemas; ordem de serviço, priorização e encerramento; manutenção preventiva e preditiva; corretiva e substituição por equipamento equivalente ou superior; calibração e qualificação; contingência dos sistemas críticos; obra e benfeitoria com autorização prévia.	Supervisão e monitoramento
14. Transporte Sanitário e Frota	Composição da frota; solicitação, autorização e registro do transporte; transferência inter-hospitalar, com tripulação, equipamento e documentação; conferência e reposição do material da ambulância; manutenção, abastecimento e quilometragem; programação visual e conformidade da frota.	Supervisão e monitoramento
15. Governança dos Protocolos e dos Procedimentos	Arquitetura documental — protocolo, procedimento operacional e instrução de trabalho; elaboração, codificação e aprovação; controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta; revisão periódica e extraordinária; treinamento e comprovação de conhecimento; auditoria de aderência.	Governança e supervisão
16. Hotelaria Hospitalar, Higienização, Processamento de Roupas e Nutrição	Classificação de áreas e rotinas de higienização; limpeza concorrente, terminal e ciclo do leito; lavanderia, rouparia e central de uniformes; enxoval e controle de perdas; unidade de alimentação e nutrição; prescrição dietética, produção e distribuição; nutrição enteral e parenteral; ambiência e acolhimento do acompanhante.	Supervisão e monitoramento

Protocolo	Processos administrativos que trata	Exigência do C.2.4 a que serve
17. Resíduos de Serviços de Saúde e Sustentabilidade	Plano de gerenciamento de resíduos; classificação por grupo; segregação na origem; acondicionamento, identificação e simbologia; coleta interna e roteiros; abrigos temporário e externo; perfurocortantes, químicos e rejeitos radioativos; transporte externo, destinação final e manifesto; saúde do trabalhador exposto.	Supervisão e monitoramento
18. Segurança Patrimonial, Controle de Acesso e Monitoramento por Imagem	Postos de serviço, rondas e cobertura de áreas; controle de acesso de usuários, acompanhantes e visitantes; acesso de prestadores e fornecedores; áreas restritas e circulação interna; monitoramento por imagem, guarda e acesso às gravações; proteção de dados pessoais na captação da imagem; registro de ocorrências; situação de crise e acionamento de autoridade.	Supervisão e monitoramento

Tabela 0.2 — Matriz de correspondência entre os dezoito protocolos administrativos, os processos que tratam e as exigências do item C.2.4 do Anexo VII.

A matriz não é um índice, e a diferença importa para quem a usa. Um índice supõe que cada assunto pertence a um lugar; a matriz mostra o contrário: os assuntos estão distribuídos ao longo dos protocolos, e cada um os trata pelo ângulo do seu próprio processo. O material especial é o exemplo mais claro. Ele é adquirido no protocolo de suprimentos, que cuida da cotação e do critério de julgamento; é recebido, armazenado e rastreado por lote no protocolo de almoxarifado; tem o seu dossiê montado e a sua cobrança sustentada no protocolo de faturamento; e tem pasta e rubrica segregadas no protocolo de finanças, para efeito de prestação de contas. Nenhum dos quatro repete o outro, e nenhum resolve sozinho o percurso do item.

O mesmo se dá com o prontuário, que é guardado e disponibilizado no protocolo de arquivo clínico, sustenta a conta no de faturamento, é protegido como base de dados no de tecnologia da informação e é aberto na recepção, no ato de identificação do usuário. E se dá com o colaborador, cuja admissão e escala estão no protocolo de gestão de pessoas, cujo acesso aos sistemas está no de tecnologia da informação, cuja capacitação para o procedimento está no de governança dos protocolos e cuja exposição a risco ocupacional está no de resíduos. Ler o conjunto pela matriz é o que evita a busca cega: em vez de percorrer dezoito documentos atrás de um assunto, o leitor identifica na segunda coluna os protocolos que o tratam e vai às seções que interessam.

Há, por fim, quatro posições que comparecem em todos os dezoito e que a matriz não repete linha a linha para não obscurecer o que distingue cada protocolo: as atribuições por função, a interface com as demais áreas, o tratamento da não conformidade e os indicadores. São elas que dão ao conjunto a sua uniformidade, e são o objeto da seção seguinte.

0.4 A espinha comum dos protocolos

Todos os protocolos administrativos seguem a mesma sequência de posições. Não é uma coincidência de redação: é uma decisão de arquitetura, tomada antes de escrever o primeiro

deles e observada nos dezoito. A sequência começa pelo âmbito e finalidade, que declara o que o protocolo alcança e a que serve; passa à base normativa, que separa as camadas de fundamento — o instrumento contratual, a norma sanitária e profissional, e o sistema oficial de informação — e ancora cada dever no dispositivo que o sustenta; segue para a organização do processo e o seu fluxo, que descreve o percurso da entrada à saída. Depois das seções próprias de cada matéria, o protocolo retoma a sequência fixa: atribuições e responsabilidades; registros e evidências; interface com as demais áreas; tratamento da não conformidade; indicadores e monitoramento; revisão, versão e governança; e o fluxograma do processo, que encerra a exposição antes das referências.

Posição	O que a seção fixa	Por que importa a quem fiscaliza
Âmbito e finalidade	O que o protocolo alcança, a que serve e onde termina o seu domínio	Delimita o objeto e impede que a leitura amplie ou reduza o compromisso assumido
Base normativa	As camadas de fundamento e o dispositivo que sustenta cada dever enunciado	Permite conferir a âncora, item a item, no texto do instrumento convocatório
Organização do processo e fluxo	O percurso da entrada à saída, com as etapas, os donos e as transições	Mostra o processo inteiro, e não apenas o seu trecho mais visível
Atribuições e responsabilidades	Quem responde por cada etapa, sempre por função	Sobrevive à troca de pessoas e permite cobrar de quem ocupa o posto
Registros e evidências	O que cada etapa produz, quem produz, onde fica e por quanto tempo	É a lista do que pode ser pedido em diligência, com o lugar em que está
Interface com as demais áreas	As áreas de que o processo depende e as que dele dependem, com o ponto de falha de cada passagem	Explicita onde a informação costuma se perder e quem responde pela passagem
Tratamento da não conformidade	O que se considera desvio, quem o identifica, como se registra e o que dele decorre	Demonstra o mecanismo de supervisão em funcionamento, e não apenas declarado
Indicadores e monitoramento	O que se mede, com que fórmula, a partir de que fonte e com que destino	Liga o processo à avaliação de desempenho e ao relatório de prestação de contas
Revisão, versão e governança	Quem elabora, quem aprova, como se distribui e quando se revisa	Mostra que o documento é vivo e identifica a instância que responde por ele
Fluxograma	O percurso do processo em desenho, com as bifurcações que o alteram	Atende de forma direta o comando de fluxograma detalhado do item C.2.4

Tabela 0.3 — As dez posições fixas da espinha comum e a função de cada uma na leitura do conjunto.

A uniformidade importa por uma razão prática, e ela é do lado de quem fiscaliza. Quem precisa saber onde estão guardados os comprovantes de um processo não tem de descobrir, em cada documento, como aquele autor resolveu organizar a informação: procura a seção de registros e evidências, que existe em todos, no mesmo lugar da sequência, com as mesmas quatro colunas — o que se produz, quem produz, onde fica e por quanto tempo. Quem precisa comparar dois processos quanto ao rigor do controle compara duas seções equivalentes, e não dois textos de arquitetura diferente. E quem precisa verificar se uma exigência do barema foi atendida em toda a operação percorre a mesma posição nos dezoito documentos.

Há um efeito adicional, e ele é o que mais recomenda a decisão: a uniformidade torna visível o que estiver faltando. Num conjunto em que cada documento tem estrutura própria, a omissão de uma posição passa despercebida, porque não há com o que comparar. Num conjunto de espinha fixa, a posição vazia salta aos olhos na primeira conferência. A padronização, aqui, não é preferência estética: é um instrumento de controle, e opera tanto para a Comissão quanto para a própria coordenação da unidade, que a usa na auditoria de aderência descrita no protocolo de governança dos protocolos.

O que varia entre os documentos é o miolo, não a moldura. Entre a organização do processo e as atribuições, cada protocolo insere as seções próprias da sua matéria — a autorização de internação e a codificação, no faturamento; a temporalidade e a eliminação do papel, no arquivo clínico; a segregação na origem e os abrigos, nos resíduos; o monitoramento por imagem e a proteção de dados, na segurança patrimonial. É daí que vem a variação no número de seções, que vai de treze a vinte e quatro. No protocolo de governança dos protocolos, cuja matéria é a própria arquitetura documental, as posições de revisão e de versão comparecem como seções centrais — a elaboração e a aprovação, o controle de versão e o recolhimento da cópia obsoleta, a revisão periódica e a extraordinária —, e a interface com as demais áreas é o próprio objeto do documento, que alcança todas elas.

0.5 Os procedimentos operacionais padrão

Cada protocolo encerra numa parte final que reúne os seus procedimentos operacionais padrão. O procedimento é a peça de execução: descreve, para uma tarefa determinada, quando ela é acionada, qual o seu fundamento, que passos a compõem, em que ordem, com que material, que registro gera e onde esse registro é arquivado. É o documento que fica ao alcance de quem executa, e é escrito para ser seguido no momento em que a tarefa acontece.

A diferença entre um e outro é de natureza, e não de assunto. O protocolo diz o que vale e por quê: enuncia a regra, ancora-a na norma, descreve o processo por inteiro e explica as razões técnicas das escolhas. O procedimento diz como se faz e com o quê: converte a regra em sequência executável. Daí decorre a diferença de forma. O protocolo é documento de prosa, porque o que ele precisa demonstrar é fundamentação, e quadro fragmenta raciocínio. O procedimento admite passos numerados, caixas de alerta, quadro de pontos-chave e tabelas de conferência, porque o que ele precisa é ser seguido sem releitura. Um mesmo assunto aparece nos dois — no protocolo como regra fundamentada, no procedimento como sequência.

Os procedimentos vêm como parte final do próprio capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado. A razão é de uso: quem consulta a regra encontra, no mesmo lugar, a sua

execução, e quem executa encontra, algumas páginas antes, a razão do passo que está cumprindo. Cada procedimento declara expressamente a seção do protocolo de que decorre, e a parte final de cada capítulo abre com a tabela que faz essa ligação, procedimento a procedimento. Nos campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data do quadro de identificação de cada um, o espaço fica em branco, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação — é ali que o documento recebe a assinatura de quem responde por ele na unidade.

A composição interna é a mesma em todos: a situação que aciona o procedimento; o fundamento normativo e a seção de origem; a caixa que adverte sobre o erro mais frequente ou o risco mais grave daquela tarefa; a sequência de execução em passos numerados; o que sustenta a boa execução e o que se deve evitar; o registro gerado e o seu lugar de arquivo; o quadro de pontos-chave; e o fluxograma próprio da tarefa. O conjunto reúne 140 procedimentos, distribuídos por protocolo conforme a tabela seguinte, que traz também as demais grandezas de cada documento.

Protocolo	Seções	Procedimentos	Fluxogramas	Páginas
1. Faturamento e Informação em Saúde	18	9	10	54
2. Arquivo Clínico e Prontuário	19	9	10	64
3. Recepção, Cadastro e Acesso	16	6	7	50
4. Suprimentos e Compras	20	8	9	62
5. Almoxarifado e Estoque	21	10	11	68
6. Patrimônio e Bens Cedidos	17	7	8	50
7. Contratos e Fiscalização	17	7	8	55
8. Finanças e Prestação de Contas	22	12	13	74
9. Gestão de Pessoas	24	13	14	82
10. Tecnologia e Segurança da Informação	18	8	9	63
11. Ouvidoria e Satisfação do Usuário	16	6	7	45
12. Gestão Documental e Transparência	15	6	7	51
13. Manutenção e Engenharia Clínica	16	6	7	53
14. Transporte Sanitário e Frota	15	5	6	43
15. Governança dos Protocolos	13	5	6	44
16. Hotelaria, Higienização, Roupas e Nutrição	20	9	10	65
17. Resíduos e Sustentabilidade	18	7	8	55
18. Segurança Patrimonial e Acesso	18	7	8	59
Conjunto dos dezoito protocolos	323	140	158	1.037

Tabela 0.4 — O conjunto em números: seções numeradas, procedimentos operacionais padrão, fluxogramas e páginas de cada protocolo.

0.6 Os fluxogramas

O conjunto traz 158 fluxogramas, e a sua distribuição obedece a uma regra simples: um do processo em cada protocolo, na sua última seção, e um em cada procedimento operacional padrão, ao encerramento dele. São, portanto, dezoito fluxogramas de processo e 140 fluxogramas de procedimento. Nenhum deles repete outro, e essa é a condição que os torna informativos.

O fluxograma do processo mostra o percurso completo da matéria do protocolo, do gatilho ao desfecho. Ele começa no evento que dispara o processo — a saída do paciente, a requisição de compra, a chegada do usuário à recepção, a geração do resíduo no ponto de origem — e termina no seu encerramento verificável, aquele que deixa registro. Entre um e outro, aparecem as decisões que efetivamente mudam o caminho: a conta que se abre ou a pendência documental que retorna ao setor de origem; a compra que segue pelo rito ordinário ou pela hipótese emergencial justificada; o resíduo que exige tratamento prévio ou segue diretamente ao abrigo. Cada caixa de tronco pode trazer uma nota lateral, que explica a razão técnica daquele passo, e o rodapé, fora da moldura, indica a referência normativa que sustenta o desenho.

O fluxograma do procedimento mostra outra coisa, e por isso não é uma redução do primeiro. Ele percorre uma única tarefa e traz as bifurcações que mudam aquele percurso — as que o executante encontra enquanto cumpre os passos, e que a sequência numerada não consegue exprimir sem se tornar ilegível. Um procedimento de conferência de material, por exemplo, tem de dizer o que se faz quando o lote divergir da nota, o que se faz quando a validade estiver aquém do aceitável e o que se faz quando a embalagem chegar violada; são três caminhos distintos, e é isso que o desenho resolve.

O critério de desenho é o mesmo nos dois casos: só entra no fluxograma a decisão que muda o percurso. Sequência linear em forma de losango não acrescenta informação e ocupa página. É esse critério que sustenta a afirmação de que os 158 desenhos são detalhamento, e não repetição: cada um deles responde por um percurso que nenhum outro percorre. Somados, cobrem os fluxos que o item C.2.4 enumera — atendimento, gestão, supervisão técnica, regulação interna, apoio e articulação entre os setores envolvidos —, com a organização por tipo de serviço que o mesmo item pede, na forma da estrutura da rede descrita no termo de referência.

0.7 Governança, supervisão e monitoramento do conjunto

O modelo de coordenação técnico-administrativa opera em três níveis, e os três estão declarados, com a mesma redação, na seção de governança de cada protocolo. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação; o Núcleo Interno de Regulação é, na definição do item 8.7.19.1 do termo de referência, unidade técnico-administrativa ligada hierarquicamente à Direção Geral, o que o coloca exatamente nessa posição de conversão. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores.

Nível	Instâncias	O que responde no conjunto dos protocolos
Estratégico	Direção Geral e Direção Técnica	Execução do contrato de gestão, decisões de maior alcance, aprovação das diretrizes e recebimento da informação consolidada que fecha o ciclo
Tático	Direções Assistencial, Médica e Administrativa e Núcleo Interno de Regulação	Conversão da diretriz em programação de serviços, escalas e planos de ação; supervisão das áreas; consolidação dos indicadores das suas coordenações
Operacional	Coordenações e supervisões de setor e comissões técnicas	Execução na forma do protocolo e do procedimento; produção do registro previsto; identificação e tratamento inicial da não conformidade

Tabela 0.5 — Os três níveis de governança do modelo de coordenação técnico-administrativa e o que cabe a cada um na execução dos protocolos.

O instrumento que liga o nível operacional ao estratégico é a ficha técnica do indicador. Cada indicador nomeado nos protocolos tem ficha própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. A ficha é o que impede as duas falhas mais comuns do monitoramento: a divergência sobre o que o número significa, quando duas áreas calculam de modos diferentes, e a perda do dado quando muda quem o coleta. É também o que torna o resultado auditável, porque permite refazer o cálculo a partir da fonte declarada. A apuração e o acompanhamento dos planos de ação correspondentes contam com o Núcleo de Gestão da Qualidade, cujas atribuições o item 12.19.5 do termo de referência relaciona, entre elas estruturar mecanismos de controle para monitoramento dos planos de ação.

O resultado não permanece no setor que o produz. Ele alimenta a decisão gerencial no nível tático, integra o relatório periódico e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade — o mesmo desenho que a seção de tratamento da não conformidade de cada protocolo descreve para o desvio de processo. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

A destinatária externa dessa informação é a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão. O termo de referência lhe atribui a prática de fiscalização por verificação dos documentos entregues, no item 24.1, e lhe reserva, no item 24.6, a providência a adotar diante de irregularidade, inconsistência ou situação capaz de comprometer a regular execução contratual, a começar pela comunicação formal à Organização Social. Os relatórios e documentos apresentados são analisados pelas instâncias competentes de acompanhamento e fiscalização e servem de base para a avaliação periódica de desempenho e para a adoção de medidas corretivas, na forma do item 26.3.6. Entre esses documentos estão o relatório consolidado da produção contratada, o do alcance das metas quantitativas e qualitativas e as justificativas técnicas para eventual não conformidade identificada, previstos nos itens 26.3.2, 26.3.3 e 26.3.5, e os indicadores de desempenho mensal do Quadro 15. Os protocolos

administrativos são o desenho interno que produz, com rastreabilidade, aquilo que essas peças apresentam.

A supervisão, no conjunto, tem ainda um instrumento próprio, que é a auditoria de aderência descrita no protocolo de governança dos protocolos: a verificação, periódica e em rotina definida pelo serviço, de que o que está escrito é o que se pratica. É a diferença entre um documento aprovado e um documento em uso, e a sua finalidade é detectar, cedo, o afastamento entre a norma interna e a prática — seja para corrigir a prática, seja para corrigir a norma, quando o exame revelar que a conduta adotada no campo é a mais adequada.

0.8 Natureza do conjunto e revisão na implantação

Este conjunto é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, em documento único por matéria, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais das áreas administrativas observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica os documentos.

Os protocolos integram o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

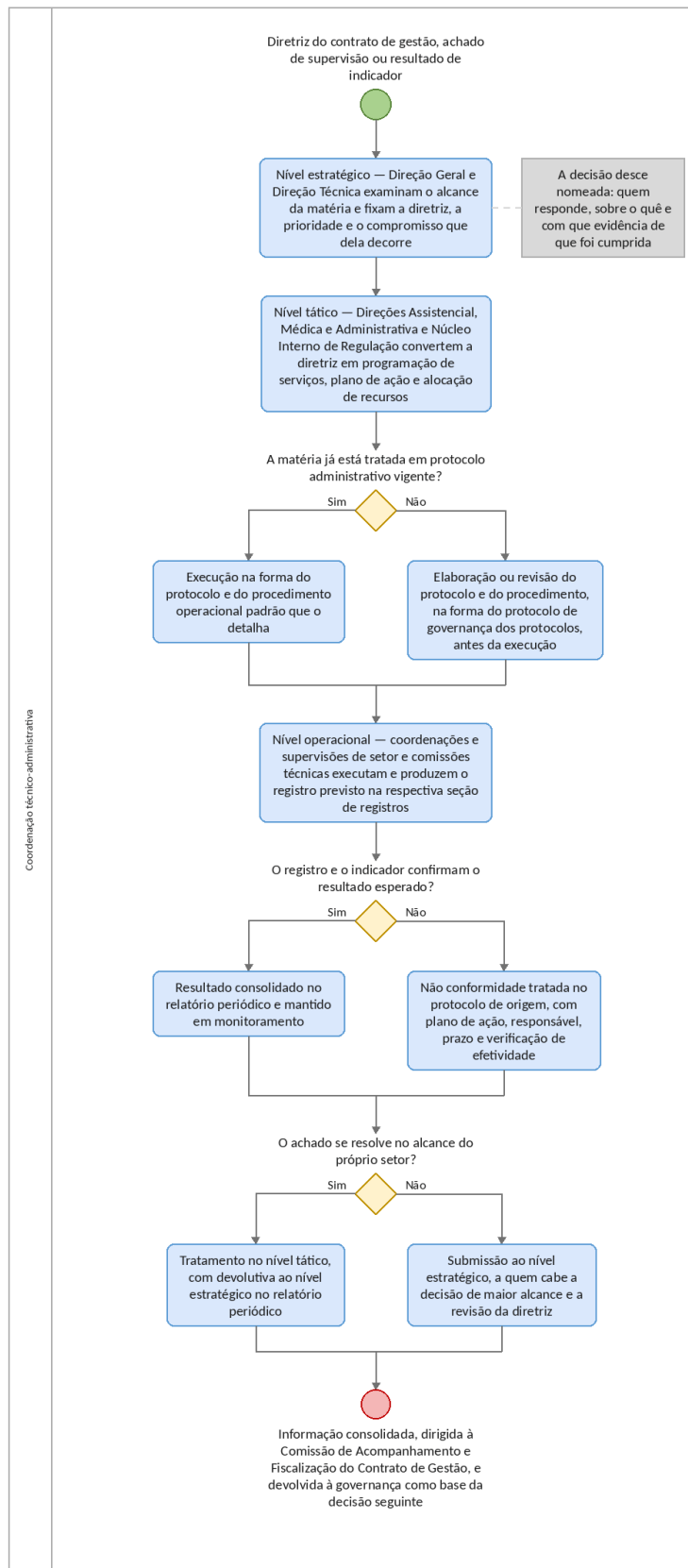
O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão destes documentos — é assim que os protocolos permanecem vivos e úteis, em vez de virarem peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

A revisão do conjunto tem, ela própria, governança declarada: obedece ao protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem faz a revisão técnica, quem aprova, como se distribui a versão vigente e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e ocorre sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique. Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale, de modo que a evolução do documento seja, ela mesma, auditável.

0.9 Fluxograma

O fluxograma percorre o modelo de coordenação técnico-administrativa nos seus três níveis, mostrando como a decisão desce, a execução acontece e a informação sobe. Traz as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se a matéria já está tratada em protocolo vigente, o que decide entre executar e revisar o documento antes de executar; se o registro e o indicador confirmam o resultado esperado, o que separa a consolidação do plano de ação; e se o achado se resolve no alcance do próprio setor, o que decide entre o tratamento no nível tático e a submissão ao nível estratégico.

Como a decisão desce, a execução acontece e a informação sobe



Referência: Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, Anexo VII, Item C.2.4; Termo de Referência HGNI, itens 8.7.19.1, 12.4.2, 24.6 e 26.3.6.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Anexo VII — Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica, item C.2.4 — Plano de Organização Funcional e Operacional. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.19.1, 12.4.2, 12.19.5, 24.1, 24.6, 26.3.2, 26.3.3, 26.3.5 e 26.3.6, e Quadro 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização e a absorção de atividades sociais por organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5.º, no inciso II do § 3.º do art. 37 e no § 2.º do art. 216 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001: sistemas de gestão da qualidade — requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015. Disponível em: <https://www.abnt.org.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Faturamento e Informação em Saúde

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

1.1	Âmbito e finalidade do faturamento hospitalar	30
1.2	Base normativa.....	31
1.3	O ciclo da conta: da admissão à transmissão	31
1.4	Organização do processo e fluxo, da entrada à saída	32
1.5	A autorização de internação: abertura, competência e prazo	33
1.6	Codificação: tabela de procedimentos, CID e a conferência do que foi feito	33
1.7	Órteses, próteses e materiais especiais: o dossiê que sustenta a cobrança	34
1.8	Produção ambulatorial: boletins individualizado e consolidado	35
1.9	Crítica, rejeição e reapresentação.....	35
1.10	Auditoria de conta: prontuário confrontado com a conta faturada.....	36
1.11	O cadastro nacional de estabelecimentos como pré-condição do faturamento	36
1.12	Atribuições e responsabilidades das equipes	37
1.13	Interface com o arquivo clínico, a assistência e a farmácia	37
1.14	Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	38
1.15	Tratamento da não conformidade e da glosa.....	39
1.16	Indicadores e monitoramento.....	39
1.17	Revisão, versão e governança do protocolo.....	40
1.18	Fluxograma	41

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

	O que esta parte contém.....	45
POP-FAT-01	Abertura, conferência e fechamento da autorização de internação.....	46
POP-FAT-02	Codificação do procedimento e do diagnóstico.....	50
POP-FAT-03	Faturamento de material especial e montagem do dossiê	54
POP-FAT-04	Registro e apresentação da produção ambulatorial.....	58
POP-FAT-05	Crítica, rejeição e reapresentação	62
POP-FAT-06	Auditoria interna de conta: prontuário confrontado com a conta	66
POP-FAT-07	Fechamento mensal e transmissão no calendário oficial	70
POP-FAT-08	Manutenção do cadastro nacional do estabelecimento	74
POP-FAT-09	Tratamento de glosa e plano de recuperação do indicador	78
	Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	82

Protocolo 1. Faturamento e Informação em Saúde

1.1 Âmbito e finalidade do faturamento hospitalar

Este protocolo estabelece como a unidade converte o cuidado efetivamente prestado em produção registrada, apresentada e faturada. Ele governa o percurso que começa na saída do paciente — alta, óbito ou transferência — e termina na transmissão da conta pelos sistemas oficiais de informação, passando pela conferência que antecede o envio e pelo tratamento da glosa que dele decorre. Aplica-se à produção hospitalar e à produção ambulatorial, e alcança todos os setores que geram registro capaz de sustentar cobrança.

A finalidade não é arrecadatória, e é importante dizê-lo logo: o faturamento é o instrumento pelo qual o cuidado prestado se torna visível ao sistema de saúde. Produção não apresentada é cuidado que aconteceu e que, para efeitos de planejamento, financiamento e avaliação, não existiu. É por isso que o registro da produção não é tarefa administrativa acessória: é a última etapa do próprio cuidado, e a que documenta que ele ocorreu.

Duas premissas organizam todo o protocolo. A primeira é que a fonte do registro é o prontuário eletrônico, e não uma planilha paralela — o instrumento contratual determina que os registros de entradas e saídas dos pacientes tenham como fonte os sistemas de prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento. A segunda é que a conta se abre sobre prontuário completo: conta montada sobre registro incompleto não é faturamento adiantado, é retrabalho garantido e risco de glosa.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de faturamento e informação em saúde observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a

melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

1.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa a fonte do dado, a obrigação de alimentação integral e a documentação exigida em situações específicas. A segunda é a da regulação profissional, que define o que é prontuário e institui a revisão sistemática do seu conteúdo. A terceira é a dos sistemas oficiais de informação do Sistema Único de Saúde, cujas tabelas e calendários condicionam o que pode ser apresentado e quando.

Na camada contratual, cinco dispositivos do termo de referência sustentam o processo. O item 31.2 fixa que os registros de entradas e saídas têm como fonte o prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento pelos sistemas oficiais; o item 31.7 estende a mesma regra à produção ambulatorial, com os códigos que especifica. O item 12.29.2, nos seus incisos I a XII, relaciona a documentação obrigatória que deve acompanhar a nota fiscal de material especial. O item 12.12.24 exige a garantia dos itens condicionantes do credenciamento e da habilitação junto ao cadastro nacional — carga horária, código de ocupação, equipamentos e demais requisitos. E o item 12.13 determina o faturamento de órteses, próteses e materiais especiais pela tabela oficial de procedimentos, medicamentos e materiais.

Na camada da regulação profissional, a Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, define o prontuário médico e torna obrigatória a comissão de revisão de prontuários — órgão cuja finalidade é exatamente avaliar a qualidade e a completude do registro de que o faturamento depende. Na camada dos sistemas oficiais, a tabela unificada de procedimentos, medicamentos e materiais define o que pode ser apresentado, com que código e sob que compatibilidade, e o calendário oficial de transmissão define quando.

Uma precisão merece registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. O item 12.13 é uma lista de serviços que a contratada deve fornecer, e a menção à tabela unificada aparece ali dentro do item de órteses, próteses e materiais especiais — determinando que a contratada os fature por aquela tabela. Ele não é, portanto, dispositivo geral de codificação de procedimento nem de diagnóstico. A codificação do procedimento apoia-se na tabela unificada por ser ela o instrumento oficial do sistema; a do diagnóstico, na classificação estatística internacional adotada pelo país — e o instrumento contratual menciona o diagnóstico codificado noutro contexto, o da ativação de alerta para agravo de notificação compulsória no prontuário eletrônico. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

1.3 O ciclo da conta: da admissão à transmissão

O faturamento não começa no setor de faturamento. Ele começa na admissão, quando o paciente é cadastrado e identificado, e atravessa toda a internação em cada registro que a equipe assistencial produz. Quando a conta chega ao faturamento, a maior parte do que determina o seu sucesso ou o seu fracasso já aconteceu — e aconteceu fora dali. Esta é a razão pela qual o protocolo descreve o ciclo inteiro, e não apenas o trecho final.

O ciclo tem seis etapas, cada uma com dono declarado e com evidência própria. A passagem entre elas é onde a informação se perde, e por isso cada transição exige registro: sem registro da passagem, a apuração de um atraso vira discussão entre setores, e não correção de processo. O que se descreve adiante é o percurso normal; as exceções — pendência documental, rejeição, glosa — têm tratamento próprio nas seções seguintes.

A admissão e a identificação respondem à recepção e ao cadastro, ocorrem na entrada e deixam como evidência o cadastro completo, o cartão nacional conferido e o prontuário aberto. O registro assistencial responde à equipe assistencial, atravessa toda a internação e deixa evolução, prescrição, descrição cirúrgica e laudos. A saída e o encerramento respondem à equipe assistencial e ao arquivo clínico, ocorrem na alta, no óbito ou na transferência e deixam o sumário de alta e o prontuário conferido e montado. A abertura e a codificação da conta respondem ao faturamento, ocorrem na competência da saída e deixam a conta aberta, com procedimento e diagnóstico codificados. A auditoria interna responde à auditoria de contas, ocorre antes da transmissão e deixa o registro da conferência e das divergências tratadas. A transmissão responde ao faturamento, ocorre no calendário oficial e deixa o comprovante de transmissão e o número de protocolo.

A etapa que mais frequentemente compromete o conjunto é a terceira. A saída do paciente é o gatilho contábil do faturamento hospitalar — e é literalmente o denominador do indicador que mede a alimentação do sistema. Saída que ocorre sem que o prontuário seja encerrado e conferido não gera conta na competência certa, e cada uma dessas saídas aparece, no fim do mês, como diferença entre o que se fez e o que se apresentou.

1.4 Organização do processo e fluxo, da entrada à saída

O serviço de faturamento organiza-se em três frentes que operam simultaneamente e que não devem ser confundidas, porque exigem perfis e ritmos distintos. A primeira é a produção corrente: abrir, codificar e fechar as contas da competência em curso. A segunda é a recuperação: tratar o que foi rejeitado, glosado ou apresentado a menor em competências anteriores. A terceira é a manutenção das condições que tornam o faturamento possível — o cadastro do estabelecimento, as habilitações, as compatibilidades da tabela.

Separar as três importa por uma razão prática: a produção corrente tem prazo fixo e consome a atenção da equipe até o fechamento, e quando não há alocação própria para a recuperação, ela simplesmente não acontece. O passivo de contas rejeitadas cresce em silêncio, e o que se vê no indicador não é a causa, é o efeito acumulado. Por isso a recuperação tem dono nomeado e tempo protegido dentro do mês, e não é tratada como sobra do que restar depois do fechamento.

O fluxo, do ponto de vista do documento, é linear e tem um único ponto de retorno. O prontuário encerrado chega ao faturamento; se estiver incompleto, retorna ao setor de origem com pendência escrita e prazo, e esse retorno é registrado. Completo, segue para codificação, auditoria e transmissão. Depois da transmissão, o retorno do sistema — crítica aceita, rejeitada ou glosada — reabre o percurso pela frente de recuperação. Nenhuma conta sai do circuito sem desfecho registrado.

1.5 A autorização de internação: abertura, competência e prazo

A autorização de internação é o documento que sustenta a cobrança do episódio hospitalar. A sua abertura é vinculada à saída do paciente, e a competência em que é apresentada é a da saída, não a da admissão — internação que começa num mês e termina no seguinte é apresentada na competência do término. Essa regra parece trivial e é a origem de boa parte das diferenças entre produção realizada e produção apresentada, sobretudo em internações longas que atravessam três ou mais competências.

A abertura exige que estejam presentes e legíveis: a identificação completa do paciente, o diagnóstico principal e os secundários quando houver, o procedimento principal efetivamente realizado, os procedimentos secundários compatíveis, a data e a hora da admissão e da saída, o motivo da saída e a identificação do profissional responsável. Faltando qualquer um desses elementos, a conta não se abre: registra-se a pendência, devolve-se ao setor de origem com prazo e acompanha-se o retorno.

A unidade organiza o seu fechamento de modo a dispor de tempo para tratar pendência antes da transmissão, sem que disso decorra a instituição de um prazo interno paralelo ao calendário oficial. A razão é prática e não formal: pendência tratada dentro da própria competência não migra para a seguinte, ao passo que conta aberta no último dia útil não deixa margem para correção, e o que se ganha em prazo perde-se em rejeição.

1.6 Codificação: tabela de procedimentos, CID e a conferência do que foi feito

Codificar é traduzir o que foi feito para a linguagem em que o sistema o reconhece. É a etapa de maior valor agregado do faturamento e a que mais depende de leitura clínica: o codificador não transcreve um campo, interpreta um registro. Por isso a codificação não se faz a partir do pedido nem da hipótese de admissão, mas do que o prontuário documenta ter sido efetivamente realizado.

O procedimento é codificado pela tabela unificada oficial, observadas as compatibilidades que ela própria estabelece — entre procedimento e diagnóstico, entre procedimento principal e secundários, entre procedimento e habilitação do estabelecimento, entre procedimento e ocupação do profissional. Incompatibilidade não é detalhe formal: é a causa mais comum de rejeição automática, e é integralmente evitável na origem, porque a tabela é pública e as regras são conhecidas antes do envio.

O diagnóstico é codificado pela classificação estatística internacional adotada no país, a partir do que está escrito no prontuário. Duas cautelas se impõem. A primeira: o diagnóstico principal é o que motivou a internação, não o mais grave nem o mais bem remunerado — escolher por conveniência é impropriedade que a auditoria externa identifica. A segunda: diagnóstico que

aciona notificação compulsória tem consequência que ultrapassa o faturamento, e o sistema deve alertar para isso a partir da codificação, conforme prevê o próprio instrumento contratual quanto ao prontuário eletrônico.

A conferência do que foi feito fecha a etapa. Antes de a conta seguir, alguém que não a codificou confronta o procedimento codificado com o registro assistencial. Essa dupla leitura é barata e evita as duas falhas de sinal contrário: cobrar o que não se fez, que é impropriedade, e deixar de cobrar o que se fez, que é perda silenciosa e muito mais frequente.

1.7 Órteses, próteses e materiais especiais: o dossiê que sustenta a cobrança

O material especial tem tratamento próprio porque tem risco próprio. É o item de maior valor unitário do faturamento hospitalar, o de maior exposição a questionamento e o único cuja documentação o instrumento contratual enumera item a item. A regra é simples de enunciar e trabalhosa de cumprir: a nota fiscal, sozinha, não sustenta a cobrança — ela deve estar acompanhada, obrigatoriamente, de doze documentos.

Inciso	Documento exigido
I	Nota fiscal emitida em nome do paciente
II	Registro da ortopedia
III	Exames e laudos que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico
IV	Documentação de saída do material
V	Documentação de saída individualizada por paciente
VI	Relatório de ordem de compra
VII	Documento de entrada
VIII	Romaneio vinculado ao paciente
IX	Checklist operacional de material especial
X	Mapa de cotação
XI	Atesto dos responsáveis
XII	Radiografia, quando aplicável

Tabela 1.1 — Os doze documentos que devem acompanhar obrigatoriamente a nota fiscal de material especial, conforme o item 12.29.2 do instrumento contratual.

A montagem do dossiê não é tarefa do faturamento sozinho: sete dos doze documentos nascem fora dele — no centro cirúrgico, no almoxarifado, na compra e na assistência. O faturamento é quem consolida e quem responde pela completude, mas quem produz é outro. Daí a necessidade de o dossiê ser montado ao longo do processo, e não reconstituído depois: documento de saída de material que não foi emitido no momento da saída raramente se produz com fidelidade semanas depois.

O dossiê fica em pasta própria, com rubrica orçamentária distinta, e a sua guarda segue a temporalidade dos documentos da prestação de contas. Essa segregação tem finalidade prática: permite responder a diligência sobre material especial sem revolver o conjunto da documentação financeira, e demonstra, pela própria organização, que o controle existe.

1.8 Produção ambulatorial: boletins individualizado e consolidado

A produção ambulatorial segue a mesma lógica da hospitalar — fonte no prontuário eletrônico, alimentação integral pelos sistemas oficiais — mas com dinâmica distinta. O volume é muito maior, o valor unitário muito menor e o risco não está na conta individual, e sim na omissão em massa: procedimento ambulatorial que não é registrado no momento em que acontece dificilmente é recuperado depois, porque não deixa o rastro contábil que a internação deixa.

O registro se dá por boletim individualizado, quando o procedimento exige identificação do usuário, e por boletim consolidado, quando não exige. A escolha entre um e outro não é discricionária: decorre da natureza do procedimento na tabela oficial. Registrar como consolidado o que deveria ser individualizado empobrece a informação e impede o acompanhamento longitudinal do usuário; o contrário gera esforço sem ganho.

Há ainda os procedimentos que exigem autorização prévia de alta complexidade, com fluxo próprio de solicitação, autorização e apresentação. Esses concentram valor e exigem controle nominal, com acompanhamento da validade da autorização e da compatibilidade entre o autorizado e o executado. A conferência aqui é nominal e periódica, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar rastreabilidade e correção tempestiva.

1.9 Crítica, rejeição e reapresentação

Toda conta transmitida passa por crítica automática antes de ser processada. A crítica não é um obstáculo: é a última barreira antes de o erro virar glosa, e uma rejeição tratada na competência seguinte custa infinitamente menos do que um pagamento indevido apurado meses depois. O que o protocolo exige é que nenhuma rejeição seja tratada como ruído: cada uma tem causa, e a causa se classifica.

As causas mais frequentes são conhecidas, e quase todas nascem fora do faturamento. A incompatibilidade entre procedimento e diagnóstico nasce na codificação, e evita-se conferindo a compatibilidade na própria tabela antes do envio. O procedimento sem habilitação correspondente e a ocupação profissional incompatível nascem no cadastro do estabelecimento, e evitam-se mantendo o cadastro em dia e verificando a habilitação antes de apresentar. A duplicidade de apresentação nasce no controle de competência, e evita-se com o controle nominal do que já foi apresentado. A inconsistência dos dados de identificação do usuário nasce no cadastro da admissão, e evita-se conferindo o cartão nacional na entrada e novamente antes do envio. A documentação incompleta de material especial nasce na montagem do dossiê, e evita-se montando-o ao longo do processo e não depois dele. E a apresentação fora da competência nasce no fechamento, que por isso se organiza de modo a haver tempo para tratar pendência.

A reapresentação obedece a três regras. A primeira: reapresenta-se corrigindo a causa, nunca reenviando o mesmo conteúdo na expectativa de resultado diferente. A segunda: a causa corrigida é registrada, porque é ela que alimenta a análise periódica e a correção do processo a montante. A terceira: reapresentação tem prazo, e conta rejeitada que não é tratada dentro do prazo de reapresentação torna-se perda definitiva — e perda definitiva por inércia é a pior espécie, porque não decorre de erro clínico nem de divergência técnica, apenas de abandono.

1.10 Auditoria de conta: prontuário confrontado com a conta faturada

A auditoria interna de contas é a barreira que separa o faturamento correto do faturamento apenas transmitido. Ela consiste em confrontar, antes do envio, o que a conta afirma com o que o prontuário documenta. É atividade de natureza técnica e exige quem saiba ler registro clínico; não se confunde com conferência administrativa de campos preenchidos.

A regulação profissional dá o fundamento e o instrumento. A resolução que define o prontuário médico torna obrigatória, nas unidades de saúde, a comissão de revisão de prontuários — cuja finalidade é justamente avaliar a qualidade e a completude do registro. A auditoria de contas se apoia nessa comissão e a alimenta: o que ela encontra de recorrente em falha de registro retorna à assistência como pauta de melhoria, e não apenas como pendência individual.

O desenho adotado combina duas abordagens. A auditoria censitária alcança as contas de maior valor, as que envolvem material especial e as de procedimentos com autorização prévia — nelas, cada conta é conferida. A auditoria amostral alcança o restante, com amostra periódica suficiente para detectar padrão. Quando a amostra revela falha sistemática, o estrato correspondente passa a censitário até que o padrão se corrija.

O resultado da auditoria é registrado em duas direções. Para dentro do faturamento, gera correção da conta antes do envio. Para fora, gera devolutiva ao setor de origem sobre a falha de registro que a originou. A auditoria que só corrige a conta trata o sintoma; a que devolve a causa trata a doença — e o indicador só melhora quando a causa é tratada.

1.11 O cadastro nacional de estabelecimentos como pré-condição do faturamento

O cadastro nacional do estabelecimento é a condição silenciosa de tudo o que se apresenta. Nenhum procedimento é aceito se o estabelecimento não estiver habilitado para ele, se o profissional que o executou não constar com a ocupação compatível, se a carga horária registrada não sustentar a produção informada ou se o equipamento exigido não estiver cadastrado. O instrumento contratual é explícito ao exigir que se garantam os itens condicionantes do correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames — nomeando carga horária, código de ocupação, equipamentos e demais requisitos.

A consequência prática é que o cadastro não é tarefa eventual de setor administrativo distante: é rotina permanente com dono no faturamento, ainda que a alimentação venha da gestão de pessoas e da engenharia clínica. Toda admissão, todo desligamento, toda mudança de carga horária, toda entrada e saída de equipamento relevante repercute no cadastro — e a repercussão precisa ser tempestiva, porque o efeito aparece na competência seguinte, quando já não há como corrigir retroativamente sem retrabalho.

A conferência é periódica e comparativa, em rotina definida pelo serviço: o que consta do cadastro é confrontado com a folha, com a escala e com o inventário de equipamentos. Divergência encontrada é corrigida e registrada, e a série histórica das divergências é o que revela se o problema é pontual ou estrutural. Rejeição por incompatibilidade de habilitação ou de ocupação é, quase sempre, cadastro desatualizado — e é integralmente evitável.

1.12 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação: quem codifica não audita, e quem audita não transmite. Essa separação não desconfia de ninguém — apenas reconhece que a segunda leitura por olhos diferentes é o controle mais barato e mais eficaz que existe contra o erro involuntário.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação do faturamento	Responde pelo cumprimento do calendário, pela alocação entre produção corrente e recuperação, pela análise periódica dos indicadores e pela devolutiva às áreas de origem
Analista de faturamento	Abre a conta na competência, codifica procedimento e diagnóstico a partir do registro, e identifica pendência documental devolvendo-a com prazo
Auditoria de contas	Confronta a conta com o prontuário antes do envio, classifica a divergência e devolve à origem a falha de registro que a gerou
Responsável pela transmissão	Executa o envio no calendário, guarda o comprovante e o protocolo, e registra o retorno da crítica
Responsável pelo cadastro do estabelecimento	Mantém habilitações, ocupações, carga horária e equipamentos atualizados, e confere periodicamente contra folha, escala e inventário
Comissão de revisão de prontuários	Avalia a qualidade e a completude do registro, e recebe da auditoria de contas as falhas recorrentes para tratamento institucional
Direção técnica	Responde pela adequação entre o que se registra e o que se assiste, e valida a devolutiva às equipes assistenciais

Tabela 1.2 — As sete funções que respondem pelo faturamento e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de abrir conta sobre prontuário incompleto, que não se toma em nenhuma hipótese; a alteração de código feita sem respaldo no registro clínico; e a transmissão de conta que não passou pela auditoria interna nos estratos em que ela é censitária.

1.13 Interface com o arquivo clínico, a assistência e a farmácia

O faturamento é o setor que mais depende do trabalho alheio, e por isso é aquele em que a qualidade das interfaces determina o resultado. Três delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar.

Com o arquivo clínico, a interface é o prontuário encerrado. O ponto de falha é a pendência documental: prontuário que chega sem descrição cirúrgica, sem laudo do exame que sustenta o procedimento, sem atesto ou sem sumário de alta. O tratamento é a devolutiva escrita, com prazo e com acompanhamento — e a série histórica das pendências por setor de origem, que é o que permite corrigir a causa em vez de repetir a cobrança.

Com a assistência, a interface é o registro clínico. O ponto de falha é o registro que descreve o cuidado de modo insuficiente para sustentar o que foi feito — não por má-fé, mas porque quem registra escreve para o cuidado, não para a conta. A resposta não é pedir que a assistência escreva para o faturamento: é devolver, de forma objetiva e periódica, quais elementos do registro se mostraram insuficientes, para que a melhoria seja do próprio documento clínico.

Com a farmácia e o almoxarifado, a interface é o material. O ponto de falha é a rastreabilidade do item por paciente, especialmente no material especial, cuja documentação de saída individualizada é exigência expressa. Quando a saída não é individualizada no momento em que ocorre, o dossiê não se monta — e o que se perde não é o material, é a possibilidade de cobrá-lo.

1.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo produz um documento, e cada documento tem lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — horário anotado de memória ao fim do expediente corrompe o indicador, e indicador corrompido faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Pendência documental devolvida, com prazo e retorno	Faturamento	Sistema de gestão, com cópia na pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Conta aberta, codificada e fechada	Faturamento	Sistema oficial e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Dossiê de material especial	Faturamento, com insumo de várias áreas	Pasta própria, rubrica distinta	Cinco anos
Registro da auditoria interna e das divergências	Auditoria de contas	Pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Comprovante de transmissão e protocolo de envio	Responsável pela transmissão	Pasta da competência	Cinco anos
Retorno da crítica, rejeições e causas classificadas	Faturamento	Planilha de recuperação e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Conferência periódica do cadastro do estabelecimento	Responsável pelo cadastro	Pasta de cadastro	Prazo aplicável ao documento

Tabela 1.3 — Os sete registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança o dossiê de material especial e o comprovante de transmissão, que integram os arquivos da prestação de contas e seguem o prazo destes. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico. A documentação eletrônica observa os requisitos de integridade e de rastreabilidade aplicáveis ao documento digital em saúde, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê — exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto do próprio sigilo do prontuário.

1.15 Tratamento da não conformidade e da glosa

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu — conta aberta sobre prontuário incompleto, código sem respaldo no registro, transmissão fora do calendário, dossiê incompleto, cadastro desatualizado. Ela é

registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

A glosa é a espécie mais visível de não conformidade, e a que tem consequência financeira direta. O tratamento tem quatro momentos. Primeiro, a classificação: glosa técnica, quando decorre de incompatibilidade ou de código indevido; documental, quando falta documento que sustente a cobrança; ou de mérito, quando se discute a pertinência do que foi feito. Segundo, a decisão entre recorrer e acatar, que é técnica e registrada. Terceiro, a correção na origem, para que a mesma glosa não se repita. Quarto, a devolutiva à área que gerou a causa.

1.16 Indicadores e monitoramento

O contrato de gestão mede a alimentação dos sistemas de informação por dois indicadores, e as suas fórmulas são as do Quadro 15 do termo de referência, reproduzidas aqui na redação da fonte. O indicador de alimentação do sistema hospitalar é a razão entre o número de autorizações de internação apresentadas no mês e o número de internações realizadas na unidade no mesmo mês, multiplicada por cem, com meta igual a cem por cento e peso de três pontos. O indicador de alimentação do sistema ambulatorial é a razão entre os boletins e autorizações apresentados e o número de atendimentos ambulatoriais realizados, também multiplicada por cem, com meta igual ou superior a cem por cento e peso de três pontos. A ficha técnica de cada um conserva a definição, a fórmula, a fonte do dado, a meta e o responsável pela apuração.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Alimentação do sistema hospitalar	$\text{Número de AIH apresentada no mês} \div \text{n.º de internações realizadas na unidade no mês} \times 100$	= 100,0%	94,4% — 1.556 de 1.648
Alimentação do sistema ambulatorial	$\text{Boletins e autorizações apresentados} \div \text{atendimentos ambulatoriais realizados} \times 100$	$\geq 100,0\%$	110,4% — 10.824 de 9.802

Tabela 1.4 — Os dois indicadores contratuais de alimentação dos sistemas, na redação do Quadro 15 do termo de referência, com meta e resultado publicado no instrumento.

▣ O QUE O NÚMERO DIZ, LIDO PELA FÓRMULA
› O denominador do indicador hospitalar é a internação realizada: 1.648 no mês de referência.
› O numerador são as autorizações apresentadas: 1.556.
› A diferença é de 92 saídas sem autorização apresentada na competência. Não é um percentual abstrato: são 92 episódios de internação que ocorreram e não foram apresentados.
› O plano de recuperação atua sobre essas 92, e não sobre a média. Identificá-las nominalmente, por setor de origem e por causa, é o primeiro ato do plano.
› O indicador ambulatorial está acima da meta, em 110,4%. Os dois não estão no mesmo estado e não devem receber o mesmo tratamento.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os dois indicadores contratuais. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros: taxa de pendência documental por setor de origem, intervalo entre a saída e a abertura da conta, taxa de rejeição por causa classificada, e passivo de contas em recuperação. A terceira acompanha o cadastro do estabelecimento, cuja desatualização é causa evitável de rejeição.

A análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do faturamento. Dois dos indicadores internos não pertencem ao faturamento — a pendência documental nasce na assistência e no arquivo clínico, e a desatualização cadastral nasce na gestão de pessoas. Medi-los em conjunto é o que impede que cada setor conclua que o atraso foi do outro.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

1.17 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da tabela oficial de procedimentos, mudança no calendário de transmissão, alteração das metas ou dos indicadores contratuais, ou achado de auditoria que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e a aderência é auditada periodicamente.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação do faturamento, com validação da direção técnica quanto ao que toca o registro assistencial e da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

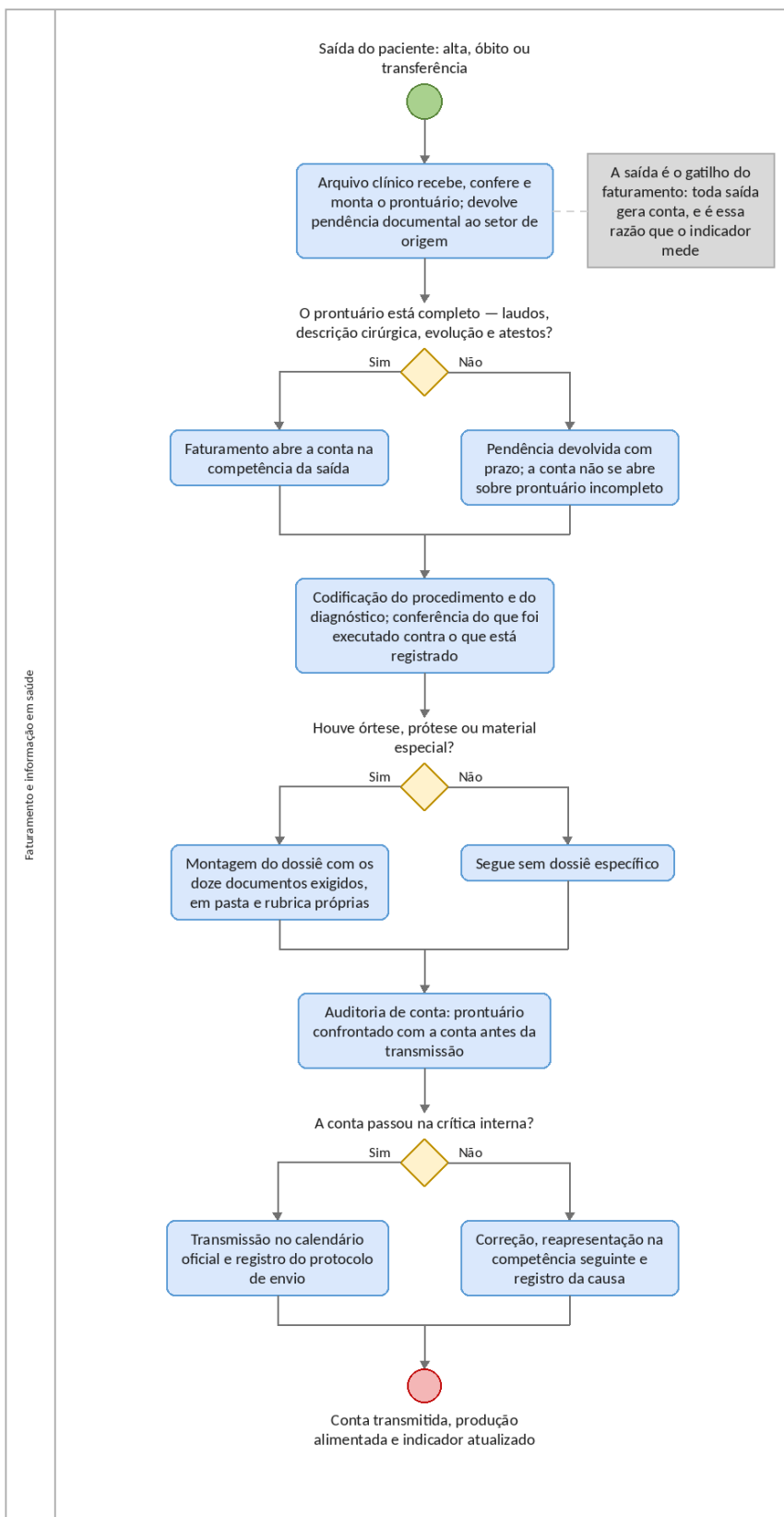
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

1.18 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da saída do paciente até a transmissão da conta, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se o prontuário está completo, o que decide entre abrir a conta e devolver a pendência; se houve material especial, o que aciona a montagem do dossiê; e se a conta passou na crítica interna, o que separa a transmissão da correção e da reapresentação.

Da saída do paciente à transmissão da conta



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 31.2 e 31.7; Resolução CFM n.º 1.638/2002.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.12.24, 12.13, 12.29.2, 31.2 e 31.7, e Quadro 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 3 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SIGTAP — Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 3 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications>. Acesso em: 3 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os nove procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 1.18 e descreve o ciclo inteiro da conta.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-FAT-01	Abertura, conferência e fechamento da autorização de internação	1.5 e 1.3
POP-FAT-02	Codificação do procedimento e do diagnóstico	1.6
POP-FAT-03	Faturamento de material especial e montagem do dossiê	1.7
POP-FAT-04	Registro e apresentação da produção ambulatorial	1.8
POP-FAT-05	Crítica, rejeição e reapresentação	1.9
POP-FAT-06	Auditoria interna de conta: prontuário confrontado com a conta	1.10
POP-FAT-07	Fechamento mensal e transmissão no calendário oficial	1.3 e 1.4
POP-FAT-08	Manutenção do cadastro nacional do estabelecimento	1.11
POP-FAT-09	Tratamento de glosa e plano de recuperação do indicador	1.15 e 1.16

Tabela 1.5 — Os nove procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-FAT-01. Abertura, conferência e fechamento da autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-01.1 Quando usar

- › Sempre que houver saída de paciente internado — alta, óbito ou transferência.
- › Na competência da saída, e não na da admissão, ainda que a internação atravessasse meses.
- › Antes do fechamento da competência, organizado de modo a haver tempo para tratar pendência.

POP-FAT-01.2 Fundamento

Item 31.2 do termo de referência: os registros de entradas e saídas dos pacientes têm como fonte o prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento pelos sistemas oficiais. Seções 1.5 e 1.3 do protocolo.

! NÃO ABRIR A CONTA SE FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Identificação do paciente incompleta ou sem cartão nacional conferido.
- › Descrição do ato — cirúrgica ou do procedimento — ausente do prontuário.
- › Laudo do exame que sustenta o procedimento, quando o procedimento dele depende.
- › Data e hora de admissão ou de saída, ou o motivo da saída.
- › Identificação do profissional responsável, legível e conferível no cadastro.
- › Faltando qualquer um: registrar a pendência, devolver ao setor de origem com prazo e acompanhar o retorno. Conta aberta sobre prontuário incompleto volta como rejeição.

POP-FAT-01.3 Sequência de execução

1. Receber do arquivo clínico o prontuário encerrado da saída ocorrida.
2. Conferir a identificação do paciente contra o cadastro e o cartão nacional de saúde.
3. Verificar a presença dos documentos que sustentam o episódio: evolução, descrição do ato, laudos, prescrição e sumário de alta.
4. Havendo pendência, registrá-la no sistema, devolver ao setor de origem com prazo e não abrir a conta; acompanhar o retorno até a regularização.
5. Estando completo, abrir a conta na competência da saída.
6. Lançar diagnóstico principal e secundários, e procedimento principal e secundários, conforme o POP-FAT-02.
7. Registrar datas e horas de admissão e de saída e o motivo da saída.
8. Conferir a compatibilidade entre procedimento, diagnóstico, habilitação do estabelecimento e ocupação do profissional.
9. Havendo material especial, acionar o POP-FAT-03 antes de prosseguir.
10. Encaminhar à auditoria interna de contas, conforme o POP-FAT-06.
11. Fechar a conta e registrar o horário do fechamento no momento em que ele ocorre.

Elemento	Fonte no prontuário	Consequência da ausência
Identificação e cartão nacional	Cadastro da admissão	Rejeição por inconsistência de dados
Diagnóstico principal	Evolução e sumário de alta	Rejeição por incompatibilidade
Procedimento principal	Descrição do ato	Cobrança sem respaldo ou perda da cobrança
Datas e horas de admissão e saída	Registro de movimentação	Apresentação fora da competência
Motivo da saída	Sumário de alta ou declaração de óbito	Denominador do indicador incorreto
Profissional responsável	Registro do ato	Rejeição por ocupação incompatível

Tabela POP-FAT-01.1 — Conteúdo mínimo da conta antes do fechamento.

✓ O QUE SUSTENTA A CONTA
› Prontuário completo antes da abertura — a espera custa menos que o retrabalho.
› Competência da saída, sempre, ainda que a internação tenha começado meses antes.
› Compatibilidade conferida na tabela oficial antes do envio.
› Horários registrados no momento, nunca de memória ao fim do expediente.

✕ O QUE INVALIDA A CONTA

- › Abrir sobre prontuário incompleto para não perder a competência.
- › Codificar pela hipótese de admissão em vez do que foi documentado como realizado.
- › Apresentar na competência da admissão internação que terminou em outro mês.
- › Fechar no último dia útil sem margem para tratar pendência.

POP-FAT-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Conta aberta, codificada e fechada, no sistema oficial e na pasta da competência.
- › Pendência documental devolvida, com prazo e com o retorno registrado.
- › Horário de abertura e de fechamento, anotados no momento em que ocorrem.
- › Divergências identificadas e o seu tratamento.

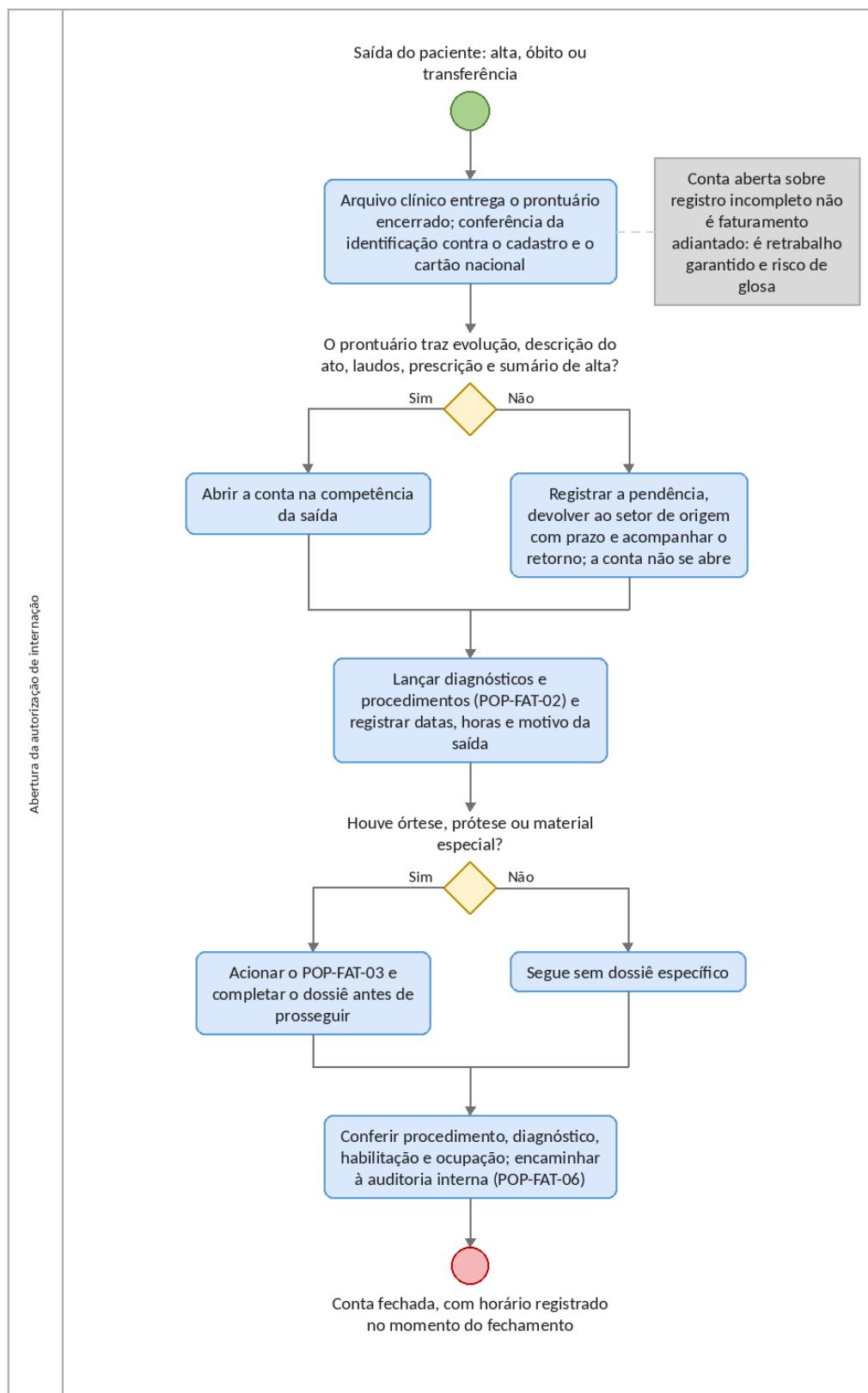
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A saída é o gatilho	Alta, óbito e transferência geram conta; são o denominador do indicador.
Competência é a da saída	Internação que atravessa meses é apresentada no mês do término.
Prontuário completo primeiro	A pendência devolve-se com prazo; a conta não se abre sem ele.
Compatibilidade antes do envio	Procedimento, diagnóstico, habilitação e ocupação.
Registro no momento	Horário anotado de memória corrompe o indicador.

POP-FAT-01.5 Fluxograma

O fluxograma percorre a conta hospitalar da saída do paciente ao fechamento, com as duas bifurcações que mudam o percurso: a completude do prontuário, que decide entre abrir a conta e devolver a pendência, e a presença de material especial, que aciona a montagem do dossiê antes de prosseguir.

POP-FAT-01 — Abertura, conferência e fechamento da conta hospitalar



Referência: Termo de Referência HGNI, item 31.2; Resolução CFM n.º 1.638/2002.

POP-FAT-02. Codificação do procedimento e do diagnóstico

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-02.1 Quando usar

- › Na abertura de toda conta hospitalar e no registro de toda produção ambulatorial.
- › Sempre que houver alteração do procedimento realizado ou do diagnóstico documentado.
- › Na correção de conta rejeitada por incompatibilidade.

POP-FAT-02.2 Fundamento

Tabela unificada oficial de procedimentos, medicamentos e materiais do sistema público, e classificação estatística internacional adotada no país. O item 12.13 do termo de referência determina o faturamento de órteses, próteses e materiais especiais por aquela tabela; não é dispositivo geral de codificação. Seção 1.6 do protocolo.

✕ AS TRÊS IMPROPRIEDADES QUE A AUDITORIA EXTERNA IDENTIFICA

- › Escolher o diagnóstico principal pela remuneração em vez do que motivou a internação.
- › Codificar procedimento não documentado no prontuário — é cobrança sem respaldo.
- › Deixar de codificar procedimento realizado e documentado — é perda silenciosa, e a mais frequente das duas.
- › A codificação sai do registro clínico. Não do pedido, não da hipótese de admissão, não da conveniência.

POP-FAT-02.3 Sequência de execução

1. Ler o registro clínico do episódio: evolução, descrição do ato, laudos e sumário de alta.

2. Identificar o diagnóstico principal — o que motivou a internação — e os secundários efetivamente documentados.
3. Codificar o diagnóstico pela classificação estatística internacional vigente.
4. Identificar o procedimento principal efetivamente realizado e os secundários compatíveis.
5. Codificar o procedimento pela tabela unificada oficial.
6. Conferir na própria tabela as compatibilidades: procedimento com diagnóstico, principal com secundários, procedimento com habilitação do estabelecimento e com ocupação do profissional.
7. Verificar se o diagnóstico codificado aciona notificação compulsória; em caso positivo, confirmar que a ficha de notificação foi emitida pelo serviço assistente.
8. Encaminhar a codificação à conferência por pessoa diversa, na forma da segregação de funções adotada pelo serviço.
9. Registrar divergência encontrada e o seu tratamento antes de liberar a conta.

Par a conferir	Onde se confere	Erro que evita
Procedimento × diagnóstico	Tabela unificada oficial	Rejeição automática na crítica
Procedimento principal × secundários	Tabela unificada oficial	Rejeição por incompatibilidade interna
Procedimento × habilitação da unidade	Cadastro do estabelecimento	Rejeição por falta de habilitação
Procedimento × ocupação do profissional	Cadastro do estabelecimento	Rejeição por ocupação incompatível
Diagnóstico × notificação compulsória	Lista nacional vigente	Agravo não notificado

Tabela POP-FAT-02.1 — Compatibilidades a conferir antes de liberar a codificação.

✓ COMO CODIFICAR COM SEGURANÇA

- › Ler antes de codificar — o codificador interpreta registro, não transcreve campo.
- › Diagnóstico principal é o que motivou a internação, não o mais grave nem o mais bem pago.
- › Segregação de funções — o serviço adota o princípio de que quem codifica não confere a própria codificação.
- › Consultar a tabela, que é pública e cujas regras são conhecidas antes do envio.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Codificar pelo pedido ou pela hipótese diagnóstica da admissão.
- › Presumir procedimento a partir do diagnóstico, ou o contrário.
- › Ignorar a incompatibilidade na expectativa de que a crítica não a detecte.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Alterar código sem respaldo no registro clínico.

POP-FAT-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Codificação lançada, com identificação de quem codificou.
- › Registro da conferência realizada e de quem a realizou, quando houver.
- › Divergências encontradas na conferência e o seu tratamento.
- › Consulta à tabela quando houver dúvida de compatibilidade documentada.

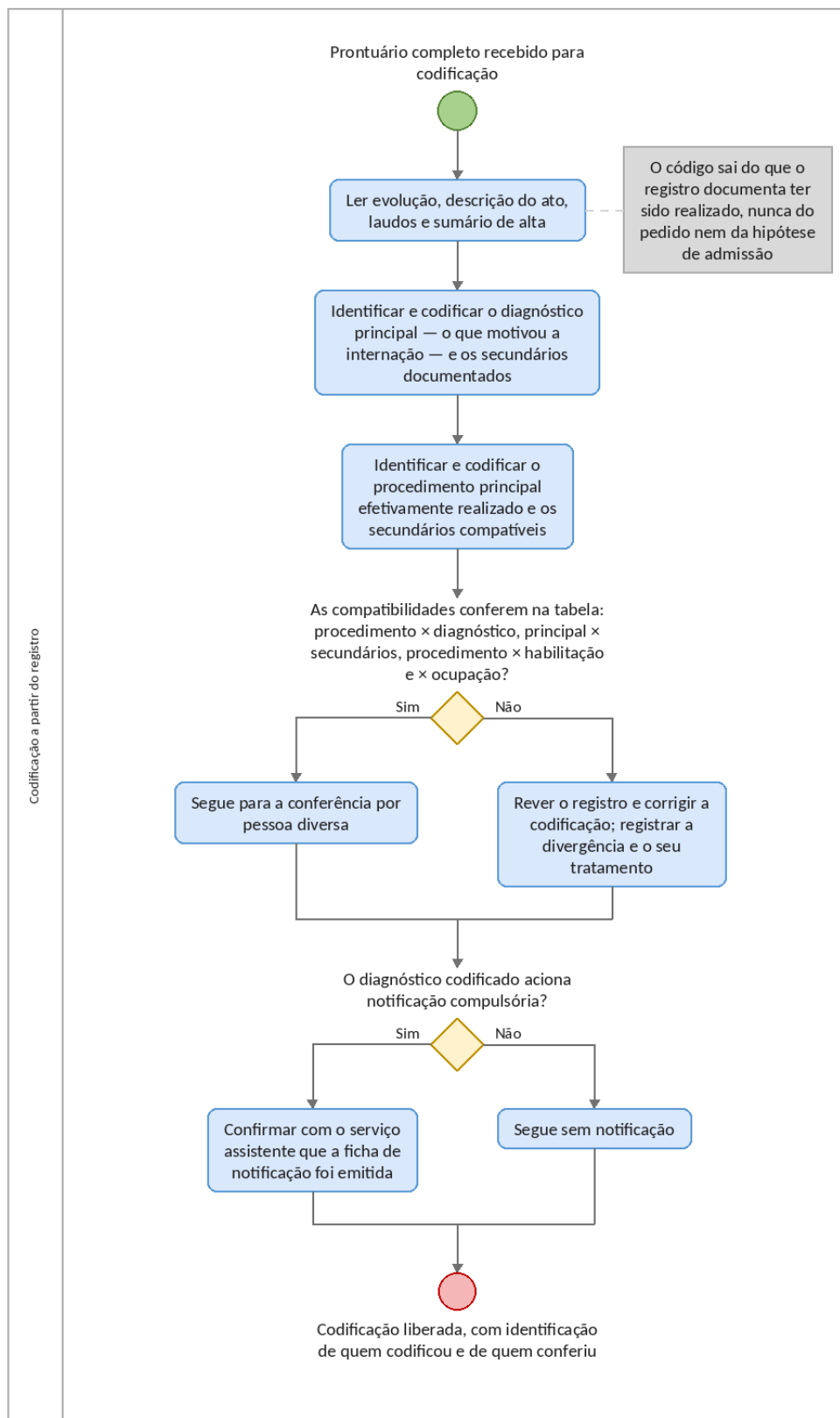
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Codificar é ler	O código sai do que o prontuário documenta ter sido realizado.
Principal é o que motivou	Não o mais grave, não o mais bem remunerado.
Compatibilidade é pública	A tabela traz as regras; a rejeição por incompatibilidade é evitável.
Segunda leitura	Quem codifica não confere a própria codificação.
Notificação compulsória	Diagnóstico que a aciona tem consequência que ultrapassa a conta.

POP-FAT-02.5 Fluxograma

O fluxograma da codificação tem duas decisões que interrompem o percurso: a conferência das compatibilidades na tabela, que devolve a codificação à revisão quando não fecham, e a verificação de notificação compulsória, que gera consequência fora da conta.

POP-FAT-02 — Codificação do procedimento e do diagnóstico



Referência: Tabela unificada oficial (SIGTAP); Classificação Estatística Internacional de Doenças.

POP-FAT-03. Faturamento de material especial e montagem do dossiê

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-03.1 Quando usar

- › Sempre que houver órtese, prótese ou material especial utilizado no episódio.
- › Desde o momento da requisição do material, e não apenas no fechamento da conta.
- › Antes da transmissão da conta que o contém.

POP-FAT-03.2 Fundamento

Item 12.29.2, incisos I a XII, do termo de referência: as notas fiscais de material especial deverão estar acompanhadas, obrigatoriamente, dos doze documentos que enumera. Item 12.13, quanto ao faturamento pela tabela unificada. Seção 1.7 do protocolo.

! O DOSSIÊ MONTA-SE AO LONGO DO PROCESSO

- › Sete dos doze documentos nascem fora do faturamento — no centro cirúrgico, no almoxarifado, na compra e na assistência.
- › Documento de saída de material não emitido no momento da saída não se reconstitui com fidelidade semanas depois.
- › O faturamento consolida e responde pela completude; não é ele quem produz a maior parte das peças.
- › Dossiê incompleto: a cobrança não se sustenta, e o item é o de maior valor unitário do faturamento hospitalar.

POP-FAT-03.3 Sequência de execução

1. Identificar, na requisição, que o procedimento envolverá material especial e abrir o dossiê desde esse momento.

2. Reunir a nota fiscal emitida em nome do paciente.
3. Reunir o registro da especialidade responsável pela indicação.
4. Reunir os exames e laudos que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico.
5. Reunir a documentação de saída do material e a documentação de saída individualizada por paciente, emitidas no momento da saída.
6. Reunir o relatório de ordem de compra, o documento de entrada e o romaneio vinculado ao paciente.
7. Reunir o checklist operacional do material e o mapa de cotação.
8. Reunir o atesto dos responsáveis e a radiografia, quando aplicável.
9. Conferir a completude dos doze documentos contra a lista, item a item.
10. Arquivar o dossiê em pasta própria, com rubrica orçamentária distinta.
11. Liberar a conta para auditoria apenas com o dossiê completo.

Inciso	Documento	Onde nasce
I	Nota fiscal emitida em nome do paciente	Fornecedor e compras
II	Registro da ortopedia	Especialidade responsável
III	Exames e laudos que comprovem a necessidade	Assistência e apoio diagnóstico
IV	Documentação de saída do material	Almoxarifado
V	Documentação de saída individualizada por paciente	Almoxarifado e centro cirúrgico
VI	Relatório de ordem de compra	Compras
VII	Documento de entrada	Almoxarifado
VIII	Romaneio vinculado ao paciente	Almoxarifado
IX	Checklist operacional de material especial	Centro cirúrgico
X	Mapa de cotação	Compras
XI	Atesto dos responsáveis	Responsáveis designados
XII	Radiografia, quando aplicável	Apoio diagnóstico

Tabela POP-FAT-03.1 — Os doze documentos exigidos e onde cada um nasce.

✓ COMO O DOSSIÊ SE SUSTENTA

- › Abrir o dossiê na requisição, não no fechamento da conta.
- › Emitir a saída individualizada no momento da saída do material.
- › Conferir os doze item a item contra a lista, antes de liberar.
- › Pasta própria e rubrica distinta, para responder a diligência sem revolver o conjunto.

✕ O QUE COMPROMETE A COBRANÇA

- › Reconstituir o dossiê depois do procedimento.
- › Apresentar a nota fiscal sozinha — ela não sustenta a cobrança.
- › Saída de material sem individualização por paciente.
- › Misturar a documentação de material especial com a documentação financeira geral.

POP-FAT-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Dossiê completo, em pasta própria com rubrica orçamentária distinta.
- › Conferência dos doze documentos, com data e responsável.
- › Pendência de documento, com prazo e origem, quando houver.
- › Guarda por cinco anos, acompanhando o prazo dos arquivos da prestação de contas.

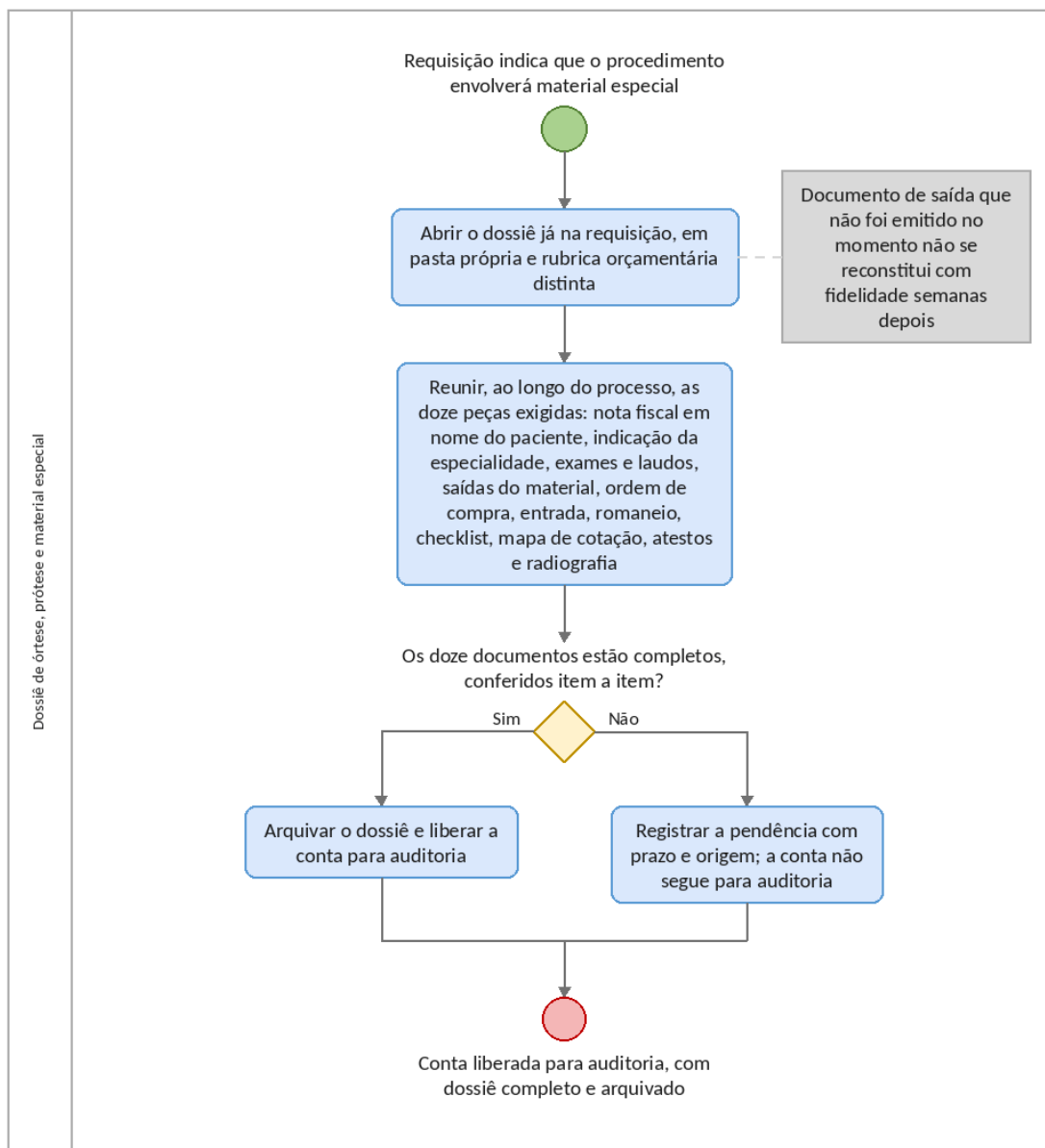
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Doze documentos	A nota fiscal sozinha não sustenta a cobrança.
Monta-se ao longo	Sete das doze peças nascem fora do faturamento.
Saída individualizada	Emitida no momento; depois não se reconstitui com fidelidade.
Pasta e rubrica próprias	Permite responder a diligência sem revolver tudo.
Maior valor unitário	É o item de maior exposição a questionamento do faturamento.

POP-FAT-03.5 Fluxograma

O fluxograma do dossiê é curto e tem uma só bifurcação, que é a decisiva: a completude dos doze documentos, sem a qual a conta não segue para auditoria. O que ele mostra é o momento em que o dossiê se abre — na requisição, e não no fechamento.

POP-FAT-03 — Material especial: montagem do dossiê que sustenta a cobrança



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.29.2, incisos I a XII; item 12.13.

POP-FAT-04. Registro e apresentação da produção ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-04.1 Quando usar

- › Em todo atendimento ambulatorial realizado, no momento em que acontece.
- › No fechamento mensal da competência ambulatorial.
- › Na conferência dos procedimentos com autorização prévia.

POP-FAT-04.2 Fundamento

Item 31.7 do termo de referência: os registros de produção ambulatorial têm como fonte o prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento pelos sistemas oficiais, nos códigos que especifica. Seção 1.8 do protocolo.

! O RISCO AQUI É A OMISSÃO EM MASSA

- › O valor unitário é pequeno e o volume é grande: o risco não está na conta individual, está na omissão sistemática.
- › Procedimento ambulatorial não registrado no momento em que acontece dificilmente é recuperado depois — não deixa o rastro contábil que a internação deixa.
- › A escolha entre registro individualizado e consolidado não é discricionária: decorre da natureza do procedimento na tabela oficial.
- › Procedimentos com autorização prévia exigem conferência nominal, em rotina periódica definida pelo serviço.

POP-FAT-04.3 Sequência de execução

1. Registrar o atendimento no prontuário eletrônico no momento em que ele ocorre.

2. Identificar, na tabela oficial, se o procedimento exige registro individualizado ou admite registro consolidado.
3. Lançar o registro individualizado com a identificação do usuário, quando exigido.
4. Lançar o registro consolidado quando a natureza do procedimento assim o determinar.
5. Para procedimento com autorização prévia, conferir a validade da autorização e a compatibilidade entre o autorizado e o executado.
6. Conferir periodicamente, de forma nominal, os procedimentos com autorização prévia.
7. Conferir o total apresentado contra o total de atendimentos realizados no período.
8. Investigar e registrar a causa de qualquer diferença entre realizado e apresentado.
9. Fechar a competência e transmitir conforme o POP-FAT-07.

Modalidade	Quando se aplica	Conferência
Registro individualizado	Procedimento que exige identificação do usuário na tabela oficial	Nominal, contra o prontuário
Registro consolidado	Procedimento que não exige identificação do usuário	Por total, contra o registro de atendimentos
Autorização prévia de alta complexidade	Procedimento assim classificado na tabela	Nominal e periódica, com validade da autorização

Tabela POP-FAT-04.1 — Modalidade de registro conforme a natureza do procedimento.

✓ O QUE PROTEGE A PRODUÇÃO AMBULATORIAL
› Registrar no momento do atendimento, não em lote no fim do mês.
› Consultar a tabela para decidir a modalidade de registro.
› Conferência nominal periódica dos procedimentos com autorização prévia.
› Investigar toda diferença entre realizado e apresentado, e registrar a causa.

✗ O QUE FAZ PERDER PRODUÇÃO
› Registrar em lote depois, de memória ou por estimativa.
› Escolher a modalidade por conveniência em vez de pela natureza do procedimento.
› Deixar a conferência da autorização prévia para amostragem.
› Aceitar diferença entre realizado e apresentado sem investigar a causa.

POP-FAT-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Produção lançada no sistema oficial, por competência.
- › Conferência nominal dos procedimentos com autorização prévia.

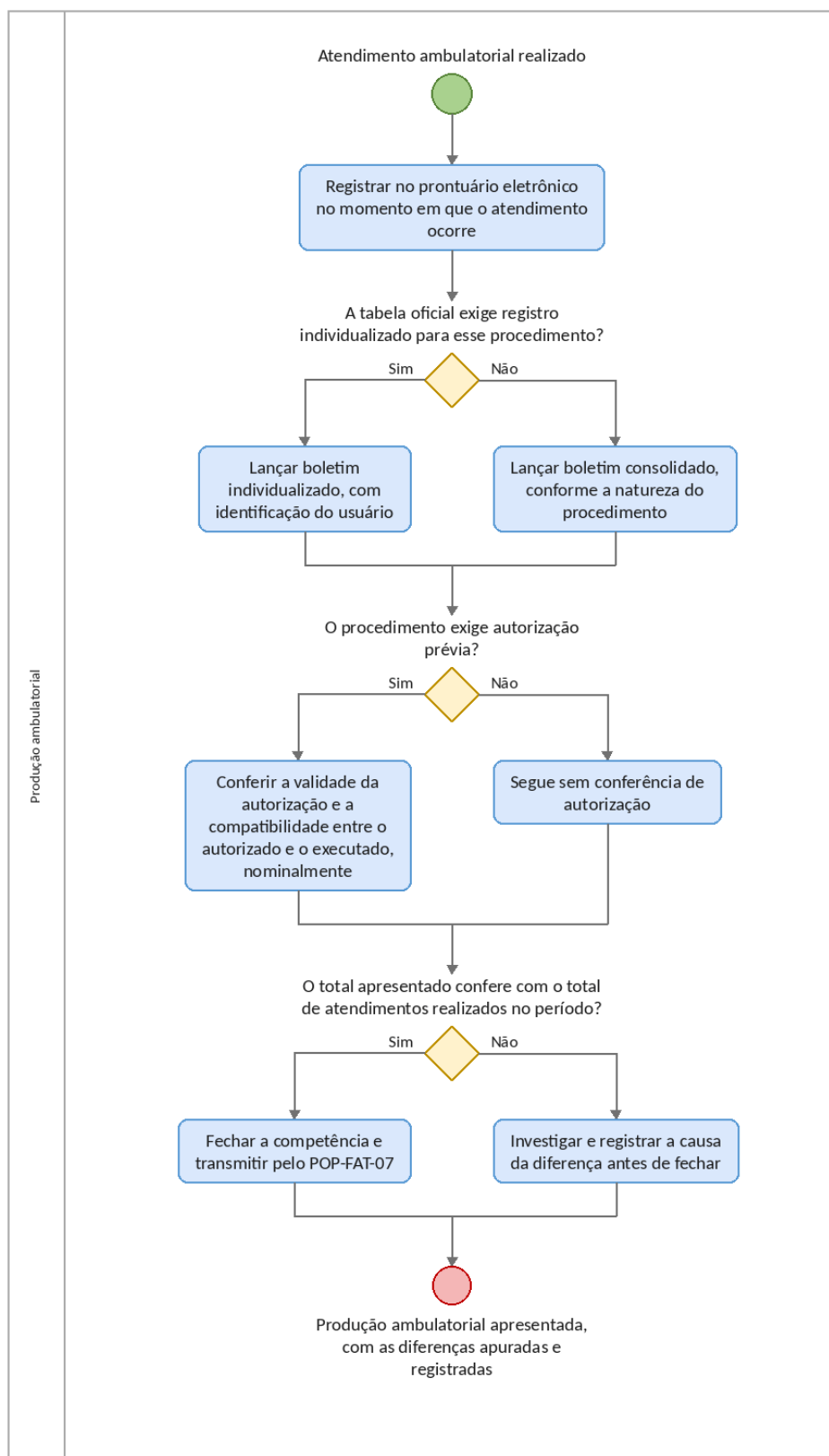
- › Comparativo, por competência, entre atendimentos realizados e produção apresentada.
- › Causas das diferenças identificadas e as providências tomadas.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Registrar no momento	O que não se registra na hora dificilmente se recupera.
A tabela decide a modalidade	Individualizado ou consolidado não é escolha do serviço.
Autorização prévia é nominal	Conferência periódica, em rotina do serviço.
Toda diferença tem causa	Realizado menos apresentado é sempre investigado.
O indicador está acima da meta	Manter é tão trabalhoso quanto alcançar.

POP-FAT-04.5 Fluxograma

O fluxograma da produção ambulatorial tem três bifurcações: a modalidade de registro, que decorre da natureza do procedimento na tabela e não de conveniência; a exigência de autorização prévia, que aciona a conferência nominal; e a conferência entre realizado e apresentado, que retém o fechamento quando há diferença sem causa apurada.

POP-FAT-04 — Registro e apresentação da produção ambulatorial



Referência: Termo de Referência HGNI, item 31.7; tabela unificada oficial.

POP-FAT-05. Crítica, rejeição e reapresentação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-05.1 Quando usar

- › No retorno da crítica de toda conta transmitida.
- › Sempre que houver rejeição, parcial ou total.
- › Antes de encerrar o prazo de reapresentação da competência.

POP-FAT-05.2 Fundamento

Indicador 18 do Quadro 15 do termo de referência, que mede a razão entre autorizações apresentadas e saídas realizadas. Seção 1.9 do protocolo.

✕ REJEIÇÃO NÃO É RUÍDO

- › Cada rejeição tem causa, e a causa se classifica. Sem classificação não há correção a montante, e o mesmo erro retorna na competência seguinte.
- › Reenviar o mesmo conteúdo na expectativa de resultado diferente é desperdício de prazo.
- › Conta rejeitada não tratada dentro do prazo de reapresentação torna-se perda definitiva — e perda por inércia é a pior espécie, porque não decorre de erro clínico nem de divergência técnica.
- › A recuperação tem dono nomeado e tempo protegido no mês. Não é o que sobra depois do fechamento — não sobra.

POP-FAT-05.3 Sequência de execução

1. Receber o retorno da crítica e registrar a data do recebimento.
2. Separar as contas aceitas das rejeitadas, total ou parcialmente.
3. Classificar cada rejeição pela causa, conforme a tabela de causas do protocolo.

4. Identificar, para cada causa, o setor em que ela nasce.
5. Corrigir a causa na conta: código, documento, dado cadastral ou competência.
6. Reapresentar a conta corrigida dentro do prazo de reapresentação.
7. Registrar a causa classificada e a correção realizada na planilha de recuperação.
8. Devolver ao setor de origem a causa que nele nasceu, com dado objetivo e periodicidade definida.
9. Acompanhar o passivo de contas em recuperação até o desfecho de cada uma.
10. Levar as causas recorrentes à análise periódica com as áreas de origem.

Causa	Onde nasce	Correção que a elimina
Incompatibilidade procedimento × diagnóstico	Codificação	Conferência na tabela antes do envio
Procedimento sem habilitação	Cadastro do estabelecimento	Manutenção permanente do cadastro
Ocupação do profissional incompatível	Cadastro do estabelecimento	Conferência contra folha e escala
Duplicidade de apresentação	Controle de competência	Controle nominal do apresentado
Dados de identificação inconsistentes	Cadastro na admissão	Conferência do cartão na entrada
Documentação de material especial incompleta	Montagem do dossiê	Dossiê montado ao longo do processo
Apresentação fora da competência	Fechamento	Fechamento com tempo para pendência

Tabela POP-FAT-05.1 — Causa da rejeição, origem e correção a montante.

✓ COMO A RECUPERAÇÃO FUNCIONA

- › Classificar a causa de cada rejeição, porque é a causa que permite corrigir o processo.
- › Corrigir a causa, e só então reapresentar.
- › Devolver a causa ao setor de origem, com dado objetivo.
- › Tempo protegido no mês para a recuperação, com dono nomeado.

✗ O QUE TRANSFORMA REJEIÇÃO EM PERDA

- › Reenviar sem corrigir.
- › Deixar a recuperação para depois do fechamento.
- › Tratar a rejeição só na conta, sem devolver a causa à origem.
- › Perder o prazo de reapresentação — a perda passa a ser definitiva.

POP-FAT-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

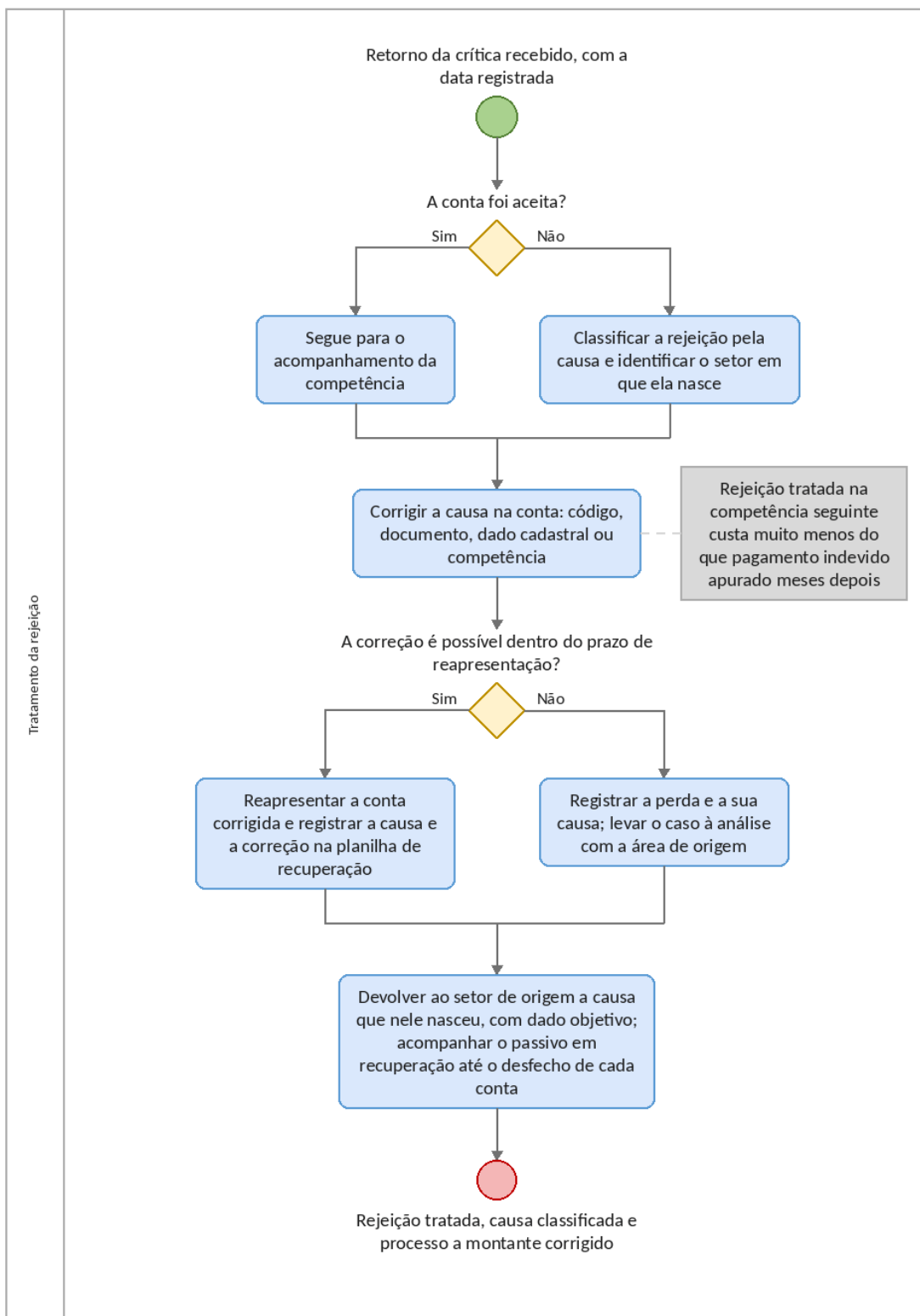
- › Retorno da crítica, com data de recebimento.
- › Rejeições classificadas por causa e por setor de origem.
- › Correção realizada e data da reapresentação.
- › Passivo de contas em recuperação, com desfecho de cada uma.
- › Devolutivas enviadas às áreas de origem.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Toda rejeição tem causa	Classificar é o que permite corrigir a montante.
Corrigir antes de reapresentar	Reenviar igual não muda o resultado.
Prazo é definitivo	Rejeição não tratada no prazo vira perda por inércia.
Recuperação tem dono	E tempo protegido, senão não acontece.
A causa volta à origem	Sem devolutiva, o erro se repete na competência seguinte.

POP-FAT-05.5 Fluxograma

O fluxograma da rejeição separa o que é aceito do que volta, e mostra a decisão que define o desfecho: se a correção cabe dentro do prazo de reapresentação. Fora dele, a perda é definitiva e o que resta é tratar a causa a montante.

POP-FAT-05 — Crítica, rejeição e reapresentação



Referência: Termo de Referência HGNI, item 31.2; Quadro 15, indicadores 18 e 19.

POP-FAT-06. Auditoria interna de conta: prontuário confrontado com a conta

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-06.1 Quando usar

- › Antes da transmissão de toda conta dos estratos censitários.
- › Na amostra periódica dos demais estratos.
- › Sempre que a amostra revelar falha sistemática, ampliando o estrato para censitário.

POP-FAT-06.2 Fundamento

Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, que define o prontuário médico e torna obrigatória a comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. Seção 1.10 do protocolo.

! QUEM CODIFICA NÃO AUDITA
› A segunda leitura por olhos diferentes é o controle mais barato e mais eficaz contra o erro involuntário.
› A auditoria de contas exige quem saiba ler registro clínico — não se confunde com conferência administrativa de campos preenchidos.
› A auditoria que só corrige a conta trata o sintoma. A que devolve a causa à origem trata a doença — e o indicador só melhora quando a causa é tratada.
› O que ela encontra de recorrente retorna à assistência como pauta, e alimenta a comissão de revisão de prontuários.

POP-FAT-06.3 Sequência de execução

1. Definir os estratos censitários da competência: contas de maior valor, com material especial e com autorização prévia.
2. Sortear a amostra periódica dos demais estratos, em tamanho suficiente para detectar padrão.

3. Confrontar, em cada conta selecionada, o procedimento codificado com a descrição do ato no prontuário.
4. Confrontar o diagnóstico codificado com a evolução e o sumário de alta.
5. Verificar a presença dos documentos que sustentam cada item cobrado.
6. Classificar a divergência encontrada: de codificação, de documentação ou de registro clínico.
7. Corrigir a conta antes do envio, quando a divergência for de codificação ou documentação.
8. Devolver ao setor de origem a divergência que decorra de falha de registro clínico.
9. Registrar o resultado da auditoria, com o quantitativo por tipo de divergência.
10. Encaminhar as falhas recorrentes de registro à comissão de revisão de prontuários.
11. Ampliar o estrato para censitário quando a amostra revelar falha sistemática.

Estrato	Abordagem	Justificativa
Contas de maior valor	Censitária	Concentram exposição financeira
Contas com material especial	Censitária	Documentação exigida item a item
Contas com autorização prévia	Censitária	Compatibilidade entre autorizado e executado
Demais contas	Amostral periódica	Amostra suficiente para detectar padrão
Estrato com falha sistemática detectada	Censitária temporária	Até a correção do padrão

Tabela POP-FAT-06.1 — Desenho da auditoria por estrato.

✓ O QUE A AUDITORIA PRECISA ENTREGAR
› Correção da conta antes do envio.
› Devolutiva da causa ao setor que a originou.
› Classificação da divergência, para permitir análise de padrão.
› Pauta para a comissão de revisão de prontuários, com o que for recorrente.

✗ O QUE ESVAZIA A AUDITORIA
› Auditar apenas campos preenchidos, sem ler o registro clínico.
› Corrigir a conta e não devolver a causa.
› Manter a amostra quando ela já revelou falha sistemática.
› Deixar quem codificou auditar a própria codificação.

POP-FAT-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Relação das contas auditadas, por estrato e por abordagem.

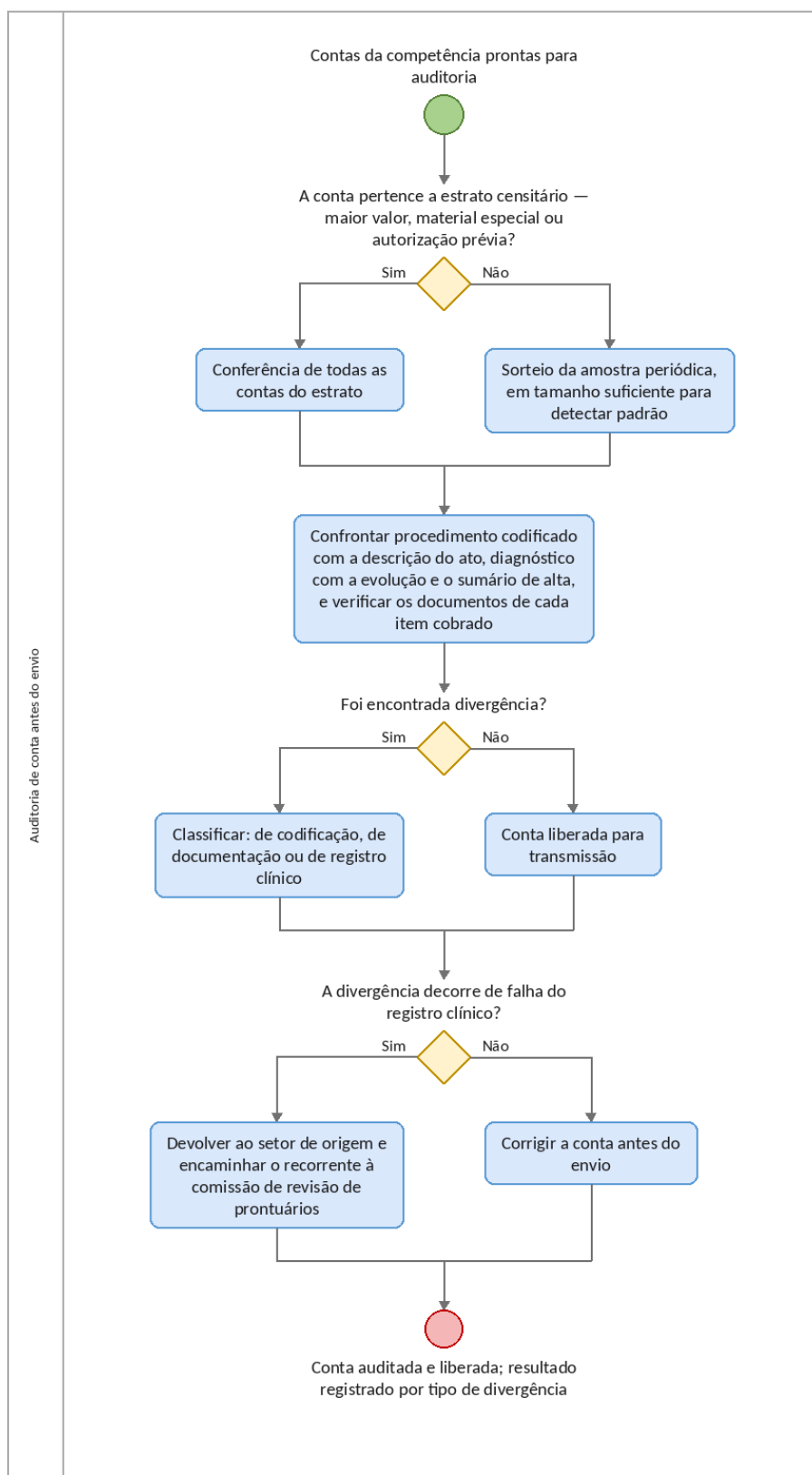
- › Divergências encontradas, classificadas por tipo.
- › Correções realizadas antes do envio.
- › Devolutivas às áreas de origem e encaminhamentos à comissão de revisão de prontuários.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Segunda leitura	Quem codifica não audita; o controle mais barato que existe.
Leitura clínica	Auditar conta exige saber ler prontuário.
Censitário onde concentra risco	Maior valor, material especial e autorização prévia.
Devolver a causa	Corrigir só a conta trata o sintoma.
Alimentar a comissão	O recorrente vira pauta institucional.

POP-FAT-06.5 Fluxograma

O fluxograma da auditoria mostra as três decisões que a organizam: o estrato, que define entre conferência censitária e amostral; a existência de divergência; e a natureza dela, que separa o que se corrige na conta do que se devolve ao registro clínico.

POP-FAT-06 — Auditoria interna: prontuário confrontado com a conta



Referência: Resolução CFM n.º 1.638/2002; Código de Ética Médica (Res. CFM n.º 2.217/2018).

POP-FAT-07. Fechamento mensal e transmissão no calendário oficial

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-07.1 Quando usar

- › No fechamento de cada competência, hospitalar e ambulatorial.
- › Na data definida pelo calendário oficial de transmissão.
- › Sempre com tempo suficiente entre o fechamento e o prazo externo para tratar pendência.

POP-FAT-07.2 Fundamento

Itens 31.2 e 31.7 do termo de referência, quanto à alimentação integral dos dados pelos sistemas oficiais de informação. Seções 1.3 e 1.4 do protocolo.

! ORGANIZAR O FECHAMENTO DE MODO A HAVER TEMPO PARA TRATAR PENDÊNCIA

- › Conta que se abre no último dia útil não tem margem para correção — e o que se ganha em prazo perde-se em rejeição.
- › Fechar com antecedência sobre o prazo oficial permite que a pendência seja tratada dentro da mesma competência, e não empurrada para a seguinte.
- › Nenhuma conta é transmitida sem passar pela auditoria nos estratos em que ela é censitária.
- › O comprovante de transmissão e o número de protocolo são guardados no momento do envio.

POP-FAT-07.3 Sequência de execução

1. Verificar, na data do fechamento interno, se todas as saídas da competência têm conta aberta.
2. Identificar nominalmente as saídas sem conta e apurar a causa de cada uma.

3. Tratar as pendências identificadas, dentro da competência sempre que possível.
4. Confirmar que as contas dos estratos censitários passaram pela auditoria interna.
5. Consolidar a produção hospitalar e a produção ambulatorial da competência.
6. Conferir o total a apresentar contra o total realizado, e registrar a diferença e a sua causa.
7. Transmitir pelos sistemas oficiais, na data do calendário.
8. Guardar o comprovante de transmissão e o número de protocolo de envio.
9. Registrar o horário da transmissão no momento em que ela ocorre.
10. Aguardar o retorno da crítica e acionar o POP-FAT-05.
11. Alimentar os indicadores da competência e submeter à análise periódica.

Conferência	O que se verifica	Providência quando não confere
Saídas × contas abertas	Toda saída da competência tem conta	Identificar nominalmente e apurar a causa de cada ausência
Auditoria dos estratos censitários	Todas passaram pela conferência	Reter a conta até a auditoria
Realizado × a apresentar	Os totais fecham	Investigar e registrar a causa da diferença
Dossiês de material especial	Todos completos	Reter a conta e acionar as áreas de origem
Cadastro do estabelecimento	Atualizado na competência	Corrigir antes do envio, sob pena de rejeição

Tabela POP-FAT-07.1 — Conferências do fechamento, antes de transmitir.

✓ O QUE O FECHAMENTO EXIGE
› Fechamento organizado com tempo para tratar pendência antes do prazo oficial.
› Identificação nominal das saídas sem conta.
› Comprovante e protocolo guardados no momento do envio.
› Horário registrado quando ocorre, nunca depois.

✗ O QUE COMPROMETE A COMPETÊNCIA
› Transmitir sem conferir saídas contra contas abertas.
› Transmitir conta de estrato censitário sem auditoria.
› Aceitar diferença entre realizado e apresentado sem apurar a causa.
› Fechar no limite do prazo, sem margem para tratar pendência.

POP-FAT-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

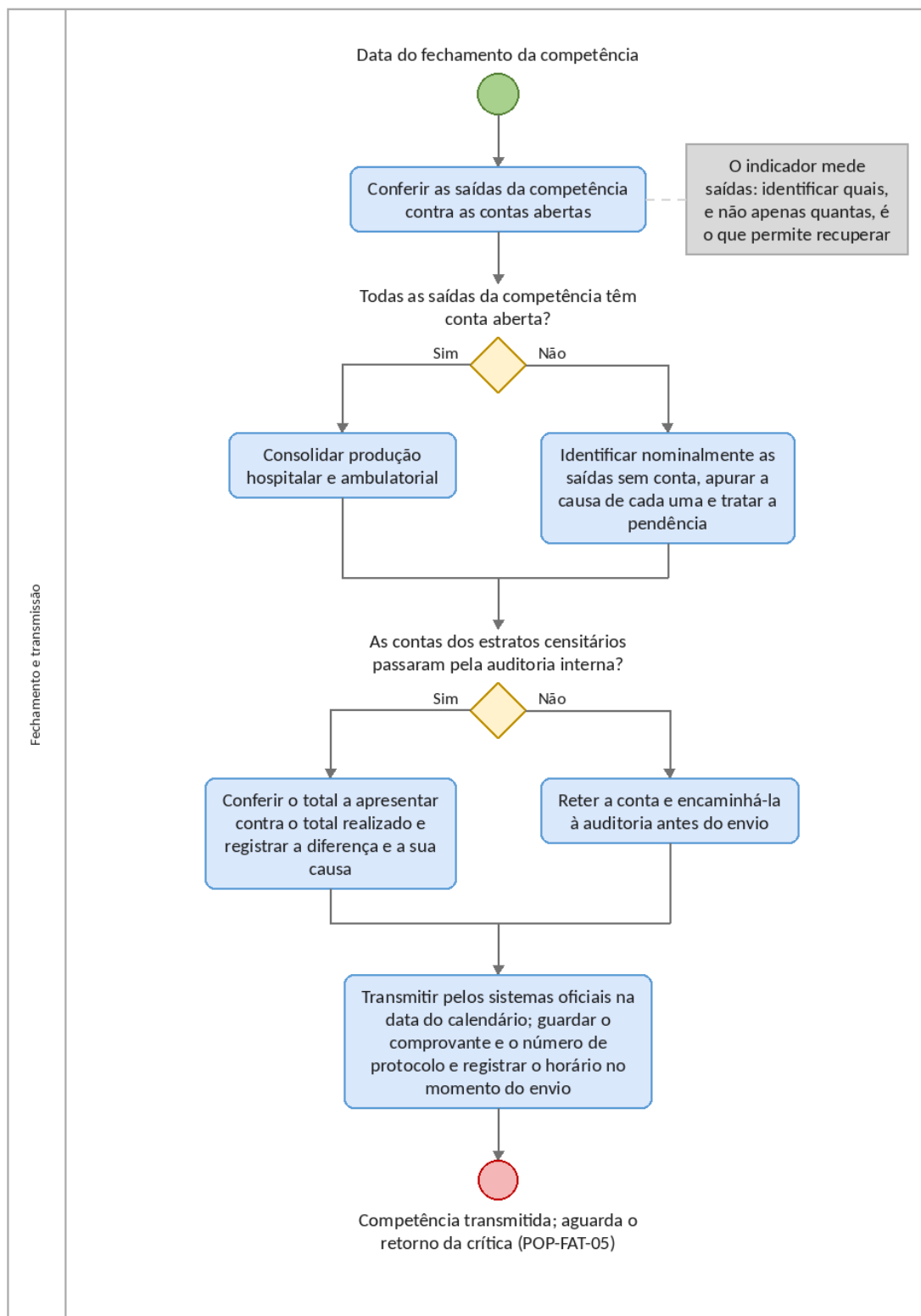
- › Conferência de saídas contra contas abertas, com as ausências identificadas nominalmente.
- › Comprovante de transmissão e número de protocolo, por competência.
- › Horário da transmissão, registrado no momento.
- › Comparativo entre realizado e apresentado, com as causas das diferenças.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Tempo para corrigir	Fechar com antecedência sobre o prazo oficial permite tratar a pendência na própria competência.
Saída sem conta é nominal	Identificar quais, não apenas quantas.
Auditoria antes do envio	É o que a conta dos estratos censitários percorre antes de ser transmitida.
Comprovante no momento	O protocolo de envio é a evidência da tempestividade.
Diferença tem causa	Realizado menos apresentado é sempre apurado.

POP-FAT-07.5 Fluxograma

O fluxograma do fechamento tem duas travas antes da transmissão: a existência de saída sem conta aberta, que exige identificação nominal e apuração de causa, e a passagem das contas censitárias pela auditoria interna.

POP-FAT-07 — Fechamento da competência e transmissão no calendário oficial



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 31.2 e 31.7; Quadro 15, indicadores 18 e 19.

POP-FAT-08. Manutenção do cadastro nacional do estabelecimento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-08.1 Quando usar

- › Periodicamente, em rotina de conferência definida pelo serviço.
- › A cada admissão, desligamento ou alteração de carga horária de profissional.
- › A cada entrada, saída ou substituição de equipamento relevante.
- › Antes de apresentar procedimento que dependa de habilitação específica.

POP-FAT-08.2 Fundamento

Item 12.12.24 do termo de referência: garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames junto ao cadastro nacional, tais como carga horária, código de ocupação, equipamentos e demais requisitos necessários. Seção 1.11 do protocolo.

! O CADASTRO É A CONDIÇÃO SILENCIOSA DE TUDO O QUE SE APRESENTA

- › Procedimento sem habilitação correspondente é rejeitado, por correto que esteja clinicamente.
- › Ocupação incompatível ou carga horária insuficiente derrubam a produção informada.
- › O efeito da desatualização aparece na competência seguinte, quando já não há correção retroativa sem retrabalho.
- › Rejeição por habilitação ou por ocupação é, quase sempre, cadastro desatualizado — e é integralmente evitável.

POP-FAT-08.3 Sequência de execução

1. Levantar periodicamente as movimentações de pessoal da competência: admissões, desligamentos e alterações de carga horária.
2. Levantar as movimentações de equipamento relevante: entradas, saídas e substituições.
3. Atualizar o cadastro do estabelecimento com as movimentações levantadas.
4. Conferir o cadastro contra a folha de pagamento e contra a escala do mês.
5. Conferir os equipamentos cadastrados contra o inventário patrimonial.
6. Conferir as habilitações vigentes contra os procedimentos que a unidade apresenta.
7. Registrar as divergências encontradas e corrigi-las.
8. Comunicar à coordenação do faturamento qualquer habilitação em vias de vencer.
9. Manter a série histórica das divergências, para distinguir problema pontual de estrutural.

O que se confere	Contra qual fonte	Rejeição que evita
Profissionais cadastrados	Folha de pagamento	Ocupação inexistente no cadastro
Carga horária registrada	Escala do mês	Produção incompatível com a carga
Código de ocupação	Registro no conselho de classe	Procedimento incompatível com a ocupação
Equipamentos cadastrados	Inventário patrimonial	Procedimento sem equipamento cadastrado
Habilitações vigentes	Procedimentos apresentados	Procedimento sem habilitação

Tabela POP-FAT-08.1 — Conferências mensais do cadastro e as suas fontes.

✓ O QUE MANTÉM O CADASTRO CONFIÁVEL
› Rotina permanente com dono, e não tarefa eventual.
› Conferência cruzada contra folha, escala e inventário.
› Alerta antecipado para habilitação em vias de vencer.
› Série histórica das divergências, para ver se o problema é estrutural.

✗ O QUE PRODUZ REJEIÇÃO EVITÁVEL
› Atualizar o cadastro só quando a rejeição aparece.
› Deixar a movimentação de pessoal sem repercussão cadastral.
› Apresentar procedimento sem verificar previamente a habilitação.
› Tratar cada divergência isoladamente, sem olhar a série.

POP-FAT-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

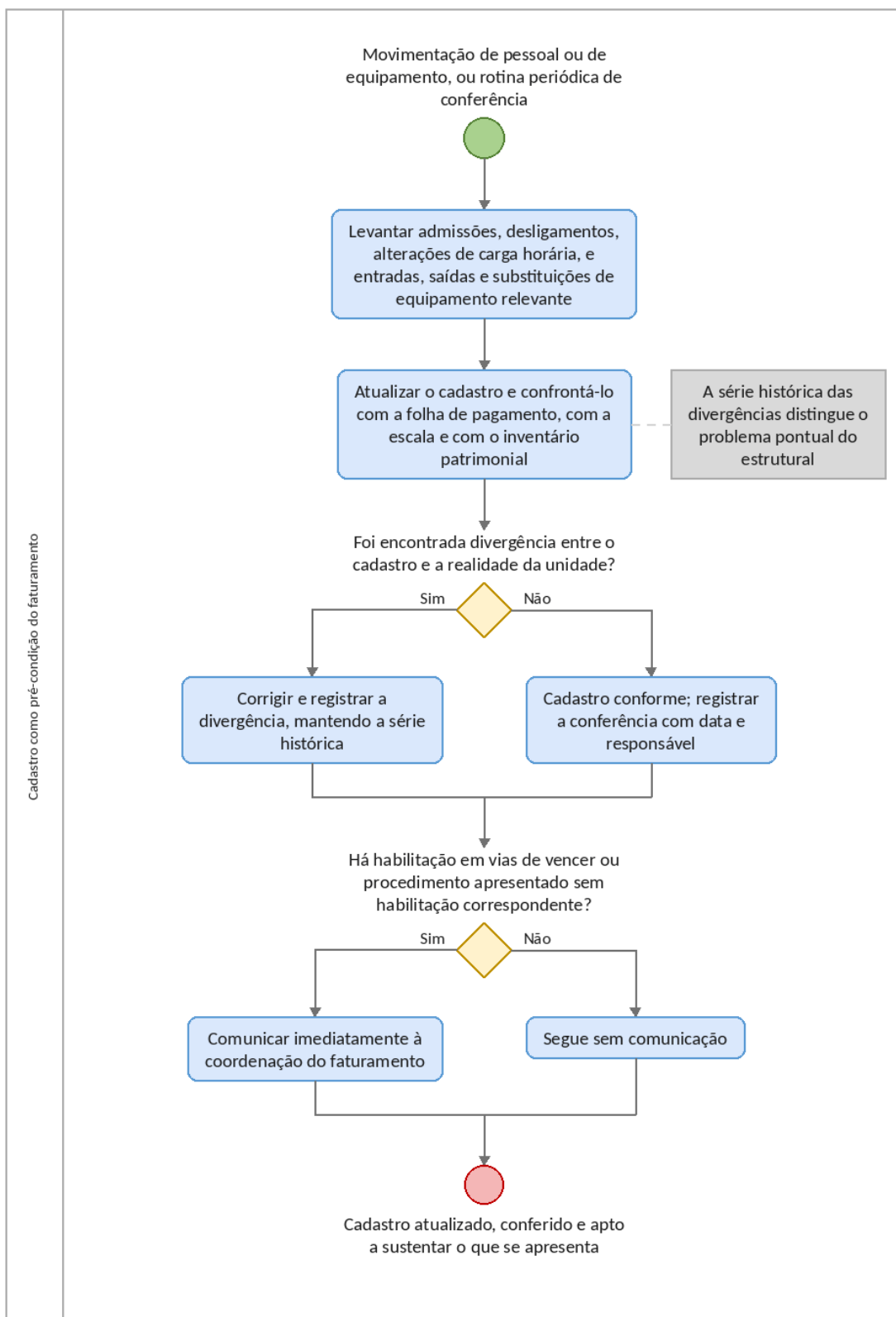
- › Conferência periódica do cadastro, com data e responsável.
- › Divergências encontradas e correções realizadas.
- › Comunicações sobre habilitação em vias de vencer.
- › Série histórica das divergências por tipo.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Pré-condição de tudo	Sem cadastro correto, o procedimento é rejeitado.
Rotina permanente	Não é tarefa eventual de setor distante.
Conferência cruzada	Folha, escala e inventário são as fontes.
Efeito é na competência seguinte	Por isso a atualização é tempestiva.
Evitável	Rejeição por habilitação ou ocupação quase sempre é cadastro vencido.

POP-FAT-08.5 Fluxograma

O fluxograma do cadastro mostra a conferência cruzada contra folha, escala e inventário, e as duas decisões que dela decorrem: o tratamento da divergência encontrada e a comunicação de habilitação em vias de vencer, que é o que evita a rejeição por falta de habilitação.

POP-FAT-08 — Manutenção do cadastro nacional do estabelecimento



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.12.24.

POP-FAT-09. Tratamento de glosa e plano de recuperação do indicador

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FAT-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 1 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FAT-09.1 Quando usar

- › No recebimento de toda glosa, parcial ou total.
- › Mensalmente, na análise do indicador de alimentação do sistema hospitalar.
- › Sempre que o indicador ficar abaixo da meta contratual.

POP-FAT-09.2 Fundamento

Quadro 15 do termo de referência, indicador 18: razão entre autorizações apresentadas no mês e saídas realizadas na unidade no mês, considerando alta, óbito e transferência, multiplicada por cem, com meta de cem por cento. Seções 1.15 e 1.16 do protocolo.

▣ O QUE O INDICADOR DIZ, LIDO PELA FÓRMULA
› Denominador: 1.648 saídas no mês de referência. Numerador: 1.556 autorizações apresentadas. Resultado: 94,4%, contra meta de 100%.
› A diferença é de 92 saídas sem autorização apresentada — não um percentual abstrato, mas 92 episódios de internação que ocorreram e não foram apresentados.
› O plano de recuperação atua sobre essas 92, identificadas nominalmente, por setor de origem e por causa. Não sobre a média.
› O indicador ambulatorial está em 110,4%, acima da meta. Os dois não estão no mesmo estado e não recebem o mesmo tratamento.

POP-FAT-09.3 Sequência de execução

1. Receber a glosa e registrar a data do recebimento.

2. Classificar a glosa: técnica, quando decorre de incompatibilidade ou código indevido; documental, quando falta documento que sustente a cobrança; ou de mérito, quando se discute a pertinência do que foi feito.
3. Decidir, tecnicamente, entre recorrer e acatar, e registrar a decisão com a sua fundamentação.
4. Recorrendo, montar a defesa com o documento que sustenta a cobrança e protocolar no prazo.
5. Acatando, corrigir a causa na origem para que a glosa não se repita.
6. Apurar mensalmente o indicador de alimentação do sistema hospitalar pela fórmula contratual.
7. Identificar nominalmente as saídas sem autorização apresentada na competência.
8. Classificar cada uma pela causa e pelo setor de origem.
9. Definir a providência para cada causa, com dono e prazo.
10. Levar o plano à análise periódica com as áreas de origem e acompanhar a série do indicador.
11. Registrar a evolução do indicador e o desfecho de cada saída identificada.

Espécie	O que a caracteriza	Tratamento
Técnica	Incompatibilidade, código indevido ou procedimento sem habilitação	Corrigir a codificação ou o cadastro e recorrer quando houver respaldo
Documental	Falta documento que sustente a cobrança	Reunir o documento e recorrer; corrigir o processo que deixou de produzi-lo
De mérito	Discute-se a pertinência do que foi realizado	Defesa técnica com o registro clínico; envolver a direção técnica

Tabela POP-FAT-09.1 — Espécies de glosa e o tratamento de cada uma.

✓ O QUE FAZ O INDICADOR SUBIR

- › Identificar nominalmente as saídas sem conta, não apenas contar quantas.
- › Classificar por causa e por origem, porque a providência muda conforme a causa.
- › Providência com dono e prazo para cada causa.
- › Análise com as áreas de origem, e não isolada dentro do faturamento.

✗ O QUE MANTÉM O INDICADOR PARADO

- › Tratar o percentual em vez dos episódios que o compõem.
- › Acatar a glosa sem corrigir a causa — ela retorna na competência seguinte.
- › Recorrer sem documento que sustente a cobrança.
- › Analisar o indicador só dentro do faturamento, quando a causa nasce fora dele.

POP-FAT-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

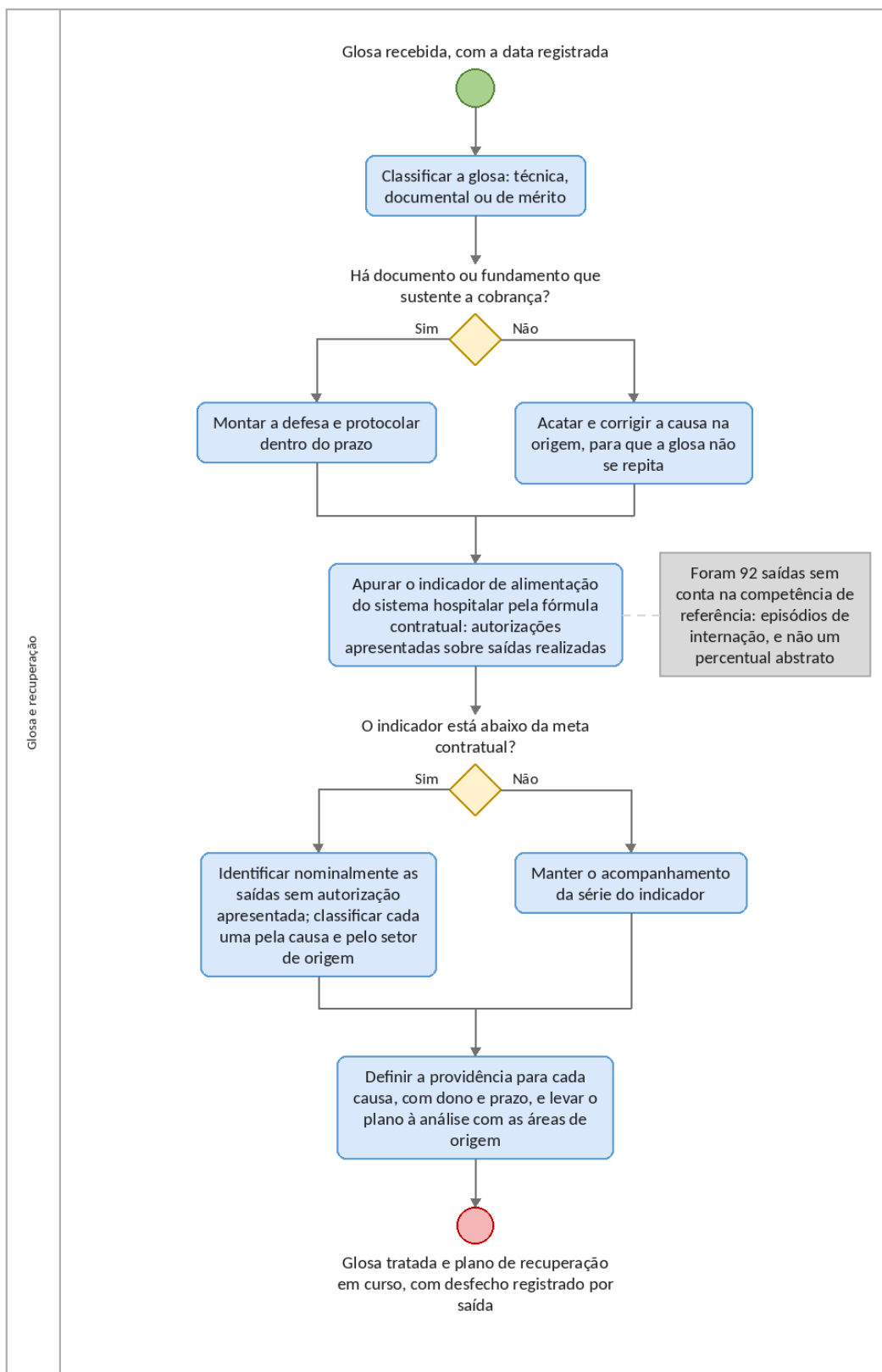
- › Glosas recebidas, classificadas por espécie, com a decisão entre recorrer e acatar.
- › Defesas protocoladas e o seu desfecho.
- › Saídas sem autorização apresentada, identificadas nominalmente por competência.
- › Plano de recuperação, com causa, providência, dono e prazo.
- › Série mensal do indicador e o desfecho de cada saída identificada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
São 92 episódios	1.648 saídas, 1.556 apresentadas. O plano atua sobre a diferença nominal.
Glosa tem espécie	Técnica, documental ou de mérito — o tratamento muda.
Acatar sem corrigir	Faz a mesma glosa retornar na competência seguinte.
A causa nasce fora	Por isso a análise é conjunta com as áreas de origem.
Os dois indicadores diferem	O hospitalar está abaixo da meta; o ambulatorial, acima.

POP-FAT-09.5 Fluxograma

O fluxograma da glosa mostra a decisão entre recorrer e acatar, que é técnica e registrada, e a decisão seguinte, que só se abre quando o indicador está abaixo da meta: identificar nominalmente as saídas sem conta e tratar cada causa com dono e prazo.

POP-FAT-09 — Glosa e plano de recuperação do indicador



Referência: Termo de Referência HGNI, Quadro 15, indicadores 18 e 19.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a guarda de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SIGTAP — Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/>. Acesso em: 3 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 3 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 3 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Arquivo Clínico, Prontuário e Gestão do Acervo

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

2.1 Âmbito e finalidade.....	85
2.2 Base normativa.....	86
2.3 O acervo recebido: diagnóstico, inventário e pendências herdadas	87
2.4 Organização do serviço e o fluxo do prontuário	88
2.5 Identificação única e prevenção de duplicidade cadastral.....	88
2.6 Montagem, ordenação e conferência após a alta.....	89
2.7 Guarda, empréstimo, devolução e rastreabilidade	90
2.8 Acesso ao prontuário e fornecimento de cópia	90
2.9 Digitalização e eliminação do papel: o que a norma efetivamente autoriza	91
2.10 Temporalidade e a comissão permanente de avaliação de documentos	92
2.11 Sumário de alta e envio à rede nacional de dados em saúde.....	93
2.12 Contingência do prontuário eletrônico.....	94
2.13 Atribuições e responsabilidades das equipes	95
2.14 Interface com o faturamento e com a assistência	96
2.15 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	96
2.16 Tratamento da não conformidade.....	97
2.17 Indicadores e monitoramento	98
2.18 Revisão, versão e governança do protocolo.....	99
2.19 Fluxograma	100

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	104
POP-SAME-01 Abertura, identificação única e prevenção de duplicidade cadastral.....	105
POP-SAME-02 Recebimento, conferência e montagem do prontuário pós-alta	110
POP-SAME-03 Indexação, guarda, empréstimo e devolução	114
POP-SAME-04 Fornecimento de cópia do prontuário ao titular, ao juízo, à perícia e à pesquisa.....	118
POP-SAME-05 Digitalização do prontuário e eliminação do papel	122
POP-SAME-06 Tabela de temporalidade e comissão permanente de avaliação de documentos	127
POP-SAME-07 Emissão do sumário de internação e alta e envio à rede nacional de dados em saúde	132
POP-SAME-08 Contingência do prontuário eletrônico e operação em papel	137
POP-SAME-09 Devolutiva de pendência documental ao faturamento e às áreas de origem	142
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	147

Protocolo 2. Arquivo Clínico, Prontuário e Gestão do Acervo

2.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade abre, compõe, guarda, disponibiliza e destina o prontuário do paciente. Governa o percurso que começa na identificação do usuário na admissão e termina na destinação final do documento — a permanência em guarda, o recolhimento do que tem valor secundário ou a eliminação autorizada. Alcança o prontuário em papel e o prontuário eletrônico, o acervo corrente e o acervo intermediário, e todos os setores que produzem documento destinado a integrar o registro do episódio.

A finalidade é dupla, e as duas metades não se separam. O prontuário é, primeiro, instrumento do cuidado: é nele que a equipe do turno seguinte lê o que aconteceu no anterior, e é dele que depende a continuidade da assistência dentro e fora da unidade. É, depois, prova — do que se fez, de quem fez e de quando se fez —, e por isso sustenta a prestação de contas, a defesa da instituição e do profissional, a apresentação da produção e o direito do paciente à informação sobre a própria saúde. Arquivo que demora a entregar compromete a primeira finalidade; arquivo que perde o documento compromete as duas.

Duas premissas organizam o protocolo inteiro. A primeira é que o prontuário pertence ao paciente e a guarda é dever da instituição: essa distinção separa o dever de conservar do dever de fornecer, e decide, sozinha, a maior parte das dúvidas sobre acesso e cópia. A segunda é que o arquivo de prontuários de usuário é serviço de apoio já existente na unidade, que a organização assume em funcionamento — de modo que o ponto de partida não é a criação do serviço, e sim o diagnóstico do acervo recebido e a regularização ordenada das pendências que vierem com ele.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de arquivo clínico e gestão do prontuário observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

2.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em cinco camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que situa o arquivo entre os serviços de apoio da unidade, fixa a fonte do registro, exige o sumário de internação e alta e determina os requisitos do sistema que recebe o prontuário eletrônico. A segunda é a da regulação profissional, que define o que é prontuário e o que a instituição pode fazer com o documento digitalizado. A terceira é a da legislação de digitalização e guarda. A quarta é a legislação arquivística, que governa a destinação de documento público. A quinta é a da proteção de dados pessoais, que condiciona todo acesso ao registro.

Na camada da regulação profissional, a Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, define o prontuário como o documento único constituído das informações referentes à assistência prestada, relaciona o conteúdo que o integra e torna obrigatória a comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. A Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, aprova as normas técnicas de digitalização e de uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário, condiciona a eliminação do papel ao atendimento integral do nível de garantia de segurança 2 e fixa o prazo mínimo de vinte anos, a contar do último registro, para a preservação do prontuário em papel.

Na camada da digitalização e da guarda, a Lei n.º 13.787, de 2018, disciplina a digitalização e o armazenamento eletrônico do prontuário e admite, no seu art. 3º, a eliminação dos documentos originais digitalizados na forma que ela própria estabelece, ressalvados os de valor histórico, cuja preservação observa a legislação arquivística. Na camada arquivística, a Lei n.º 8.159, de 1991, determina no art. 9º que a eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público se realize mediante autorização da instituição arquivística pública na sua específica esfera de competência, e a Resolução CONARQ n.º 22, de 2005, fixa as diretrizes de avaliação de documentos em instituições de saúde. Na camada da proteção de dados, a Lei n.º 13.709, de 2018, admite no art. 11, inciso II, alínea f, o tratamento de dado pessoal sensível para tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais ou serviços de saúde.

Na camada contratual, os dispositivos conferidos e efetivamente utilizados são os que a tabela adiante relaciona. Uma precisão merece registro expresse, porque a sua ausência produziria citação frágil. O item 34 do termo de referência institui o plano de contingência administrativa e

assistencial da parceria, aplicável às hipóteses de desvio de recursos, de falta contratual grave, de rescisão unilateral e de medidas judiciais que comprometam a capacidade operacional da entidade — matéria de continuidade da parceria, e não de indisponibilidade do prontuário eletrônico. Por isso a seção 2.12 não o invoca: ancora-se no item 12.32.11, que trata da rede redundante como plano de contingência e alta disponibilidade. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
Item 8.7.17.1	Relaciona o Arquivo de Prontuários de Usuário entre os serviços de apoio com que o hospital conta	2.3
Itens 12.12.19 e 12.12.21	Documentação de identificação solicitada ao usuário ou ao representante legal, e emissão do cartão nacional pelo sistema integrado ao barramento do cadastro nacional	2.5
Item 12.12.20	Fornecer ao usuário o sumário de internação e alta	2.11
Item 12.14.3, alíneas h e p	Instâncias obrigatórias, entre elas a Comissão de Revisão de Prontuários e a Comissão de Documentação Médica e Estatística	2.10
Itens 12.32.4.6 e 12.32.4.7	Geração da documentação de resumo de alta e de atendimento, e cumprimento dos requisitos dos níveis de garantia de segurança 1 e 2	2.9 e 2.11
Itens 12.32.11 e 12.32.16	Rede redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, sem pontos únicos de falha, e prontuário eletrônico com assinatura por certificado digital	2.12
Itens 12.35.4.1 e 12.35.24	Relatório mensal de auditoria interna de prontuários com o índice de conformidade dos sumários, e observância da proteção de dados no tratamento em meio físico e digital	2.8 e 2.17
Itens 31.2 e 31.7, e Quadro 15	Fonte dos registros no prontuário eletrônico, alimentação integral dos sistemas oficiais e os indicadores 18 e 19	2.14 e 2.17

Tabela 2.1 — Os dispositivos do instrumento contratual conferidos no texto e a seção deste protocolo que cada um sustenta.

2.3 O acervo recebido: diagnóstico, inventário e pendências herdadas

O instrumento contratual relaciona o arquivo de prontuários de usuário entre os serviços de apoio com que o Hospital Geral de Nova Iguaçu conta. A consequência dessa formulação organiza esta seção inteira: o serviço existe e está em operação, e o que a organização faz ao assumir a gestão é receber um acervo em funcionamento, com a sua história, o seu arranjo e as suas pendências. Assumir um arquivo não é o mesmo que instalá-lo, e a diferença aparece já no primeiro dia: há documento em guarda, há prontuário emprestado desde antes, há série documental cuja temporalidade corre há anos.

O diagnóstico do acervo recebido tem quatro objetos. O primeiro é o volume e a distribuição por fase — quanto está em uso corrente, quanto já é de consulta eventual e quanto se aproxima do término do prazo de guarda. O segundo é o estado de conservação e as condições do ambiente em que o acervo está guardado, porque documento deteriorado é documento perdido em prazo previsível. O terceiro é a qualidade da indexação: se o identificador é único por usuário, se a localização registrada corresponde à física e se há registro de duplicidade cadastral.

O quarto é a situação dos prontuários fora do arquivo, com a relação dos que estão emprestados e a data em que saíram.

Do diagnóstico decorre o inventário, que é o documento de referência de toda a gestão posterior. Ele confronta o que o índice registra com o que o acervo contém, por estratos definidos segundo o risco: censitário nos conjuntos de maior exposição — prontuários com processo judicial em curso, com pedido de cópia pendente ou em fase de avaliação documental — e por amostra suficiente para detectar padrão nos demais. Divergência encontrada é registrada com a sua descrição, e não apenas contada, porque é a descrição que permite distinguir o erro de indexação da ausência efetiva do documento.

As pendências herdadas são tratadas por plano com responsável por função e ordem de prioridade declarada, e a prioridade é assistencial: primeiro o que está em uso ou pode vir a ser requisitado para o cuidado, depois o que responde a demanda externa com prazo, por último o que aguarda avaliação documental. Registrar o estado inicial do acervo tem finalidade que ultrapassa a organização do trabalho: separa com clareza o que foi recebido do que se produziu sob a nova gestão, e essa separação protege tanto a contratante quanto a organização quando, anos depois, alguém precisar saber de onde veio uma lacuna.

2.4 Organização do serviço e o fluxo do prontuário

O arquivo clínico organiza-se em três frentes que operam simultaneamente e que não devem ser confundidas, porque têm ritmos e exigências distintas. A primeira é o atendimento corrente: receber o prontuário do episódio encerrado, conferi-lo, montá-lo, atender às requisições de empréstimo e às solicitações de cópia. A segunda é a gestão do acervo: indexar, conservar, transferir de fase, digitalizar e manter a correspondência entre o que o índice diz e o que a estante contém. A terceira é a destinação: aplicar a tabela de temporalidade, instruir a avaliação documental e conduzir o que dela decorre.

Separar as três importa por uma razão prática. O atendimento corrente é urgente por natureza — há sempre alguém esperando um prontuário — e consome a atenção da equipe até o fim do expediente. Quando a gestão do acervo e a destinação não têm alocação própria, simplesmente não acontecem: a indexação envelhece, a divergência entre índice e estante cresce em silêncio e o acervo se expande sem que nenhum conjunto seja jamais avaliado. Por isso as duas frentes de fundo têm responsável nomeado por função e tempo protegido na organização do trabalho, e não são tratadas como sobra do que restar depois do atendimento.

O fluxo do documento é linear e tem dois pontos de retorno. O prontuário do episódio encerrado chega ao arquivo; se estiver incompleto, a pendência retorna ao setor de origem por escrito, e o prontuário permanece em situação controlada até a regularização — esse é o primeiro retorno. Completo, é ordenado, numerado, indexado e guardado. Dali sai por empréstimo, sempre com registro, e volta com conferência; divergência encontrada na devolução reabre o percurso como não conformidade — esse é o segundo retorno. Cumprido o prazo de guarda, o conjunto segue para avaliação documental e recebe destinação. Nenhum prontuário deixa o circuito sem desfecho registrado.

2.5 Identificação única e prevenção de duplicidade cadastral

A regra fundadora do arquivo clínico é que a cada usuário corresponde um prontuário, e a um só. A resolução que define o prontuário o faz precisamente nesses termos: documento único, constituído das informações referentes à assistência prestada ao paciente. Duplicidade cadastral não é imperfeição administrativa: é fragmentação da história clínica. O profissional que consulta um dos registros lê metade do que existe e decide sobre a metade que leu, sem saber que a outra existe — e é essa a razão pela qual a prevenção da duplicidade é tratada aqui como questão de segurança do paciente, e não de arrumação de cadastro.

A prevenção acontece no ponto de abertura, que é a admissão. Antes de abrir registro novo, a busca é feita por mais de uma chave, porque cada chave falha de um jeito conhecido: o número do cartão nacional de saúde falha quando o usuário chega sem o cartão em mãos; o nome falha por variação de grafia, ordem de sobrenomes e uso de nome social; a data de nascimento falha por dígito trocado na digitação. Buscar por três chaves e testar variações de grafia antes de concluir pela abertura é o que transforma a abertura em último recurso, e não no primeiro movimento de quem tem uma fila à frente.

O instrumento contratual reforça o mecanismo em dois pontos. Determina a emissão do cartão nacional de saúde preferencialmente pelo sistema de registro eletrônico integrado ao barramento do cadastro nacional, o que ancora a identificação numa base externa e reduz a criação de identificadores paralelos. E determina que se solicite ao paciente, ou ao seu representante legal, a documentação de identificação, na forma do fluxo estabelecido pela contratante. O usuário que chegar sem documentação no momento é atendido e registrado, e a regularização do cadastro é acompanhada até a conclusão — o registro se ajusta ao usuário, e nunca o atendimento à pendência documental.

Identificada a duplicidade, a correção é a unificação, e não a abertura de um terceiro registro que some os dois. O conteúdo migra para o registro remanescente, o registro absorvido é bloqueado para novos lançamentos e mantém referência cruzada ao remanescente, e a operação inteira é registrada com data, responsável por função e os identificadores de origem e de destino. A série das duplicidades identificadas retorna ao ponto de cadastro em que elas nascem, porque corrigir o registro sem corrigir a prática de abertura garante que a próxima duplicidade já esteja a caminho.

2.6 Montagem, ordenação e conferência após a alta

A saída do paciente — alta, óbito ou transferência — é o momento em que o episódio se encerra e o prontuário se consolida. É também o momento de maior risco de perda documental, porque as peças do episódio estão dispersas entre os setores que as produziram e cada dia que passa afasta o documento do lugar a que ele pertence. Por isso a conferência pós-alta é a etapa mais determinante do protocolo: o que não é recolhido aqui passa a ser procurado em três lugares, e raramente é encontrado no primeiro.

A conferência é feita contra o rol do que o episódio deveria ter produzido, levantado no sistema, e não contra o que a pasta trouxe. A distinção é decisiva e não é sutil: conferir o que veio confirma apenas o que veio, e a ausência que interessa é justamente a que não se anuncia. O rol

reúne a identificação e os dados do cadastro, a anamnese, o exame físico e a evolução, a prescrição e as folhas de controle da enfermagem, a descrição do ato cirúrgico ou do procedimento realizado, os laudos e os resultados de exames, o sumário de internação e alta e, quando for o caso, a declaração de óbito. De cada peça se verifica não apenas a presença, mas a legibilidade e a identificação do profissional responsável — registro de autoria indeterminada é registro que não sustenta nada.

Encontrada pendência, ela é classificada por tipo de documento e por setor de origem, devolvida por escrito e acompanhada até a regularização, na forma da seção 2.14. O prontuário permanece em situação controlada enquanto a pendência estiver aberta, e não é arquivado como completo: arquivar prontuário incompleto como se completo fosse é a maneira mais eficiente de garantir que a lacuna só apareça anos depois, diante de uma requisição judicial. Estando completo, o prontuário é ordenado na sequência padronizada adotada pelo serviço, para que qualquer consulente encontre a mesma peça no mesmo lugar, tem as folhas do episódio numeradas com o total registrado — o que torna detectável a subtração de folha — e é indexado pelo identificador único do usuário.

2.7 Guarda, empréstimo, devolução e rastreabilidade

A guarda tem duas dimensões que costumam ser confundidas: conservar e localizar. Conservar é proteger o suporte — do calor, da umidade, da luz direta, do agente biológico e do sinistro —, e o acervo é mantido em ambiente adequado a essa finalidade, com atenção particular aos conjuntos cujo estado de conservação o diagnóstico inicial tenha apontado como frágil. Localizar é saber, a qualquer momento, onde está cada prontuário: na posição indexada, com determinada função requisitante, na frente de digitalização ou retido por pendência. Um acervo bem conservado e mal localizado é, na prática, um acervo indisponível.

A rastreabilidade se constrói com um mecanismo simples e uniforme: toda saída do arquivo é registrada com requisitante, função, finalidade declarada, data, hora e prazo de devolução acordado, e no lugar físico do prontuário fica a guia de saída, de modo que a busca na estante encontre informação em vez de um vazio. O registro não é formalidade: é o que permite responder de imediato onde está um prontuário requisitado com urgência, e é o que transforma a busca por dedução — quem terá pegado? — em consulta a um dado.

A finalidade declarada tem duas funções. A primeira é de prioridade: a requisição assistencial precede as demais na fila, porque o prontuário serve primeiro ao cuidado. A segunda é de legitimidade: o acesso ao prontuário é acesso a dado pessoal sensível, e o instrumento contratual determina que todo tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários, em meio físico ou digital, observe a legislação de proteção de dados, com protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso. Requisição sem finalidade declarada ou de função não autorizada é devolvida para complementação.

A devolução fecha o ciclo e é conferida, não apenas recebida. Confere-se a integridade do conjunto e o total de folhas contra o que foi registrado na saída, e a divergência encontrada é tratada como não conformidade, na forma da seção 2.16. Os prontuários que ultrapassarem o prazo de devolução acordado são objeto de cobrança registrada à função requisitante. No documento eletrônico o mecanismo equivalente é o registro de acesso por perfil — quem

consultou o quê e quando —, que cumpre a mesma função de rastreabilidade que a guia de saída cumpre no papel.

2.8 Acesso ao prontuário e fornecimento de cópia

Todas as dúvidas desta seção se resolvem pela premissa enunciada no início do protocolo: o prontuário pertence ao paciente e a guarda é dever da instituição. Daí decorre a regra central do acesso: ao titular não se nega cópia do próprio prontuário, e o que se confere diante do seu pedido é a identidade de quem pede, não o mérito do pedido. O titular não precisa justificar por que quer o próprio registro, e exigir justificativa converte um direito em favor.

Ao terceiro a regra é a inversa, e pela mesma razão: como o documento é do paciente, quem não é o paciente precisa de título que legitime o acesso, e esse título é sempre escrito. São eles a representação legal comprovada, a ordem judicial, a requisição de autoridade competente no exercício de atribuição legal, a nomeação ou designação pericial e o projeto de pesquisa aprovado por comitê de ética, com termo de compromisso do pesquisador. A base legal do tratamento apoia-se na legislação de proteção de dados, que admite o tratamento de dado pessoal sensível, sem consentimento, para tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais ou serviços de saúde, e o sigilo profissional permanece como limite aplicável ao conteúdo clínico.

Em ordem judicial, o alcance da entrega é exatamente o que o ofício determina, sem ampliação nem restrição: entregar menos frustra a determinação, e entregar mais expõe informação que não foi requisitada. Em perícia, entrega-se o conjunto necessário ao objeto da perícia. Em pesquisa, apenas o conjunto autorizado pelo comitê de ética e na forma aprovada. Persistindo dúvida sobre a legitimidade do requerente, a decisão é submetida à direção técnica antes de qualquer entrega, e tanto a submissão quanto a decisão são registradas — a dúvida que sobe é resolvida uma vez, e a que não sobe é resolvida por quem está no balcão, sozinho e sem respaldo.

Toda entrega é registrada: quem pediu, em que qualidade, o que se entregou, quando e a que título, com recibo assinado por quem recebeu. O registro do fornecimento protege as duas partes — o titular, porque documenta o atendimento do seu direito, e a instituição, porque demonstra que o acesso ocorreu na hipótese que o autorizava. O conjunto desses registros forma o dossiê de fornecimentos, organizado por competência, e é ele que responde, com objetividade, a qualquer questionamento posterior sobre quem teve acesso a que registro.

2.9 Digitalização e eliminação do papel: o que a norma efetivamente autoriza

Esta é a seção em que a leitura apressada da norma produz o erro mais caro do arquivo clínico, e por isso ela é escrita dispositivo a dispositivo. A afirmação corrente de que o prontuário digitalizado pode ser descartado é incompleta em dois pontos, e cada uma das incompletudes tem consequência jurídica própria. O primeiro ponto é o nível de garantia de segurança do sistema que recebe o documento digital. O segundo é a natureza pública do acervo de uma unidade municipal.

Quanto ao primeiro, a resolução que aprova as normas técnicas de digitalização e uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário condiciona a eliminação do

papel ao atendimento integral do nível de garantia de segurança 2. O nível 1 permite o uso do sistema, mas impõe a manutenção do documento em papel — de modo que invocá-lo como autorizador da eliminação é erro verificável na própria norma. O instrumento contratual acompanha essa arquitetura ao exigir que o sistema atenda às especificações do manual de certificação para sistemas de registro eletrônico em saúde, cumprindo os requisitos dos níveis de garantia de segurança 1 e 2. A verificação do nível efetivamente atendido antecede, portanto, qualquer proposta de eliminação, e é registrada.

Quanto ao segundo ponto, a lei que disciplina a digitalização e o armazenamento eletrônico do prontuário admite, no seu art. 3º, a eliminação dos originais digitalizados na forma que ela estabelece, ressalvados os de valor histórico, cuja preservação observa a legislação arquivística. Essa ressalva é a porta pela qual entra o regime dos arquivos públicos: sendo a unidade pública municipal, o seu acervo é documento de caráter público, e a Lei n.º 8.159, de 1991, determina no art. 9º que a eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público se realize mediante autorização da instituição arquivística pública na sua específica esfera de competência. A digitalização, por si, não autoriza descartar: ela torna possível a proposta, que ainda percorre a comissão permanente de avaliação de documentos e a autorização arquivística.

A digitalização tem, ainda, finalidade que independe da eliminação e que por si já a justifica: torna o registro consultável simultaneamente por mais de um serviço, reduz o manuseio do original frágil, encurta o tempo de resposta a pedidos de cópia e protege o acervo contra o sinistro que atinja o suporte físico. Trata-la apenas como etapa preparatória do descarte empobrece o que ela entrega e desloca a atenção do que realmente importa na sua execução, que é a fidelidade da imagem ao original e a integridade do documento digital produzido. Por isso a conferência da imagem contra o original é feita folha a folha, quanto à legibilidade e à completude, antes de o documento digital ser indexado — imagem cortada, invertida ou ilegível não é cópia do registro, é a perda dele sob aparência de preservação. A cadeia que a caixa adiante descreve enuncia, dispositivo a dispositivo, as condições que precisam estar cumulativamente satisfeitas para que a eliminação do original seja regular.

▣ A CADEIA DE AUTORIZAÇÃO DA ELIMINAÇÃO, DISPOSITIVO A DISPOSITIVO

- › Nível de garantia de segurança 2 atendido integralmente: é o que a Resolução CFM n.º 1.821/2007 exige para admitir a eliminação do papel. O nível 1 autoriza o uso do sistema e impõe a manutenção do documento em papel.
- › Digitalização com integridade, autenticidade, confidencialidade e rastreabilidade, na forma da Lei n.º 13.787/2018 — condição para que o original digitalizado seja objeto de proposta de eliminação, nos termos do art. 3º.
- › Prazo mínimo de guarda cumprido: vinte anos a contar do último registro do prontuário.
- › Parecer da comissão permanente de avaliação de documentos, que examina o valor secundário e separa o que tem valor histórico ou guarda permanente.
- › Autorização escrita da instituição arquivística competente, exigida pelo art. 9º da Lei n.º 8.159/1991 para documento de caráter público. Sem ela, não há eliminação regular.

▣ A CADEIA DE AUTORIZAÇÃO DA ELIMINAÇÃO, DISPOSITIVO A DISPOSITIVO

› Execução com termo de eliminação, listagem descritiva e identificação dos responsáveis.

2.10 Temporalidade e a comissão permanente de avaliação de documentos

A temporalidade é o instrumento que permite governar um acervo que cresce todos os dias. Ela organiza os conjuntos documentais por prazo de guarda e por destinação, e o faz por conjunto, e não prontuário a prontuário — é essa agregação que torna a avaliação viável em acervo de grande volume. A tabela de temporalidade do serviço relaciona cada conjunto, o prazo que lhe é aplicável, o fundamento que fixa esse prazo e a destinação prevista ao final, e é submetida à comissão permanente de avaliação de documentos e à aprovação da instituição arquivística competente, na forma exigida para documento público.

O prazo mínimo de guarda do prontuário é de vinte anos a contar do último registro, na forma da resolução profissional que trata da preservação do prontuário e da lei que disciplina a sua digitalização e o seu armazenamento. Cumprido o prazo, o que se abre não é o descarte: é a avaliação. A distinção parece formal e é o núcleo da seção — tratar o término do prazo como autorização automática de eliminação é o segundo erro clássico desta matéria, irmão do que confunde os níveis de garantia de segurança.

Quem avalia é a comissão permanente de avaliação de documentos, que examina o valor secundário de cada conjunto — histórico, probatório, informativo ou científico — e propõe a destinação. As destinações possíveis são três: a guarda permanente, para o que tem valor secundário reconhecido; o recolhimento, na forma arquivística aplicável; e a eliminação, que é a única das três a depender de autorização da instituição arquivística competente. As diretrizes de avaliação de documentos em instituições de saúde fixadas pelo conselho nacional de arquivos orientam esse exame, e a memória das decisões da comissão é preservada inclusive quando ela recusa a eliminação proposta, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A comissão de avaliação documental não se confunde com a comissão de revisão de prontuários, e as duas convivem no mesmo protocolo com objetos distintos. A de revisão de prontuários, obrigatória pela resolução que define o prontuário e relacionada entre as instâncias obrigatórias do instrumento contratual, examina a qualidade e a completude do registro produzido — olha para o conteúdo. A de avaliação documental examina o valor e a destinação do documento cumprido o seu prazo — olha para o ciclo de vida. O instrumento contratual também relaciona entre as instâncias obrigatórias a comissão de documentação médica e estatística, cuja atuação se articula com as duas.

2.11 Sumário de alta e envio à rede nacional de dados em saúde

O sumário de internação e alta é a única peça do prontuário que sai da unidade com o paciente. Tudo o mais permanece no arquivo; ele viaja, e chega às mãos de quem vai continuar o cuidado — a unidade de atenção primária, o serviço para o qual o usuário foi transferido, o próprio usuário e a sua família. Essa singularidade define o padrão de qualidade que se lhe exige: o

sumário é escrito para um leitor que não tem o prontuário em mãos, e por isso remissão genérica ao registro interno o esvazia por completo.

O instrumento contratual trata o documento em três pontos convergentes. Determina fornecer ao usuário do hospital o sumário de internação e alta. Exige do sistema a geração de documentação de resumo de alta e de atendimento, com os dados relacionados ao episódio, para fornecimento ao usuário que solicitar ou para envio à unidade envolvida na continuidade do cuidado em caso de transferência. E exige relatório mensal de auditoria interna de prontuários que demonstre o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e alta, garantindo que a continuidade da assistência pós-hospitalar seja viabilizada por informações técnicas precisas. Os três pontos, lidos juntos, transformam o sumário em objeto de medição, e não apenas de emissão.

O conteúdo do sumário é organizado para servir a quem o recebe: a identificação do usuário e do episódio, com as datas de admissão e de saída e o motivo da saída; os diagnósticos principal e secundários documentados; os procedimentos efetivamente realizados; a evolução resumida e a condição de saída; a medicação em uso na saída, com posologia e duração, porque lista de fármacos sem posologia produz interrupção ou duplicidade terapêutica; e os encaminhamentos, retornos e exames pendentes de resultado. O documento é emitido antes de o paciente deixar a unidade, e não reconstituído depois de memória.

O envio do documento aos sistemas nacionais de informação em saúde apoia-se na política nacional de informação em saúde e na regulamentação da rede nacional de dados em saúde, e não em dispositivo do instrumento contratual, que quanto a esse ponto exige a interface do sistema de gestão com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde. A distinção é registrada porque a exigência contratual e a exigência nacional têm fundamentos diversos, ainda que converjam no mesmo resultado prático. A falha de transmissão, quando ocorrer, é registrada e a transmissão é repetida após o restabelecimento — sem que disso decorra retenção do fornecimento do documento ao usuário, que não depende do sistema para acontecer.

2.12 Contingência do prontuário eletrônico

O cuidado não para quando o sistema para, e o registro do cuidado tampouco pode parar. A contingência do prontuário eletrônico é, por isso, matéria do arquivo clínico e não apenas da área de tecnologia da informação: o que se decide aqui é como o registro continua a ser produzido, com que suporte, sob que identificação, e como ele volta ao registro eletrônico quando o sistema retorna. Um plano de contingência que trate apenas do restabelecimento técnico deixa sem resposta a pergunta que importa ao prontuário, que é o destino do que foi registrado enquanto o sistema esteve fora.

O instrumento contratual estrutura a prevenção. Determina disponibilizar rede para transmissão de dados redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, com fornecimento necessariamente por empresas diferentes, de modo a assegurar que não existam pontos únicos de falha. Determina, ainda, a responsabilidade pela implantação e manutenção dos sistemas de transmissão de dados e dos componentes de informática adequados para operar o prontuário eletrônico, e a implantação do prontuário eletrônico com assinatura por certificado digital. O item 34 do termo de referência, que institui o plano de contingência administrativa e

assistencial, trata de hipótese diversa — a continuidade da parceria — e por isso não é invocado nesta seção.

A operação em contingência assenta em um princípio que precisa ser dito com todas as letras: o registro produzido em papel durante a indisponibilidade é prontuário, com o mesmo valor probatório e as mesmas exigências de identificação do usuário, de identificação do profissional e de assinatura. Não é rascunho a ser reescrito depois, e não se descarta depois de incorporado ao meio eletrônico: permanece no prontuário do episódio. O conjunto de formulários de contingência é mantido pronto e acessível nos pontos assistenciais, para que a transição não dependa de improviso justamente no momento em que ninguém tem tempo para improvisar.

A reconciliação é fase do procedimento, e não tarefa posterior opcional. Restabelecido o sistema, o que foi registrado em papel é incorporado ao registro eletrônico com identificação expressa do período de indisponibilidade em cada lançamento, para que a cronologia do prontuário permaneça inteligível. A completude da reconciliação é conferida contra o controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade, mantido pelo arquivo clínico desde o início da ocorrência — sem esse controle, a conferência vira estimativa. A ocorrência é registrada com início, término, setores atingidos, volume de episódios e desfecho, e levada à análise periódica para tratamento da causa.

2.13 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o de que a guarda e a decisão sobre destinação não se concentram na mesma mão: quem conserva o documento não é quem decide, sozinho, que ele pode deixar de existir. Essa separação não desconfia de ninguém — reconhece apenas que a decisão de eliminar é irreversível, e que decisão irreversível pede mais de um olhar antes de ser executada.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação do arquivo clínico	Responde pelo diagnóstico e pelo inventário do acervo recebido, pela alocação entre atendimento corrente e gestão do acervo, pela análise periódica dos indicadores e pela devolutiva às áreas de origem
Responsável pela montagem e conferência	Recebe o prontuário do episódio encerrado, confere a composição contra o rol levantado no sistema, registra a pendência e a devolve por escrito ao setor de origem
Responsável pela guarda e pelo empréstimo	Indexa, conserva, registra saída e devolução com finalidade e prazo, confere a integridade na devolução e mantém a correspondência entre índice e acervo
Responsável pelo fornecimento de cópia	Confere a identidade e o título do requerente, enquadra o pedido na hipótese que o autoriza, conduz a reprodução conferida e mantém o dossiê de fornecimentos
Responsável pela digitalização	Verifica e registra o nível de garantia de segurança atendido, controla os lotes, confere a imagem contra o original e indexa o documento digital
Comissão permanente de avaliação de documentos	Examina o valor secundário dos conjuntos com prazo cumprido, propõe a destinação e instrui a proposta de eliminação encaminhada à instituição arquivística

Função	Responsabilidade neste protocolo
Comissão de revisão de prontuários	Avalia a qualidade e a completude do registro produzido e recebe as falhas recorrentes identificadas na conferência pós-alta e na auditoria de prontuários
Direção técnica	Decide as dúvidas de legitimidade no fornecimento de cópia, valida a devolutiva às equipes assistenciais e responde pela adequação entre o que se assiste e o que se registra

Tabela 2.2 — As oito funções que respondem pelo arquivo clínico e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de eliminar documento sem parecer da comissão e sem autorização arquivística; a entrega de cópia a terceiro sem título escrito que a legitime; e o arquivamento como completo de prontuário com pendência documental aberta. Nas três hipóteses o dano é de difícil reparação, e em duas delas é irreversível.

2.14 Interface com o faturamento e com a assistência

O arquivo clínico é o ponto em que a produção assistencial se converte em documento conferível, e por isso é o elo de que o faturamento mais depende. O instrumento contratual estabelece que os registros de entradas e saídas dos pacientes, e os de produção ambulatorial, tenham como fonte os sistemas de prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento pelos sistemas oficiais de informação. Essa regra tem uma consequência que atravessa os dois serviços: a conta se abre sobre prontuário completo, e a completude é apurada no arquivo.

A interface com o faturamento tem, portanto, dois sentidos. No sentido de ida, o arquivo informa que o prontuário do episódio está completo, ou devolve a pendência que impede a abertura da conta, nomeando o documento que falta e o efeito da sua ausência — pedido genérico produz retorno genérico, e a devolutiva que apenas solicita regularização não regulariza coisa alguma. No sentido de volta, a auditoria de contas devolve ao arquivo as falhas de registro que encontrou ao confrontar a conta com o prontuário, e essas falhas seguem para a assistência e para a comissão de revisão de prontuários.

A interface com a assistência tem um ponto de falha característico, e nomeá-lo é condição para tratá-lo. Quem registra escreve para o cuidado, não para o arquivo nem para a conta: descreve o que precisa que o colega do turno seguinte saiba, e não necessariamente o que sustenta o procedimento diante de um auditor. A resposta não é pedir que a assistência escreva para o arquivo. É devolver, de forma objetiva e periódica, quais elementos do registro se mostraram insuficientes e por quê, para que a melhoria seja do próprio documento clínico — que é o que serve às duas finalidades ao mesmo tempo.

A série das pendências por setor de origem é o instrumento dessa devolutiva. Ela distingue o caso isolado do padrão, e o padrão é o que se corrige: um sumário de alta ausente é uma pendência; sumários de alta sistematicamente incompletos no mesmo campo são um problema de processo, e o campo em questão indica exatamente onde ele está. A comparação dessa série com a dos indicadores de alimentação dos sistemas de informação fecha o raciocínio, porque mostra quanto do efeito medido no fim do mês nasce do documento que faltou no início dele.

2.15 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas — princípio que, num protocolo cujo objeto é justamente a guarda de documento, vale duas vezes. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — data e hora de recebimento anotadas ao fim do expediente corrompem a série, e série corrompida faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Diagnóstico e inventário do acervo recebido	Coordenação do arquivo	Dossiê da transição de gestão	Guarda permanente
Conferência da montagem pós-alta, com peças presentes e ausentes	Responsável pela montagem	Sistema de gestão e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Pendência devolvida ao setor de origem, com o retorno	Responsável pela montagem	Sistema de gestão e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Registro de empréstimo e devolução, com finalidade e prazo	Responsável pela guarda	Controle do acervo	Prazo aplicável ao documento
Dossiê de fornecimento de cópia, com pedido, título e recibo	Responsável pelo fornecimento	Dossiê de fornecimentos, por competência	Prazo aplicável ao documento
Controle dos lotes de digitalização e conferência da imagem	Responsável pela digitalização	Controle de digitalização	Enquanto perdurar o documento digital
Atas e pareceres da comissão de avaliação de documentos	Comissão de avaliação	Arquivo da comissão	Guarda permanente
Autorização arquivística, termo de eliminação e listagem descritiva	Coordenação do arquivo	Arquivo da comissão	Guarda permanente
Registro de ocorrência de contingência e da reconciliação	Coordenação do arquivo	Pasta de ocorrências	Prazo aplicável ao documento

Tabela 2.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda permanente alcança o diagnóstico do acervo recebido, as atas e pareceres da comissão e a documentação da eliminação, porque são estes os documentos que respondem, no futuro, por que o acervo tem a composição que tem. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A regra vale igualmente para o documento em papel e para o eletrônico; a documentação eletrônica observa os requisitos de integridade e rastreabilidade aplicáveis ao documento digital em saúde, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê, exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto do próprio sigilo do prontuário.

2.16 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: prontuário não localizado na posição indexada, saída sem registro, devolução com divergência de folhas, prontuário arquivado com pendência aberta, cópia

fornecida sem título que a legitimasse, duplicidade cadastral criada, documento eliminado sem a cadeia de autorização completa. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento distingue três graus, e a distinção governa a resposta. A divergência de localização — prontuário fora da posição, mas encontrado — corrige-se na hora e alimenta a série, que é o que revela se a indexação está envelhecendo. A ausência de documento no prontuário abre pendência formal, com devolutiva à origem, prazo acordado e acompanhamento até a regularização. E a não conformidade de acesso ou de destinação — cópia indevida, eliminação sem autorização — sobe imediatamente à direção técnica e à coordenação, porque tem consequência que ultrapassa o serviço e alcança o titular do dado.

O prontuário não localizado tem procedimento próprio, porque é a ocorrência que mais frequentemente se resolve mal. Ele começa pela busca sistemática nos lugares em que o documento pode estar fora da posição — frente de digitalização, setores requisitantes recentes, prontuários de identificadores próximos —, segue pela conferência do registro de empréstimo e pela verificação de duplicidade cadastral, e só então se converte em ocorrência formal. O que se registra não é apenas o desfecho: registra-se a busca realizada, para que a próxima não repita os mesmos lugares na mesma ordem sem sucesso.

Toda não conformidade encerra com desfecho declarado e com a providência sobre a causa, e a série consolidada é levada à análise periódica com as áreas envolvidas. A finalidade declarada é a correção tempestiva e a rastreabilidade: o registro existe para que a causa seja tratada onde ela nasce, e não para compor estatística de falhas alheias.

2.17 Indicadores e monitoramento

O monitoramento deste protocolo combina indicadores de origem contratual com indicadores internos que explicam os primeiros. Os contratuais são conhecidos e verificáveis: o instrumento exige relatório mensal de auditoria interna de prontuários, demonstrando o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e alta, e mede a alimentação dos sistemas oficiais de informação por dois indicadores do quadro de metas, cujos resultados publicados são de 94,4 por cento no componente hospitalar e de 110,4 por cento no componente ambulatorial. Os internos medem o que o arquivo clínico governa diretamente e que determina aqueles resultados.

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Conformidade do sumário de internação e alta	Sumários conformes ÷ sumários auditados no mês × 100	Objeto de relatório mensal	Instrumento contratual, item 12.35.4.1
Alimentação do sistema hospitalar	Autorizações apresentadas no mês ÷ saídas realizadas no mês (alta, óbito e transferência) × 100	= 100,0%	Quadro 15, indicador 18 — publicado 94,4%
Alimentação do sistema ambulatorial	Boletins e autorizações apresentados ÷ atendimentos ambulatoriais realizados × 100	≥ 100,0%	Quadro 15, indicador 19 — publicado 110,4%

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Pendência documental na conferência pós-alta	Prontuários devolvidos por pendência ÷ prontuários recebidos após a saída × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — explica os indicadores 18 e 19
Rastreabilidade do empréstimo	Devoluções conferidas e registradas ÷ empréstimos registrados × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a guarda
Atendimento de pedido de cópia	Pedidos atendidos com registro completo ÷ pedidos recebidos × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede o acesso

Tabela 2.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, meta e origem — os três primeiros de origem contratual, os três últimos internos ao serviço.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha o índice de conformidade do sumário, que é o indicador contratual próprio deste protocolo. A segunda acompanha os indicadores internos, que respondem pela qualidade da montagem, pela rastreabilidade da guarda e pela regularidade do acesso. A terceira acompanha a gestão do acervo em si: a divergência entre índice e acervo apurada nas conferências, o volume em pendência aberta e o andamento da avaliação documental dos conjuntos com prazo cumprido.

A análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do arquivo. A razão é a mesma que organiza a seção 2.14: dois dos indicadores mais importantes não pertencem ao arquivo clínico — a conformidade do sumário nasce no serviço assistente, e a pendência documental nasce nos setores que produzem as peças do episódio. Medi-los em conjunto é o que impede que cada serviço conclua que a falha foi do outro, e é o que transforma o número em pauta de correção em vez de instrumento de atribuição de responsabilidade.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

2.18 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração das normas de digitalização e guarda do prontuário, alteração das diretrizes arquivísticas de avaliação de documentos em instituições de saúde, mudança no nível de garantia de segurança atendido pelo sistema, alteração das metas ou dos indicadores contratuais, ou achado de auditoria que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, e num serviço de guarda essa divergência tem efeito material: dois critérios de ordenação convivendo no mesmo acervo tornam a busca imprevisível. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e a aderência é auditada periodicamente.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação do arquivo clínico, com validação da direção técnica quanto ao que toca o registro assistencial, da comissão permanente de avaliação de documentos quanto ao que toca a temporalidade e a destinação, e da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional, e é ela que impede que a mesma proposta retorne, anos depois, como novidade.

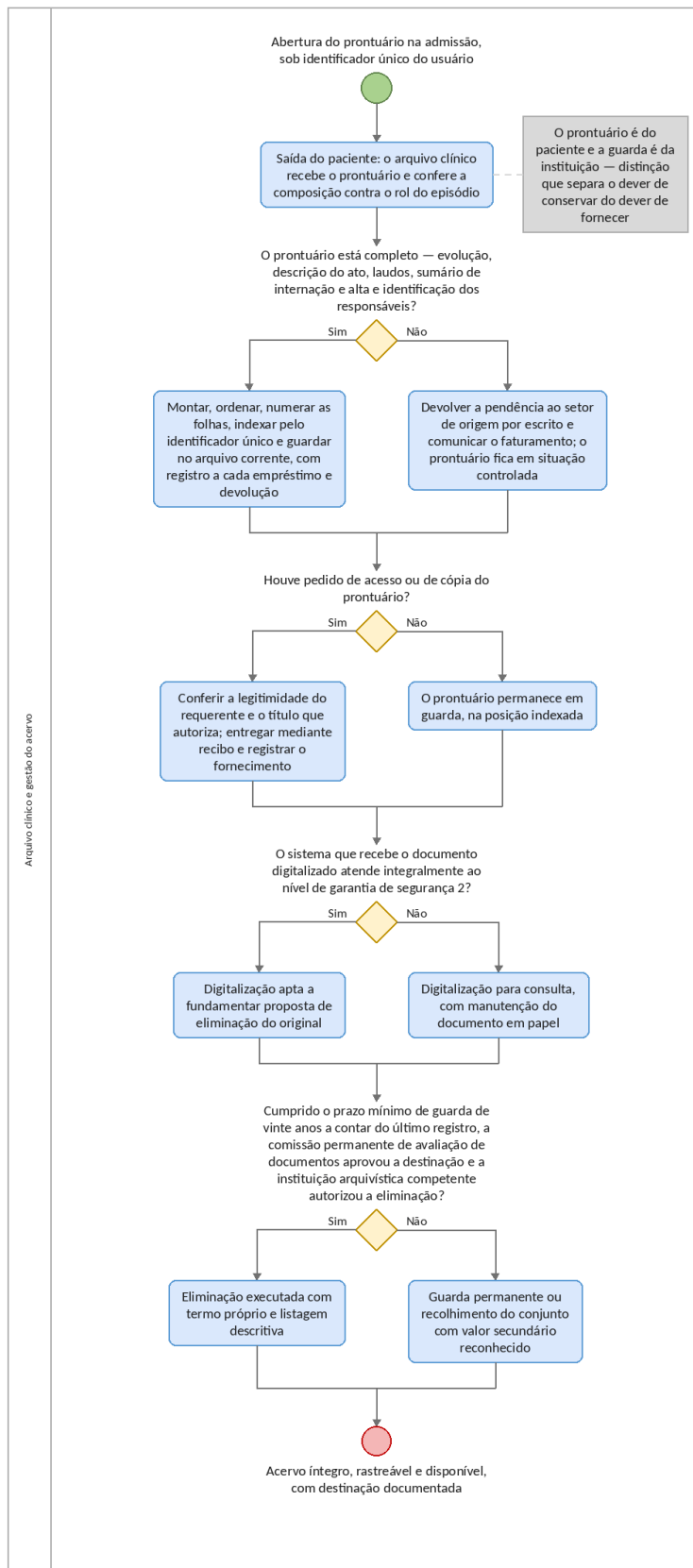
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

2.19 Fluxograma

O fluxograma percorre o ciclo inteiro do prontuário, da abertura sob identificador único à destinação documentada, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a completude do prontuário na conferência pós-alta, que decide entre indexar e devolver a pendência; o pedido de acesso ou de cópia, que aciona a verificação do título do requerente; o nível de garantia de segurança atendido pelo sistema, que separa a digitalização apta a fundamentar eliminação daquela que impõe a manutenção do papel; e a cadeia de autorização da destinação, que só admite a eliminação com parecer da comissão e autorização arquivística.

Do prontuário aberto na admissão à destinação documentada



Referência: Resolução CFM n.º 1.638/2002; Resolução CFM n.º 1.821/2007; Lei n.º 13.787/2018; Lei n.º 8.159/1991, art. 9º.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.17.1, 12.12.19, 12.12.20, 12.12.21, 12.14.3, 12.32.4.6, 12.32.4.7, 12.32.10, 12.32.11, 12.32.16, 12.35.4.1, 12.35.24, 31.2 e 31.7, e Quadro 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8159.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 22, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Rio de Janeiro: CONARQ, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 8.026, de 2025, e Rede Nacional de Dados em Saúde — RNDs. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>. Acesso em: 4 set. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde — S-RES. São Paulo: SBIS, [s.d.]. Disponível em: <https://sbis.org.br/certificacao-sbis>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cartão Nacional de Saúde — CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os nove procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 2.19 e descreve o ciclo inteiro do prontuário.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-SAME-01	Abertura, identificação única e prevenção de duplicidade cadastral	2.5
POP-SAME-02	Recebimento, conferência e montagem do prontuário pós-alta	2.6
POP-SAME-03	Indexação, guarda, empréstimo e devolução	2.7
POP-SAME-04	Fornecimento de cópia do prontuário ao titular, ao juízo, à perícia e à pesquisa	2.8
POP-SAME-05	Digitalização do prontuário e eliminação do papel	2.9
POP-SAME-06	Tabela de temporalidade e comissão permanente de avaliação de documentos	2.10
POP-SAME-07	Emissão do sumário de internação e alta e envio à rede nacional de dados em saúde	2.11
POP-SAME-08	Contingência do prontuário eletrônico e operação em papel	2.12
POP-SAME-09	Devolutiva de pendência documental ao faturamento e às áreas de origem	2.14 e 2.16

Tabela 2.5 — Os nove procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-SAME-01. Abertura, identificação única e prevenção de duplicidade cadastral

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-01.1 Quando usar

- › Na admissão de todo usuário, em qualquer porta de entrada da unidade.
- › No primeiro atendimento ambulatorial de usuário ainda sem registro na unidade.
- › Sempre que a busca cadastral retornar mais de um registro para o mesmo usuário.
- › No atendimento de usuário sem documentação de identificação, na forma do fluxo estabelecido pela contratante.

POP-SAME-01.2 Fundamento

Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, que define o prontuário como o documento único constituído de informações do paciente, referentes à assistência prestada. Item 12.12.21 do termo de referência, que determina a emissão do cartão nacional de saúde preferencialmente pelo sistema de registro eletrônico integrado ao barramento do cadastro nacional; item 12.12.19, quanto à documentação de identificação solicitada ao usuário ou ao seu representante legal. Seção 2.5 do protocolo.

! O PRONTUÁRIO É ÚNICO POR USUÁRIO, E É DESSA REGRA QUE TUDO DEPENDE

- › Prontuário duplicado fragmenta a história clínica: o profissional lê metade do que existe e decide sobre a metade que leu.
- › A duplicidade não se corrige com a abertura de um terceiro registro. Corrige-se com unificação registrada, preservando o histórico das duas fontes.
- › A busca antes da abertura é feita por mais de uma chave, porque nome se escreve de várias maneiras e data de nascimento se digita errado.

! O PRONTUÁRIO É ÚNICO POR USUÁRIO, E É DESSA REGRA QUE TUDO DEPENDE

- Usuário sem documentação de identificação no momento é atendido e registrado; a regularização do cadastro é acompanhada até a conclusão, e nunca condiciona o atendimento.

POP-SAME-01.3 Sequência de execução

1. Buscar o usuário no cadastro por, no mínimo, três chaves: número do cartão nacional de saúde, nome completo com nome da mãe e data de nascimento.
2. Repetir a busca com variações fonéticas e de grafia do nome, e com o nome da mãe isolado, antes de concluir que o usuário ainda não tem registro.
3. Encontrando registro existente, utilizá-lo — jamais abrir registro novo para usuário já cadastrado.
4. Encontrando mais de um registro para o mesmo usuário, sinalizar a duplicidade ao responsável pelo cadastro e acionar o procedimento de unificação.
5. Não encontrando registro, abrir o prontuário com o conjunto completo de dados de identificação e emitir ou conferir o cartão nacional de saúde pelo barramento do cadastro nacional.
6. Conferir a identificação com o próprio usuário ou com o seu acompanhante, lendo em voz alta o nome completo e a data de nascimento.
7. Registrar a condição de usuário sem documentação de identificação, quando for o caso, e acompanhar a regularização.
8. Vincular ao prontuário aberto a identificação de atendimento do episódio, de modo que todo documento produzido no episódio retorne ao mesmo registro.
9. Na unificação de registros duplicados, migrar o conteúdo para o registro remanescente, manter a referência cruzada ao registro absorvido e bloquear o absorvido para novos lançamentos.
10. Registrar a unificação com data, responsável e os identificadores de origem e de destino.
11. Encaminhar a série das duplicidades identificadas à coordenação, para tratamento da causa no ponto de cadastro em que ela nasce.

Chave de busca	O que ela alcança	Cuidado que exige
Cartão nacional de saúde	Registro do usuário em qualquer porta de entrada	Conferir o número contra o documento, e não de memória
Nome completo e nome da mãe	Homônimos e usuários sem cartão em mãos	Testar variações de grafia e a ordem dos sobrenomes
Data de nascimento	Homônimos de mesma filiação declarada	Dígito trocado é a causa mais comum de duplicidade

Chave de busca	O que ela alcança	Cuidado que exige
Documento de identificação civil	Usuário já atendido sob nome social ou nome alterado	Registrar a alteração no cadastro, e não em registro novo
Endereço e telefone de contato	Confirmação em caso de dúvida entre dois registros	Dado de contato confirma, mas sozinho não identifica

Tabela POP-SAME-01.1 — Chaves de busca antes de abrir registro novo e o que cada uma protege.

✓ O QUE MANTÉM A IDENTIFICAÇÃO ÚNICA
› Buscar por várias chaves antes de abrir; a abertura é o último recurso, não o primeiro.
› Conferir a identificação com o próprio usuário, em voz alta.
› Unificar o duplicado assim que identificado, com referência cruzada preservada.
› Levar a série das duplicidades ao ponto de cadastro que as origina.

✗ O QUE PRODUZ DUPLICIDADE
› Abrir registro novo porque a primeira busca não retornou resultado.
› Digitar o número do cartão de memória ou por leitura aproximada.
› Resolver a duplicidade abrindo um terceiro registro consolidado.
› Excluir o registro absorvido em vez de bloqueá-lo com referência cruzada.

POP-SAME-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Prontuário aberto, com o conjunto de dados de identificação e o cartão nacional conferido.
- › Registro das duplicidades identificadas, com data e responsável.
- › Termo de unificação, com os identificadores de origem e de destino.
- › Série das duplicidades por ponto de cadastro, para tratamento da causa.

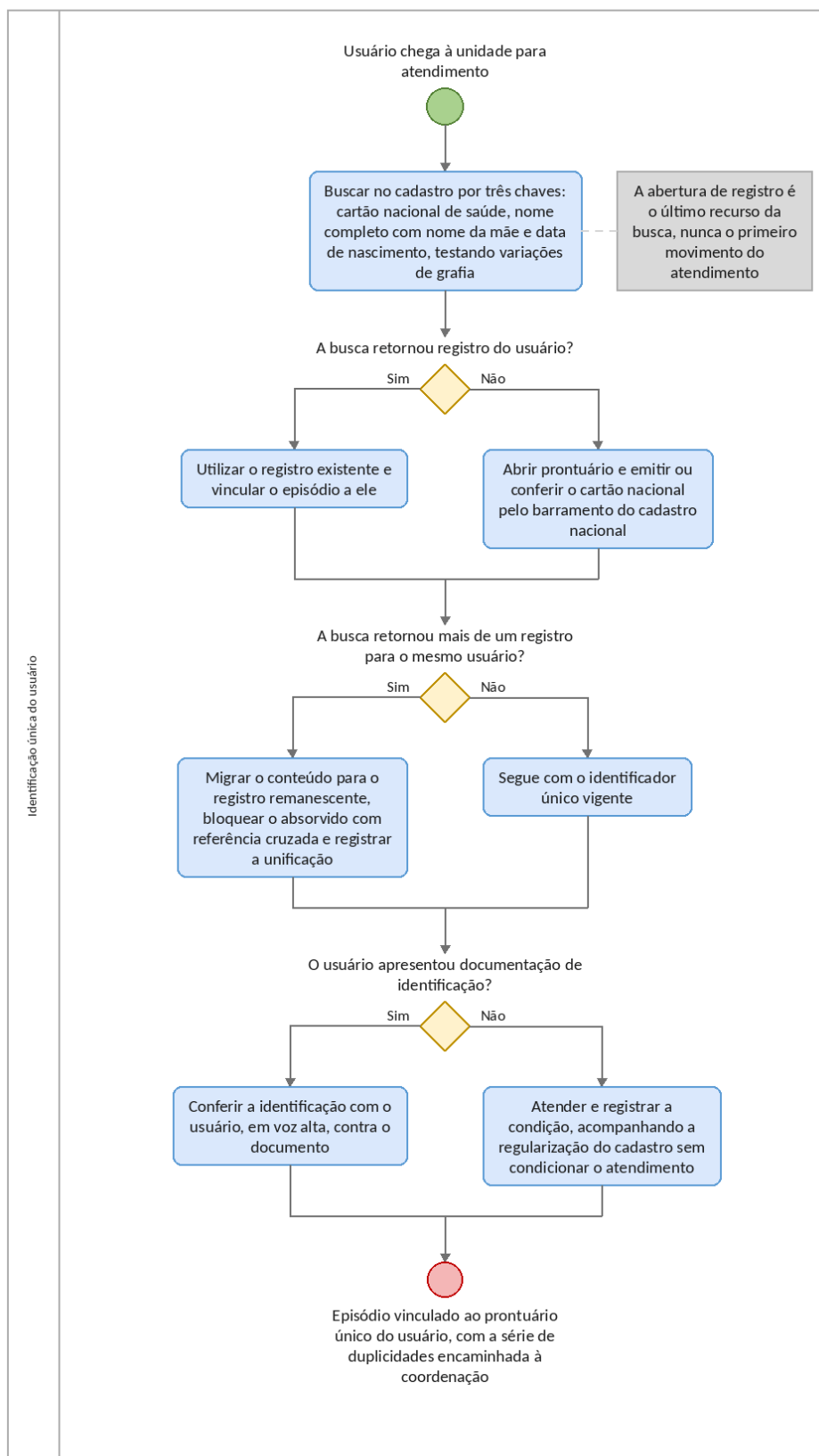
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Um usuário, um prontuário	A duplicidade fragmenta a história clínica e a decisão.
Buscar antes de abrir	Três chaves, com variações de grafia, antes de concluir pela abertura.
Unificar, não somar	O registro absorvido é bloqueado com referência cruzada, não excluído.
Conferir em voz alta	Nome completo e data de nascimento, com o usuário ou o acompanhante.
A causa está no cadastro	A série das duplicidades volta ao ponto que as produz.

POP-SAME-01.5 Fluxograma

O fluxograma da identificação tem três bifurcações que mudam o percurso: se a busca encontrou registro do usuário, o que separa a reutilização da abertura; se encontrou mais de um, o que aciona a unificação com referência cruzada; e se o usuário apresentou documentação, o

que define entre conferir de imediato e acompanhar a regularização sem condicionar o atendimento.

POP-SAME-01 — Abertura, identificação única e prevenção de duplicidade



Referência: Resolução CFM n.º 1.638/2002; Termo de Referência HGNI, itens 12.12.19 e 12.12.21.

POP-SAME-02. Recebimento, conferência e montagem do prontuário pós-alta

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-02.1 Quando usar

- › A cada saída de paciente internado — alta, óbito ou transferência.
- › No encerramento de episódio ambulatorial que produza documento destinado ao prontuário.
- › Sempre que documento avulso do episódio chegar ao arquivo depois da montagem.

POP-SAME-02.2 Fundamento

Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, que define o prontuário e relaciona o conteúdo que o integra. Item 12.12.20 do termo de referência, quanto ao fornecimento do sumário de internação e alta ao usuário; item 12.35.4.1, que exige relatório mensal de auditoria interna de prontuários com o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e alta. Seção 2.6 do protocolo.

! O QUE FALTA NA MONTAGEM NÃO APARECE DEPOIS

- › Documento produzido no episódio e não recolhido na montagem é documento que a unidade passa a procurar em três lugares, e raramente no primeiro.
- › A conferência é feita contra o rol do que o episódio deveria ter produzido, e não contra o que a pasta trouxe — conferir o que veio confirma apenas o que veio.
- › Pendência identificada é devolvida ao setor de origem com registro, e o prontuário permanece em situação controlada até o retorno.
- › O sumário de internação e alta é peça de dupla função: sustenta a continuidade do cuidado fora da unidade e é o item que o relatório mensal de auditoria de prontuários mede.

POP-SAME-02.3 Sequência de execução

1. Receber do setor de origem o prontuário do episódio encerrado e registrar a data e a hora do recebimento.
2. Conferir a identificação do paciente na capa contra o registro do sistema, evitando que o episódio seja arquivado sob identificador diverso.
3. Levantar, no sistema, o rol do que o episódio deveria ter produzido: evolução, prescrição, descrição do ato, laudos, resultados, folhas de controle e sumário de internação e alta.
4. Conferir peça a peça a presença do que foi levantado, e não apenas do que a pasta trouxe.
5. Verificar a legibilidade, a identificação e a assinatura dos registros, e a presença do carimbo ou da identificação do profissional responsável por cada um.
6. Registrar as pendências encontradas, classificando-as por tipo e por setor de origem.
7. Devolver a pendência ao setor de origem com registro escrito e acompanhar o retorno até a regularização.
8. Ordenar as peças na sequência padronizada adotada pelo serviço, de modo que qualquer consultor encontre o mesmo documento no mesmo lugar.
9. Numerar as folhas do episódio e registrar o total, para que a subtração de folha seja detectável.
10. Indexar o prontuário pelo identificador único e registrar a sua entrada no arquivo, conforme o POP-SAME-03.
11. Encaminhar ao faturamento a informação de prontuário completo, ou a pendência que impede a abertura da conta, conforme o POP-SAME-09.

Peça do prontuário	Quem a produz	O que a ausência compromete
Identificação e dados do cadastro	Recepção e cadastro	Vinculação do episódio ao registro correto do usuário
Anamnese, exame físico e evolução	Equipe assistencial	Continuidade do cuidado e sustentação do que se cobra
Prescrição e folhas de controle	Equipe assistencial e enfermagem	Rastreabilidade do que foi administrado ao paciente
Descrição do ato cirúrgico ou do procedimento	Equipe cirúrgica ou executante	Comprovação do procedimento principal do episódio
Laudos e resultados de exames	Apoio diagnóstico	Fundamento da conduta e da indicação registrada
Sumário de internação e alta	Médico assistente	Continuidade pós-hospitalar e o índice medido no relatório mensal
Declaração de óbito, quando for o caso	Médico responsável	Encerramento regular do episódio e o motivo da saída

Tabela POP-SAME-02.1 — Peças do episódio, quem as produz e o que a ausência compromete.

✓ O QUE FAZ A MONTAGEM SUSTENTAR
› Conferir contra o rol do que o episódio deveria produzir, levantado no sistema.
› Registrar a data e a hora do recebimento no momento em que ele ocorre.
› Numerar as folhas e registrar o total, para tornar a subtração detectável.
› Devolver a pendência por escrito, com registro, e acompanhar o retorno.

✗ O QUE COMPROMETE O PRONTUÁRIO MONTADO
› Conferir apenas o que a pasta trouxe, sem confrontar com o que deveria ter vindo.
› Arquivar com pendência aberta e sem registro da devolutiva.
› Ordenar cada prontuário de um jeito, deixando a sequência ao critério de quem monta.
› Guardar documento avulso fora do prontuário a que ele pertence.

POP-SAME-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

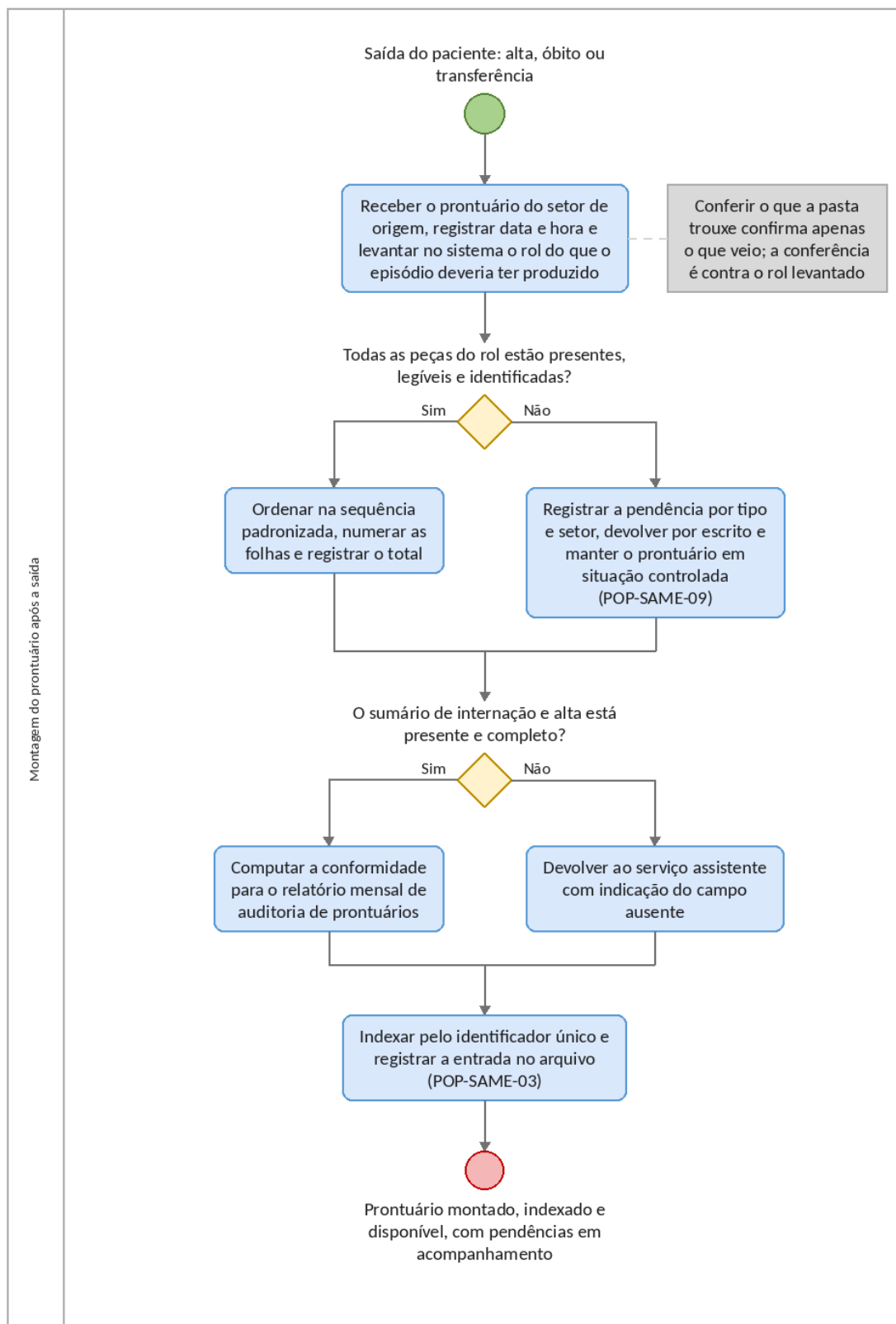
- › Recebimento do prontuário, com data, hora e responsável.
- › Conferência da montagem, com a relação das peças presentes e ausentes.
- › Pendências devolvidas, por tipo e setor de origem, com o retorno registrado.
- › Termo de indexação e entrada no arquivo, com o total de folhas do episódio.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Conferir contra o rol	O que se confere é o que o episódio deveria ter produzido.
Ordem padronizada	A mesma peça no mesmo lugar, em todo prontuário do acervo.
Folhas numeradas	O total registrado é o que torna a subtração detectável.
Pendência por escrito	Devolvida ao setor de origem, com retorno acompanhado.
O sumário é medido	O índice de conformidade do seu preenchimento é relatório mensal.

POP-SAME-02.5 Fluxograma

O fluxograma da montagem mostra as duas decisões que retêm o prontuário: a completude do rol levantado no sistema, que separa a indexação da devolutiva de pendência, e a presença do sumário de internação e alta, que alimenta o índice medido no relatório mensal de auditoria de prontuários.

POP-SAME-02 — Recebimento, conferência e montagem do prontuário pós-alta



Referência: Resolução CFM n.º 1.638/2002; Termo de Referência HGNI, itens 12.12.20 e 12.35.4.1.

POP-SAME-03. Indexação, guarda, empréstimo e devolução

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-03.1 Quando usar

- › Na entrada de todo prontuário no arquivo, corrente ou intermediário.
- › A cada requisição de prontuário por função autorizada.
- › Na devolução, e sempre que o prontuário requisitado permanecer fora do arquivo.
- › Na transferência de prontuário entre o arquivo corrente e o intermediário.

POP-SAME-03.2 Fundamento

Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, que aprova as normas técnicas de guarda e manuseio dos documentos do prontuário. Item 12.35.24 do termo de referência, que determina que todo tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários, em meio físico ou digital, observe a Lei Geral de Proteção de Dados, com protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso. Seção 2.7 do protocolo.

! PRONTUÁRIO FORA DO ARQUIVO É PRONTUÁRIO RASTREADO

- › Toda saída do arquivo é registrada com requisitante, finalidade, data e prazo de devolução — sem isso, prontuário não localizado vira busca por dedução.
- › A requisição é feita por função autorizada e para finalidade declarada, porque o acesso ao prontuário é acesso a dado pessoal sensível.
- › A devolução é conferida contra o que saiu, inclusive quanto ao total de folhas.
- › O prontuário em uso na assistência tem prioridade sobre qualquer outra finalidade de consulta, e a fila de requisições é organizada por essa ordem.

POP-SAME-03.3 Sequência de execução

1. Indexar o prontuário pelo identificador único do usuário e registrar a sua posição física ou lógica no acervo.
2. Classificar o prontuário quanto à fase: corrente, quando o usuário tem vínculo assistencial ativo, ou intermediário, quando decorrido o período de atividade definido pelo serviço.
3. Receber a requisição por função autorizada, com a finalidade declarada.
4. Verificar se a finalidade declarada corresponde a hipótese que autoriza o acesso, conforme a seção 2.8 do protocolo.
5. Registrar a saída com requisitante, função, finalidade, data, hora e prazo de devolução acordado.
6. Deixar no lugar físico do prontuário a guia de saída, para que a busca no acervo encontre a informação em vez do vazio.
7. Priorizar a requisição de finalidade assistencial sobre as demais.
8. Acompanhar os prontuários fora do arquivo e cobrar a devolução dos que ultrapassarem o prazo acordado.
9. Na devolução, conferir a integridade e o total de folhas contra o registrado na saída, e registrar a data e a hora.
10. Registrar divergência encontrada na devolução e tratá-la como não conformidade, na forma da seção 2.16.
11. Reintegrar o prontuário à sua posição no acervo e baixar a guia de saída.
12. Transferir para o arquivo intermediário os prontuários que deixarem a fase corrente, atualizando a indexação.

Situação	Onde o prontuário está	Evidência que a sustenta
Arquivo corrente	Acervo de acesso frequente	Registro de indexação e posição
Arquivo intermediário	Acervo de consulta eventual	Termo de transferência de fase
Emprestado para a assistência	Com a função requisitante	Registro de saída com finalidade e prazo, e guia no lugar físico
Emprestado para faturamento ou auditoria	Com a função requisitante	Registro de saída e devolutiva ao término da conferência
Em processo de digitalização	Na frente de trabalho do serviço	Registro do lote, com identificadores e responsável
Em pendência documental	Retido no arquivo, com pendência aberta	Registro da devolutiva ao setor de origem e do retorno

Tabela POP-SAME-03.1 — Situações do prontuário e a evidência que cada uma exige.

✓ O QUE MANTÉM O ACERVO RASTREÁVEL

- › Registrar toda saída com requisitante, finalidade, data e prazo.
- › Deixar guia no lugar físico, para que a busca encontre informação.
- › Conferir o total de folhas na devolução contra o registrado na saída.
- › Priorizar a requisição assistencial sobre as demais finalidades.

✗ O QUE FAZ O PRONTUÁRIO SUMIR

- › Entregar prontuário sem registro de saída, ainda que a devolução seja no mesmo dia.
- › Aceitar requisição sem finalidade declarada ou de função não autorizada.
- › Receber a devolução sem conferir integridade e total de folhas.
- › Deixar prontuário em bancada de trabalho fora da posição indexada.

POP-SAME-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Índice do acervo, com posição e fase de cada prontuário.
- › Registro de empréstimo e devolução, com requisitante, finalidade, prazo e datas.
- › Relação dos prontuários fora do arquivo além do prazo acordado, com as cobranças feitas.
- › Divergências de integridade encontradas na devolução e o seu tratamento.

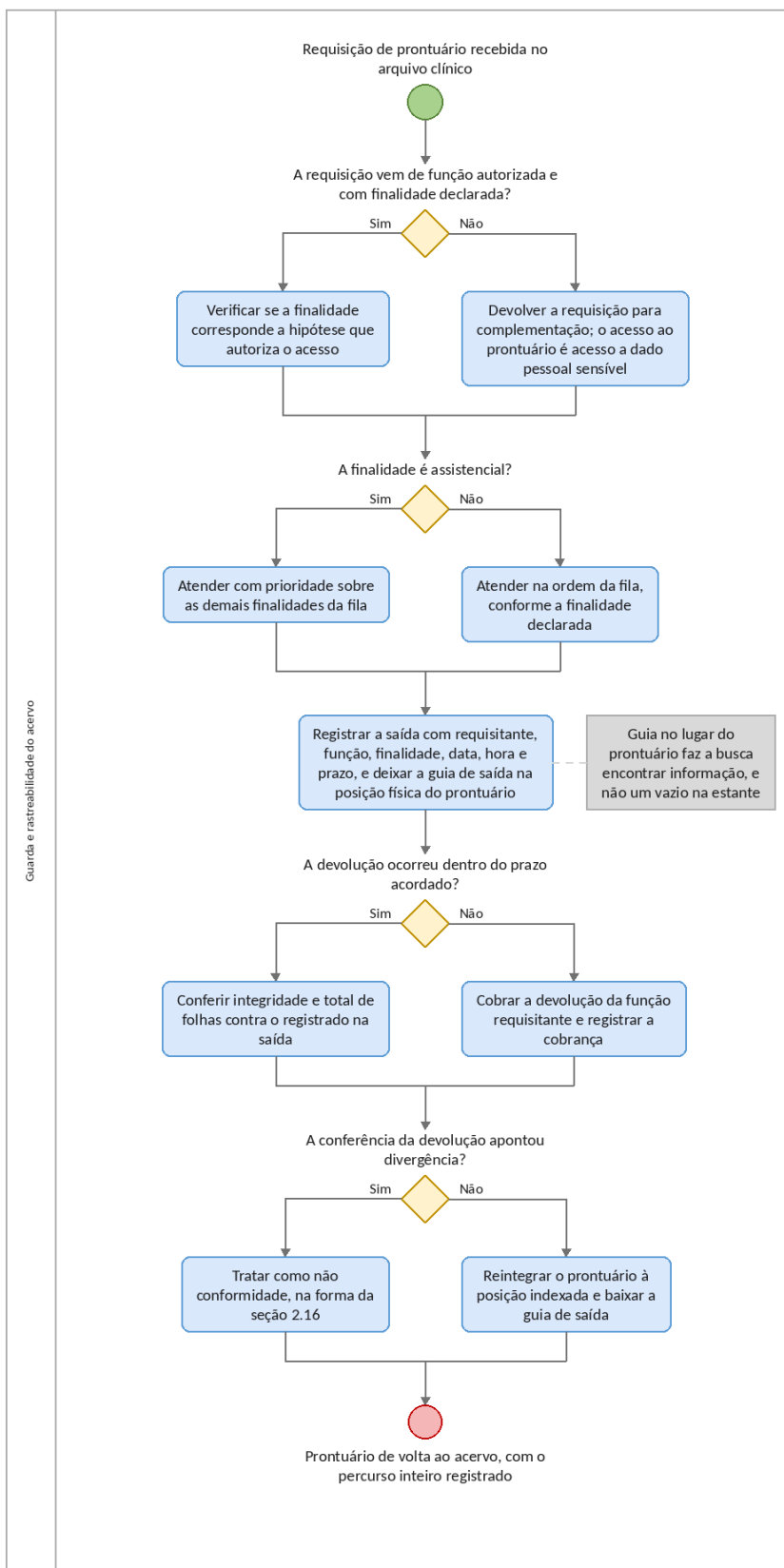
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Saída sempre registrada	Requisitante, função, finalidade, data e prazo.
Guia no lugar físico	A busca encontra informação, e não um vazio na estante.
Devolução conferida	Integridade e total de folhas contra o que saiu.
Assistência primeiro	A finalidade assistencial tem prioridade na fila.
Fase define o lugar	Corrente e intermediário são acervos com regimes distintos.

POP-SAME-03.5 Fluxograma

O fluxograma da guarda tem quatro decisões, e nenhuma delas é de sequência: a legitimidade da requisição, que pode devolvê-la para complementação; a finalidade assistencial, que muda a posição na fila; o cumprimento do prazo de devolução, que aciona a cobrança; e a divergência na conferência da devolução, que abre não conformidade.

POP-SAME-03 — Indexação, guarda, empréstimo e devolução



Referência: Resolução CFM n.º 1.821/2007; Termo de Referência HGNI, item 12.35.24; Lei n.º 13.709/2018.

POP-SAME-04. Fornecimento de cópia do prontuário ao titular, ao juízo, à perícia e à pesquisa

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-04.1 Quando usar

- › A cada solicitação de cópia pelo titular ou pelo seu representante legal.
- › No recebimento de ofício judicial, de requisição de órgão de controle ou de perícia.
- › Em pedido de acesso para pesquisa científica, com projeto aprovado por comitê de ética.
- › Em solicitação de terceiro que invoque interesse próprio sobre o registro do titular.

POP-SAME-04.2 Fundamento

Lei n.º 13.709, de 2018, art. 11, inciso II, alínea f, que admite o tratamento de dado pessoal sensível, sem consentimento, para tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais de saúde ou por serviços de saúde. Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, e Código de Ética Médica, quanto ao sigilo e ao direito do paciente à informação. Item 12.35.24 do termo de referência. Seção 2.8 do protocolo.

! O PRONTUÁRIO É DO PACIENTE; A GUARDA É DA INSTITUIÇÃO

- › Ao titular não se nega cópia do próprio prontuário. O que se confere é a identidade de quem pede, não o mérito do pedido.
- › A terceiro só se fornece nas hipóteses que a lei autoriza, e o que autoriza é sempre escrito: ordem judicial, requisição de autoridade competente ou representação legal comprovada.
- › Entrega feita é entrega registrada: quem pediu, o que se entregou, quando e a que título. O registro do fornecimento protege o titular e a instituição.
- › Em dúvida sobre a legitimidade do requerente, a decisão é submetida à direção técnica antes da entrega, e a submissão é registrada.

POP-SAME-04.3 Sequência de execução

1. Receber o pedido por escrito, identificando o requerente e a qualidade em que se apresenta.
2. Conferir a identidade do requerente contra documento oficial e registrar a conferência.
3. Enquadrar o pedido em uma das hipóteses tratadas na seção 2.8: titular, representante legal, herdeiro nas hipóteses admitidas, ordem judicial, requisição de autoridade competente, perícia autorizada ou pesquisa com projeto aprovado.
4. Havendo dúvida sobre a legitimidade, submeter à direção técnica antes de qualquer entrega e registrar a submissão e a decisão.
5. Localizar o prontuário e verificar se há parte sob digitalização ou empréstimo, providenciando a reunião do conjunto antes da reprodução.
6. Reproduzir o conjunto solicitado, mantendo a numeração das folhas e a correspondência com o original.
7. Conferir a cópia contra o original, folha a folha, antes da entrega.
8. Entregar mediante recibo assinado, com identificação de quem recebeu, data e relação do que foi entregue.
9. Em ordem judicial, atender ao alcance determinado no ofício, sem ampliar nem restringir, e protocolar a resposta no prazo fixado.
10. Em pesquisa, restringir o acesso ao conjunto autorizado pelo comitê de ética e registrar o termo de compromisso do pesquisador.
11. Arquivar o pedido, a conferência de identidade, a decisão e o recibo no dossiê de fornecimentos.
12. Reintegrar o prontuário à sua posição no acervo e registrar a devolução.

Requerente	O que se confere	O que se entrega
Titular	Documento oficial de identificação	Cópia integral do prontuário, mediante recibo
Representante legal	Documento de identificação e o instrumento de representação	Cópia integral, nos limites da representação
Ordem judicial	Ofício, juízo de origem, número do processo e alcance determinado	Exatamente o que o ofício determina, no prazo fixado
Autoridade de controle ou fiscalização	Requisição escrita e competência do requisitante	O conjunto requisitado, com registro do fornecimento
Perícia	Nomeação ou designação que a autorize	O conjunto necessário ao objeto da perícia
Pesquisa científica	Projeto aprovado por comitê de ética e termo de compromisso	Somente o conjunto autorizado, na forma aprovada

Tabela POP-SAME-04.1 — Requerente, o que se confere e o que se entrega.

✓ O QUE SUSTENTA A ENTREGA

- › Pedido por escrito e identidade conferida contra documento oficial.
- › Enquadramento do pedido na hipótese que o autoriza, registrado.
- › Cópia conferida contra o original antes da entrega.
- › Recibo assinado, com relação do que foi entregue.

✗ O QUE NÃO SE FAZ NO FORNECIMENTO

- › Entregar a terceiro sem título escrito que o legitime.
- › Negar ao titular a cópia do próprio prontuário.
- › Ampliar ou restringir o alcance determinado em ofício judicial.
- › Entregar sem recibo, ainda que o requerente seja conhecido do serviço.

POP-SAME-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Pedido escrito, com identificação do requerente e da qualidade invocada.
- › Conferência de identidade e enquadramento na hipótese autorizadora.
- › Decisão da direção técnica, quando houver dúvida submetida.
- › Recibo de entrega, com data e relação do que foi entregue.
- › Dossiê de fornecimentos, organizado por competência.

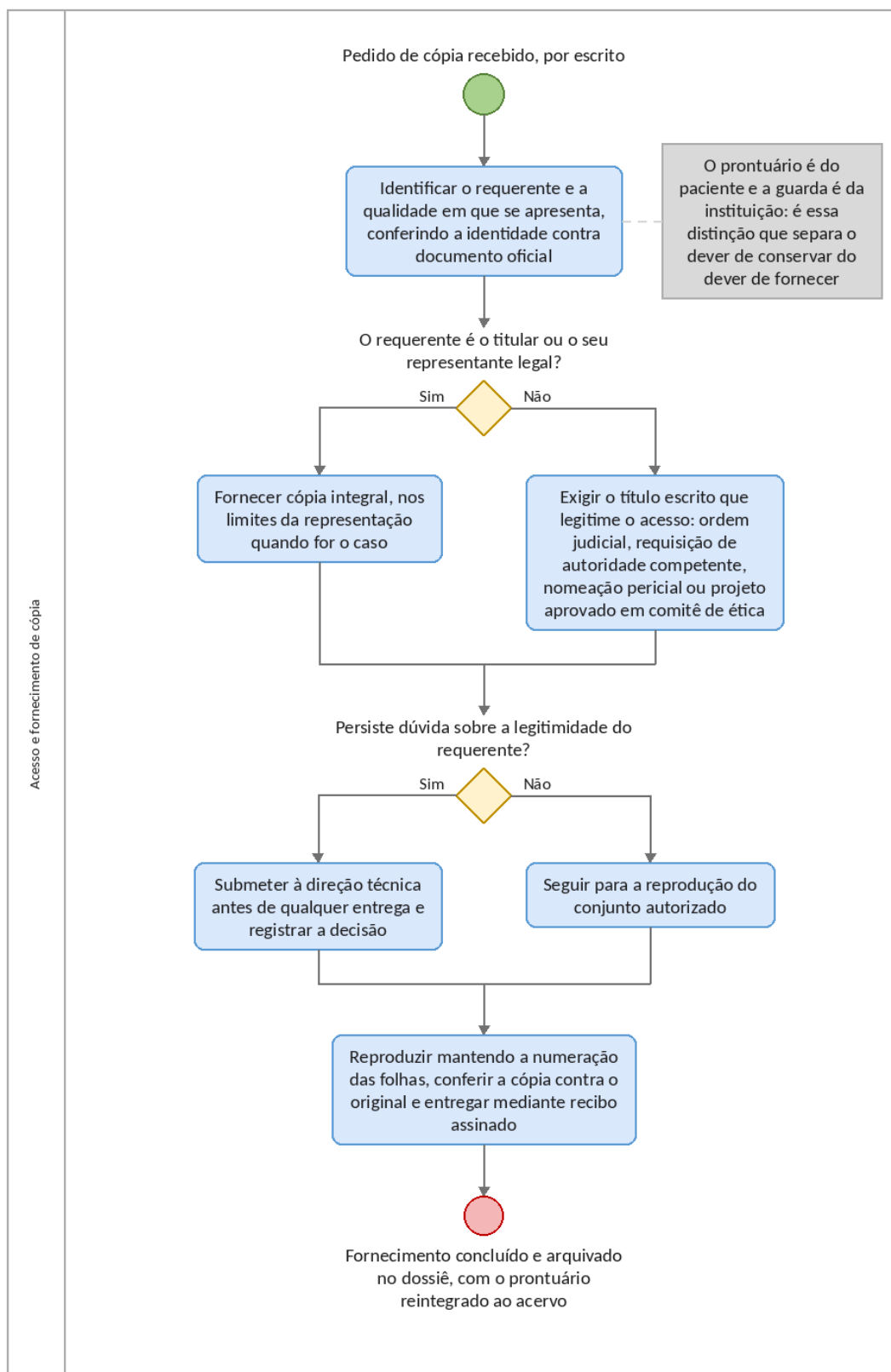
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Ao titular não se nega	Confere-se a identidade de quem pede, não o mérito do pedido.
Terceiro exige título	Ordem judicial, requisição competente ou representação comprovada.
Entrega registrada	Quem pediu, o que se entregou, quando e a que título.
Ofício define o alcance	Nem mais, nem menos do que o juízo determinou.
Dúvida sobe	A direção técnica decide antes da entrega, e a decisão é registrada.

POP-SAME-04.5 Fluxograma

O fluxograma do fornecimento separa o titular do terceiro logo na primeira decisão, porque é essa distinção que define o que se exige de cada um: ao titular, a identidade; ao terceiro, o título escrito que legitime o acesso. A segunda decisão é a que faz a dúvida subir à direção técnica antes de qualquer entrega.

POP-SAME-04 — Fornecimento de cópia do prontuário



Referência: Lei n.º 13.709/2018, art. 11, III, f; Resolução CFM n.º 1.638/2002; Código de Ética Médica.

POP-SAME-05. Digitalização do prontuário e eliminação do papel

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-05.1 Quando usar

- › Na digitalização de acervo em papel, corrente ou intermediário.
- › Na proposta de eliminação de documento original já digitalizado.
- › Na avaliação do nível de garantia de segurança do sistema que recebe o documento digital.
- › Antes de qualquer descarte de documento do acervo, em qualquer hipótese.

POP-SAME-05.2 Fundamento

Lei n.º 13.787, de 2018, art. 3º, que admite a eliminação dos documentos originais após a digitalização realizada na forma do seu art. 2º, ressalvados os de valor histórico, cuja preservação observa a legislação arquivística. Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, que autoriza a eliminação do papel apenas quando o sistema atende integralmente ao nível de garantia de segurança 2. Lei n.º 8.159, de 1991, art. 9º. Item 12.32.4.7 do termo de referência, que exige o cumprimento dos requisitos dos níveis de garantia de segurança 1 e 2. Seção 2.9 do protocolo.

✗ O NÍVEL 1 NÃO AUTORIZA ELIMINAR — E A DIGITALIZAÇÃO, SOZINHA, TAMBÉM NÃO

- › A eliminação do papel só é autorizada quando o sistema atende integralmente ao nível de garantia de segurança 2. Sistema que atende ao nível 1 impõe a manutenção do documento em papel, e citá-lo como autorizador da eliminação é erro verificável.
- › Sendo a unidade pública municipal, o acervo é documento público: a eliminação depende de autorização da instituição arquivística competente, na forma do art. 9º da Lei n.º 8.159, de 1991.
- › A digitalização, por si, não autoriza descartar. Ela apenas torna possível a proposta de eliminação, que ainda percorre a comissão permanente de avaliação de documentos e a autorização arquivística.

✗ O NÍVEL 1 NÃO AUTORIZA ELIMINAR — E A DIGITALIZAÇÃO, SOZINHA, TAMBÉM NÃO

› Documento de valor histórico é ressalvado da eliminação e tem destinação de guarda permanente, conforme a legislação arquivística.

POP-SAME-05.3 Sequência de execução

1. Verificar e registrar o nível de garantia de segurança efetivamente atendido pelo sistema que receberá o documento digitalizado.
2. Constatando atendimento apenas ao nível 1, digitalizar para consulta e manter o documento em papel, sem propor eliminação.
3. Constatando atendimento integral ao nível 2, seguir com a digitalização apta a fundamentar proposta de eliminação.
4. Formar o lote de digitalização por critério documentado, registrando identificadores, quantidade de folhas e responsável.
5. Digitalizar assegurando integridade, autenticidade, confidencialidade e rastreabilidade do documento digital, com assinatura eletrônica na forma admitida em lei.
6. Conferir a imagem contra o original, folha a folha, quanto à legibilidade e à completude.
7. Indexar o documento digital pelo identificador único do usuário e registrar a correspondência com o lote de origem.
8. Submeter a proposta de eliminação à comissão permanente de avaliação de documentos, com a listagem descritiva do que se propõe eliminar.
9. Separar da proposta os documentos de valor histórico e os de guarda permanente, encaminhando a sua destinação própria.
10. Encaminhar a proposta aprovada pela comissão à instituição arquivística competente e aguardar a autorização escrita.
11. Obtida a autorização, executar a eliminação com termo próprio, listagem descritiva e identificação dos responsáveis.
12. Arquivar a autorização, o termo e a listagem, que são a prova da regularidade do descarte.

Norma	O que autoriza	O que exige antes
Resolução CFM n.º 1.821, de 2007	Eliminação do papel após digitalização	Atendimento integral ao nível de garantia de segurança 2
Resolução CFM n.º 1.821, de 2007	Digitalização para consulta, no nível 1	Manutenção do documento em papel; o nível 1 não autoriza eliminar
Lei n.º 13.787, de 2018	Eliminação do original digitalizado	Digitalização com integridade, autenticidade e rastreabilidade, e ressalva do valor histórico

Norma	O que autoriza	O que exige antes
Lei n.º 8.159, de 1991, art. 9º	Eliminação de documento público	Autorização da instituição arquivística competente
Resolução CONARQ n.º 22, de 2005	Avaliação e destinação em instituições de saúde	Tabela de temporalidade e decisão de comissão de avaliação

Tabela POP-SAME-05.1 — O que cada norma autoriza e o que ela exige antes.

✓ O QUE TORNA O DESCARTE REGULAR

- › Verificar e registrar o nível de garantia de segurança antes de qualquer proposta.
- › Conferir imagem contra original, folha a folha.
- › Submeter à comissão permanente de avaliação de documentos e à instituição arquivística.
- › Guardar a autorização, o termo e a listagem descritiva do que foi eliminado.

✗ O QUE TORNA O DESCARTE IRREGULAR

- › Invocar o nível de garantia de segurança 1 como autorizador da eliminação.
- › Descartar por estar digitalizado, sem autorização arquivística.
- › Eliminar documento de valor histórico ou de guarda permanente.
- › Executar eliminação sem termo, sem listagem e sem identificação dos responsáveis.

POP-SAME-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro do nível de garantia de segurança atendido pelo sistema.
- › Controle dos lotes de digitalização, com identificadores, folhas e responsável.
- › Conferência da imagem contra o original.
- › Proposta de eliminação, parecer da comissão e autorização arquivística.
- › Termo de eliminação com listagem descritiva, arquivado em definitivo.

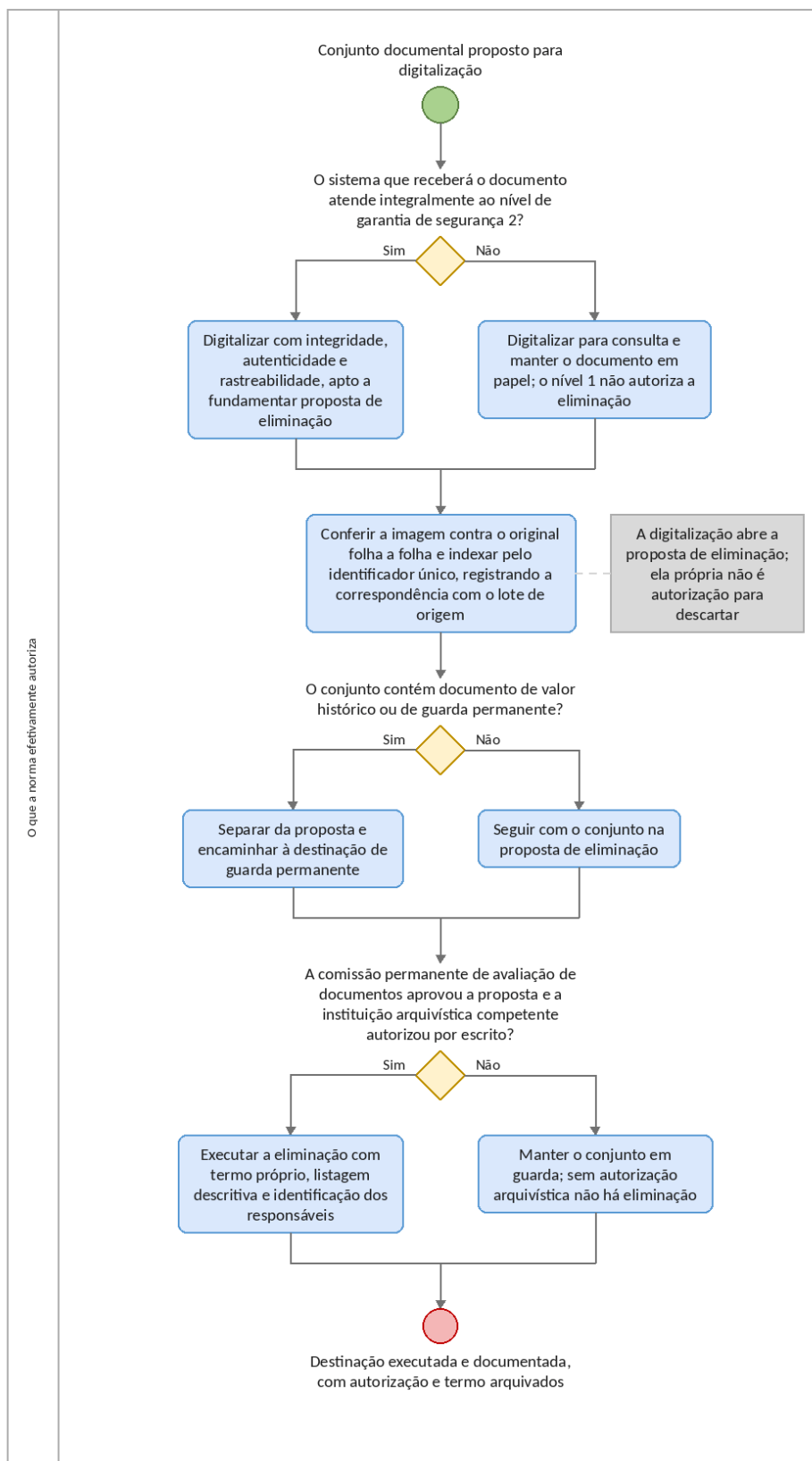
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Nível 2 autoriza; nível 1, não	Sistema em nível 1 impõe a manutenção do papel.
Digitalizar não é eliminar	A digitalização abre a proposta; não substitui a autorização.
Documento público	A eliminação depende da instituição arquivística competente.
Valor histórico é ressalvado	Sai da proposta e recebe destinação de guarda permanente.
A prova é o termo	Autorização, termo e listagem descritiva, arquivados.

POP-SAME-05.5 Fluxograma

O fluxograma da digitalização abre na decisão que a norma impõe e que é a mais frequentemente invertida: o nível de garantia de segurança atendido pelo sistema, porque o nível

1 obriga a manter o papel e apenas o nível 2 admite eliminá-lo. As duas decisões seguintes retêm o conjunto no acervo — a ressalva do valor histórico e a autorização da instituição arquivística.

POP-SAME-05 — Digitalização e eliminação do papel



Referência: Lei n.º 13.787/2018, art. 3º; Resolução CFM n.º 1.821/2007; Lei n.º 8.159/1991, art. 9º.

POP-SAME-06. Tabela de temporalidade e comissão permanente de avaliação de documentos

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-06.1 Quando usar

- › Na constituição e na atualização da tabela de temporalidade do acervo.
- › Na avaliação de conjunto documental que tenha cumprido o prazo de guarda.
- › Na definição da destinação de documento com valor secundário.
- › Sempre que houver alteração normativa que altere prazo ou destinação.

POP-SAME-06.2 Fundamento

Lei n.º 8.159, de 1991, art. 9º, segundo o qual a eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público se realiza mediante autorização da instituição arquivística pública na sua específica esfera de competência. Resolução CONARQ n.º 22, de 2005, quanto às diretrizes de avaliação de documentos em instituições de saúde. Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, e Lei n.º 13.787, de 2018, quanto ao prazo mínimo de guarda de vinte anos a contar do último registro. Item 12.14.3, alíneas h e p, do termo de referência, quanto às instâncias obrigatórias. Seção 2.10 do protocolo.

! PRAZO CUMPRIDO NÃO É ELIMINAÇÃO AUTOMÁTICA

- › O prazo mínimo de guarda é de vinte anos a contar do último registro do prontuário. Cumprido o prazo, abre-se a avaliação — não o descarte.
- › A avaliação é da comissão permanente de avaliação de documentos, que examina o valor secundário e propõe a destinação de cada conjunto.
- › A destinação pode ser a guarda permanente, o recolhimento ou a eliminação; apenas a terceira depende de autorização da instituição arquivística competente.

! PRAZO CUMPRIDO NÃO É ELIMINAÇÃO AUTOMÁTICA

› A tabela de temporalidade organiza o acervo por conjunto documental, e não prontuário a prontuário — é ela que torna a avaliação viável em acervo de grande volume.

POP-SAME-06.3 Sequência de execução

1. Levantar os conjuntos documentais do acervo, distinguindo o prontuário do paciente dos documentos acessórios que o acompanham.
2. Identificar, para cada conjunto, o prazo de guarda aplicável e o fundamento que o fixa.
3. Consolidar os conjuntos e os prazos na tabela de temporalidade do serviço.
4. Submeter a tabela à comissão permanente de avaliação de documentos e registrar a sua manifestação.
5. Submeter a tabela à aprovação da instituição arquivística competente, na forma exigida para documento público.
6. Aplicar a tabela ao acervo, sinalizando os conjuntos que se aproximam do término do prazo.
7. Reunir, ao término do prazo, o conjunto elegível à avaliação e apresentá-lo à comissão.
8. Registrar o parecer da comissão quanto ao valor secundário de cada conjunto: histórico, probatório, informativo ou científico.
9. Encaminhar à guarda permanente ou ao recolhimento os conjuntos com valor secundário reconhecido.
10. Encaminhar à autorização arquivística, na forma do POP-SAME-05, os conjuntos propostos para eliminação.
11. Revisar a tabela de temporalidade periodicamente, e sempre que houver alteração normativa que altere prazo ou destinação.
12. Manter a memória das decisões da comissão, inclusive das que recusaram a eliminação proposta.

Fase	O que caracteriza a fase	O que decide a passagem
Corrente	Prontuário de usuário com vínculo assistencial ativo	Período de atividade definido pelo serviço
Intermediário	Consulta eventual, guarda pelo prazo aplicável	Transcurso do prazo mínimo de vinte anos do último registro
Avaliação	Conjunto elegível submetido à comissão	Parecer da comissão sobre o valor secundário do conjunto
Guarda permanente	Valor histórico, probatório ou científico reconhecido	Decisão da comissão, com recolhimento na forma arquivística

Fase	O que caracteriza a fase	O que decide a passagem
Eliminação	Conjunto sem valor secundário, com prazo cumprido	Autorização escrita da instituição arquivística competente

Tabela POP-SAME-06.1 — Fases do ciclo documental e o que decide a passagem de uma para a outra.

✓ O QUE SUSTENTA A DESTINAÇÃO
› Tabela de temporalidade por conjunto documental, com o fundamento de cada prazo.
› Parecer da comissão registrado, conjunto a conjunto.
› Separação do que tem valor secundário antes de qualquer proposta de eliminação.
› Memória das decisões, inclusive das recusas fundamentadas.

✗ O QUE NÃO SE FAZ NA AVALIAÇÃO
› Tratar o término do prazo como autorização automática de descarte.
› Avaliar prontuário a prontuário, sem tabela de temporalidade que organize o acervo.
› Propor eliminação sem separar o que tem valor histórico ou probatório.
› Aplicar tabela de temporalidade ainda sem aprovação da instituição arquivística.

POP-SAME-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

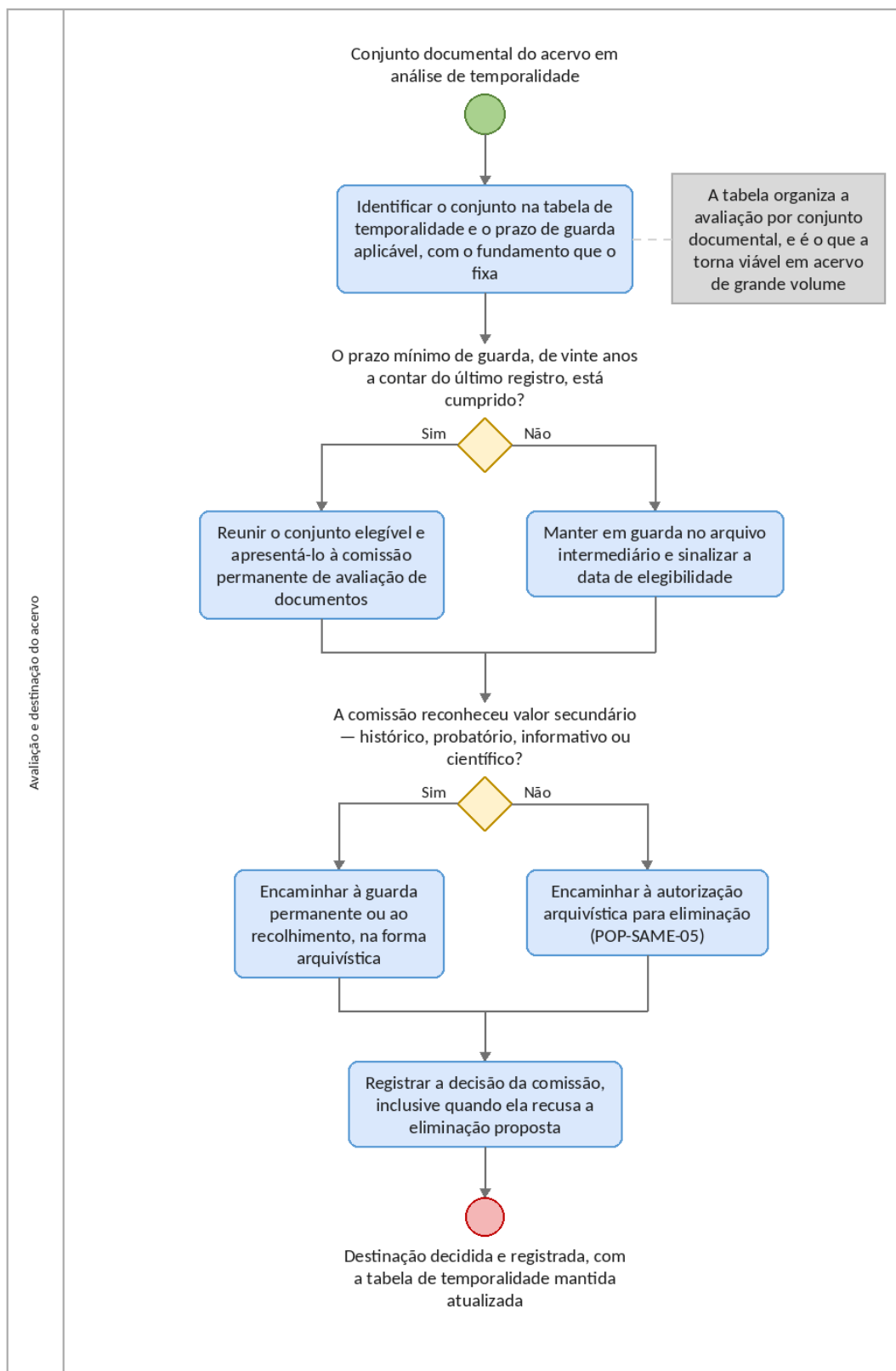
- › Tabela de temporalidade vigente, com o fundamento de cada prazo.
- › Atas e pareceres da comissão permanente de avaliação de documentos.
- › Relação dos conjuntos avaliados e a destinação decidida para cada um.
- › Aprovação da tabela pela instituição arquivística competente.
- › Memória das decisões, inclusive das recusas fundamentadas.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Vinte anos é piso	Prazo mínimo a contar do último registro; cumprido, abre-se a avaliação.
Avaliar é da comissão	O parecer sobre o valor secundário precede qualquer destinação.
Três destinações	Guarda permanente, recolhimento ou eliminação autorizada.
A tabela viabiliza	Avaliação por conjunto documental, e não prontuário a prontuário.
Recusa também é memória	A decisão que não elimina fica registrada e fundamentada.

POP-SAME-06.5 Fluxograma

O fluxograma da temporalidade mostra que o término do prazo não é o fim do percurso, e sim o seu começo: cumprido o prazo, a decisão passa à comissão, e é o reconhecimento de valor secundário que separa a guarda permanente do encaminhamento à autorização de eliminação.

POP-SAME-06 — Temporalidade e comissão de avaliação de documentos



Referência: Lei n.º 8.159/1991, art. 9º; Resolução CONARQ n.º 22/2005; Resolução CFM n.º 1.821/2007.

POP-SAME-07. Emissão do sumário de internação e alta e envio à rede nacional de dados em saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-07.1 Quando usar

- › A cada saída de paciente internado — alta, óbito ou transferência.
- › Na transferência do usuário para outra unidade, antes da saída.
- › Na solicitação do usuário quanto ao documento do seu episódio.
- › No fechamento do relatório mensal de auditoria de prontuários.

POP-SAME-07.2 Fundamento

Item 12.12.20 do termo de referência, que determina fornecer ao usuário o sumário de internação e alta; item 12.32.4.6, que exige do sistema a geração de documentação de resumo de alta e de atendimento com os dados do episódio, para fornecimento ao usuário que solicitar ou para envio à unidade envolvida na continuidade do cuidado em caso de transferência; item 12.32.4.2, quanto à interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde; item 12.35.4.1, quanto ao relatório mensal de auditoria de prontuários com o índice de conformidade do preenchimento dos sumários. O envio à rede nacional de dados em saúde apoia-se na política nacional de informação em saúde, e não em dispositivo do termo de referência. Seção 2.11 do protocolo.

! O SUMÁRIO É O DOCUMENTO QUE SAI DA UNIDADE COM O PACIENTE

- › Ele é a única peça do prontuário que acompanha o usuário e chega a quem vai continuar o cuidado fora daqui. Sumário incompleto interrompe a continuidade no ponto exato em que ela é mais frágil.
- › O termo de referência determina fornecê-lo ao usuário e exige do sistema a geração da documentação de resumo de alta para envio à unidade de continuidade em caso de transferência.

! O SUMÁRIO É O DOCUMENTO QUE SAI DA UNIDADE COM O PACIENTE

- › O índice de conformidade do seu preenchimento é objeto de relatório mensal de auditoria interna de prontuários.
- › O envio à rede nacional de dados em saúde decorre da política nacional de informação em saúde; a exigência contratual correlata é a de interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

POP-SAME-07.3 Sequência de execução

1. Identificar a saída do paciente e acionar a emissão do sumário antes que ele deixe a unidade.
2. Preencher o sumário no prontuário eletrônico, com os dados do episódio: identificação, datas de admissão e de saída, motivo da saída, diagnósticos, procedimentos realizados, evolução resumida, condição de saída e orientações.
3. Registrar a medicação em uso na saída, com posologia e duração, e os cuidados a manter.
4. Registrar os encaminhamentos, os retornos e os exames pendentes de resultado.
5. Identificar o profissional responsável, com assinatura na forma admitida pelo sistema.
6. Fornecer o sumário ao usuário ou ao seu representante e registrar a entrega.
7. Em transferência, remeter a documentação do episódio à unidade envolvida na continuidade do cuidado, junto com o paciente.
8. Confirmar a transmissão do documento pelas interfaces com os sistemas oficiais, quando aplicável ao episódio.
9. Registrar a falha de transmissão, quando ocorrer, e repeti-la após o restabelecimento, sem reter o fornecimento ao usuário.
10. Conferir, na montagem do prontuário, a presença e a completude do sumário, conforme o POP-SAME-02.
11. Consolidar o índice de conformidade do preenchimento para o relatório mensal de auditoria de prontuários.
12. Devolver ao serviço assistente, com dado objetivo, os campos que se mostrarem sistematicamente incompletos.

Bloco do sumário	O que registra	Para que serve fora da unidade
Identificação e episódio	Usuário, datas de admissão e de saída, motivo da saída	Vincula o documento ao usuário e ao episódio certo
Diagnósticos	Principal e secundários documentados	Orienta a conduta de quem recebe o usuário
Procedimentos realizados	O que foi executado no episódio	Evita repetição e sustenta a continuidade
Evolução e condição de saída	Curso do episódio e estado na saída	Define o ponto de partida do cuidado seguinte

Bloco do sumário	O que registra	Para que serve fora da unidade
Medicação em uso na saída	Fármacos, posologia e duração	Previne interrupção e duplicidade terapêutica
Encaminhamentos e pendências	Retornos, exames pendentes e cuidados a manter	Fecha o circuito com a rede que continua o cuidado

Tabela POP-SAME-07.1 — Conteúdo do sumário e a finalidade de cada bloco.

✓ O QUE FAZ O SUMÁRIO CUMPRIR A FUNÇÃO

- › Emitir antes de o paciente deixar a unidade, e não depois.
- › Registrar medicação, posologia e duração, e não apenas a lista de fármacos.
- › Entregar ao usuário com registro, e remeter à unidade de continuidade na transferência.
- › Devolver ao serviço assistente os campos sistematicamente incompletos.

✗ O QUE ESVAZIA O SUMÁRIO

- › Emitir depois da saída, reconstituindo o episódio de memória.
- › Preencher com remissão genérica ao prontuário, que o destinatário não tem em mãos.
- › Reter o fornecimento ao usuário por causa de falha de transmissão do sistema.
- › Tratar o índice de conformidade como número de relatório, sem devolutiva à origem.

POP-SAME-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

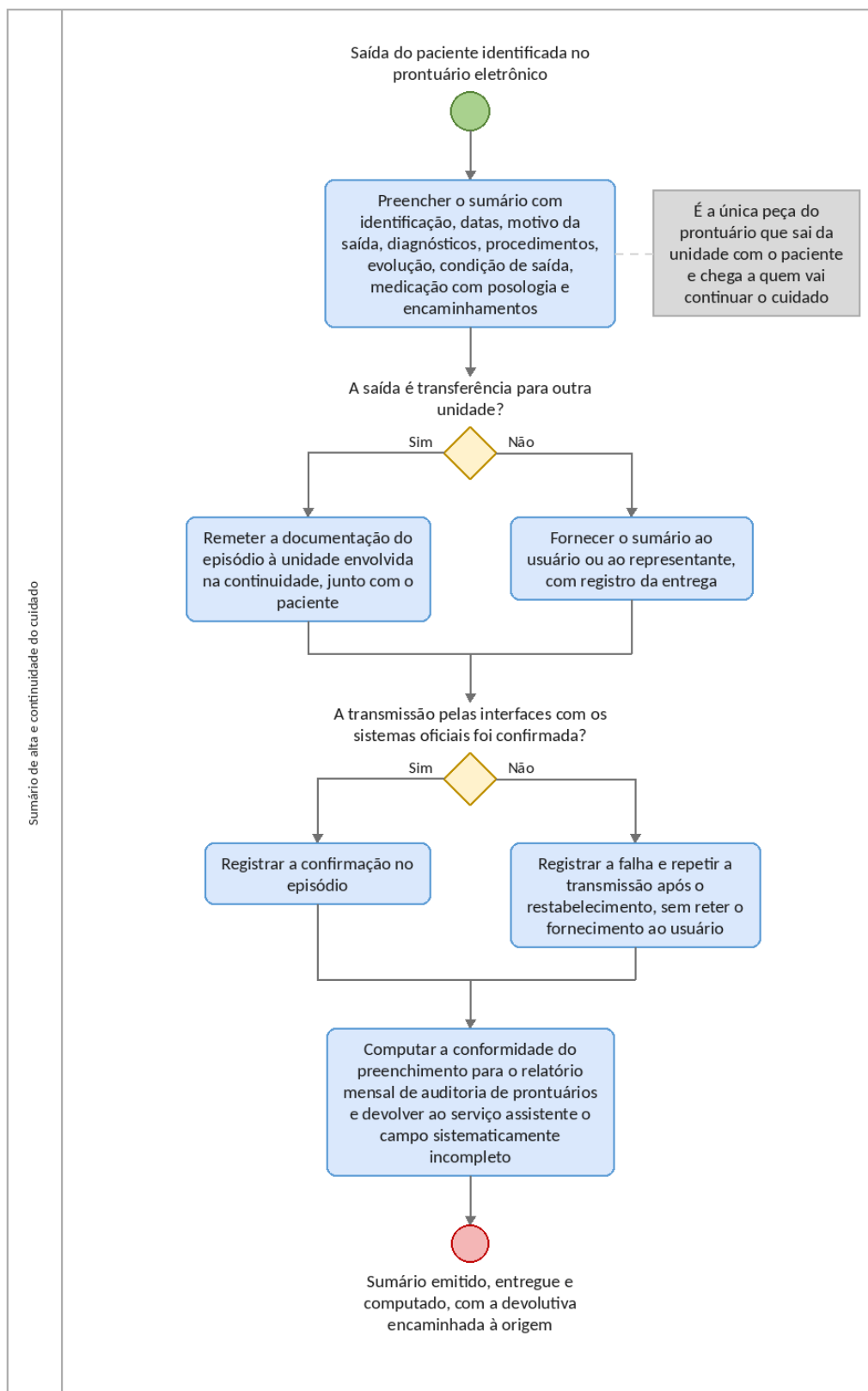
- › Sumário de internação e alta no prontuário do episódio.
- › Registro de entrega ao usuário ou ao representante.
- › Registro da remessa à unidade de continuidade, em caso de transferência.
- › Registro das transmissões e das falhas de transmissão, com a repetição realizada.
- › Índice mensal de conformidade do preenchimento e as devolutivas emitidas.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Sai com o paciente	É a peça do prontuário que chega a quem continua o cuidado.
Antes da saída	Emitido no episódio, não reconstituído depois.
Entrega registrada	Ao usuário, e à unidade de continuidade na transferência.
Conformidade é medida	O índice de preenchimento integra relatório mensal.
Devolutiva à origem	Campo sistematicamente incompleto volta ao serviço assistente.

POP-SAME-07.5 Fluxograma

O fluxograma do sumário tem duas bifurcações: a natureza da saída, que decide entre entregar ao usuário e remeter à unidade que continuará o cuidado, e a confirmação da transmissão pelas interfaces oficiais, que gera repetição do envio sem jamais reter o fornecimento ao usuário.

POP-SAME-07 — Sumário de internação e alta e envio aos sistemas oficiais



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.12.20, 12.32.4.2, 12.32.4.6 e 12.35.4.1.

POP-SAME-08. Contingência do prontuário eletrônico e operação em papel

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-08.1 Quando usar

- › Na indisponibilidade do prontuário eletrônico, programada ou não programada.
- › Na degradação de desempenho que impeça o registro tempestivo do cuidado.
- › No restabelecimento do sistema, para a reconciliação do que foi registrado em papel.
- › Em manutenção programada, antes do seu início.

POP-SAME-08.2 Fundamento

Item 12.32.11 do termo de referência, que determina disponibilizar rede para transmissão de dados redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, fornecida por empresas diferentes, de modo a não existirem pontos únicos de falha; item 12.32.10, quanto à manutenção dos sistemas e componentes que sustentam o prontuário eletrônico; item 12.32.16, quanto ao prontuário eletrônico com assinatura por certificado digital. O item 34 do termo de referência trata do plano de contingência administrativa e assistencial da parceria, e não da indisponibilidade do sistema, razão pela qual não é invocado aqui. Seção 2.12 do protocolo.

! O CUIDADO NÃO PARA QUANDO O SISTEMA PARA

- › O registro em papel durante a contingência não é registro provisório: é prontuário, com o mesmo valor probatório e as mesmas exigências de identificação e assinatura.
- › O conjunto de formulários de contingência é mantido pronto e acessível nos pontos assistenciais, para que a transição não dependa de improviso.
- › Reconciliação é parte da contingência, e não tarefa posterior opcional: o que foi registrado em papel é incorporado ao registro eletrônico com identificação do período de indisponibilidade.

! O CUIDADO NÃO PARA QUANDO O SISTEMA PARA

- › O papel produzido na contingência é preservado no prontuário do episódio, ainda depois de incorporado ao meio eletrônico.

POP-SAME-08.3 Sequência de execução

1. Constatar a indisponibilidade e registrar a data e a hora do seu início.
2. Comunicar a ocorrência à coordenação do serviço e à área de tecnologia da informação.
3. Acionar o conjunto de formulários de contingência nos pontos assistenciais e administrativos atingidos.
4. Orientar as equipes quanto ao registro em papel, com identificação completa do usuário em cada folha.
5. Manter, no arquivo clínico, o controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade.
6. Assegurar a identificação e a assinatura do profissional em cada registro produzido em papel.
7. Acompanhar o restabelecimento junto à área de tecnologia da informação e registrar a data e a hora do retorno.
8. Reconciliar, após o retorno, o registrado em papel com o registro eletrônico, identificando o período de indisponibilidade em cada lançamento.
9. Conferir a completude da reconciliação contra o controle nominal dos episódios em curso.
10. Preservar o papel produzido na contingência no prontuário do episódio, ainda depois de incorporado.
11. Registrar a ocorrência, com duração, setores atingidos, volume de episódios e desfecho.
12. Levar a ocorrência à análise periódica, para tratamento da causa e revisão do conjunto de formulários.

Fase	O que se faz	Evidência que fica
Deteção	Constatar a indisponibilidade e comunicar	Registro da data e hora de início e da comunicação
Transição	Acionar os formulários de contingência nos pontos atingidos	Relação dos setores acionados e dos formulários em uso
Operação em papel	Registrar o cuidado com identificação e assinatura	Registros produzidos, com identificação completa do usuário
Controle nominal	Acompanhar os episódios em curso durante a indisponibilidade	Relação nominal dos episódios do período
Restabelecimento	Confirmar o retorno com a área de tecnologia da informação	Registro da data e hora do retorno

Fase	O que se faz	Evidência que fica
Reconciliação	Incorporar o registrado em papel ao registro eletrônico	Lançamentos identificados pelo período de indisponibilidade

Tabela POP-SAME-08.1 — Fases da contingência e o que cada uma exige.

✓ O QUE MANTÉM O REGISTRO ÍNTEGRO NA CONTINGÊNCIA
› Formulários prontos e acessíveis nos pontos assistenciais, antes de precisar deles.
› Identificação completa do usuário em cada folha produzida.
› Controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade.
› Reconciliação conferida contra esse controle, e não por estimativa.

✗ O QUE SE PERDE QUANDO A CONTINGÊNCIA FALHA
› Tratar o registro em papel como rascunho a ser reescrito depois.
› Descartar o papel depois de incorporado ao registro eletrônico.
› Reconciliar sem identificar o período de indisponibilidade nos lançamentos.
› Encerrar a ocorrência sem registrar duração, setores atingidos e desfecho.

POP-SAME-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

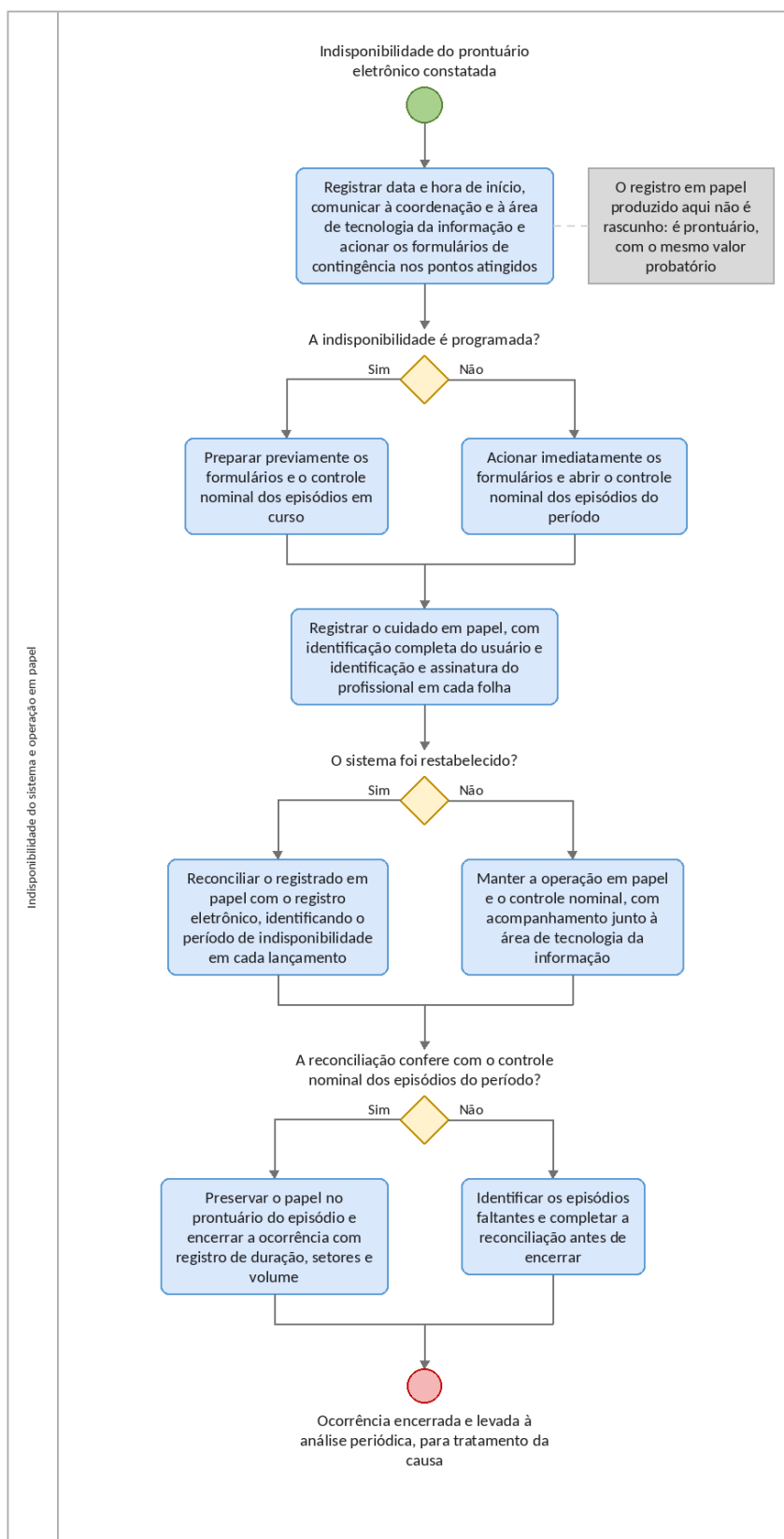
- › Registro da ocorrência, com início, término, setores atingidos e volume de episódios.
- › Formulários de contingência preenchidos, preservados no prontuário do episódio.
- › Controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade.
- › Registro da reconciliação, com identificação do período em cada lançamento.
- › Análise da ocorrência e as providências decorrentes.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Papel é prontuário	Mesmo valor probatório, mesma exigência de identificação e assinatura.
Formulário pronto antes	A transição não pode depender de improviso no momento.
Controle nominal	Saber quais episódios correram no período é o que torna a reconciliação conferível.
Reconciliar é parte	Não é tarefa posterior opcional, é fase do procedimento.
O papel se preserva	Ainda depois de incorporado ao registro eletrônico.

POP-SAME-08.5 Fluxograma

O fluxograma da contingência mostra três decisões: se a indisponibilidade é programada, o que muda o preparo; se o sistema foi restabelecido, o que abre a reconciliação; e se a reconciliação confere com o controle nominal dos episódios, que é a trava antes de encerrar a ocorrência.

POP-SAME-08 — Contingência do prontuário eletrônico



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.32.10, 12.32.11 e 12.32.16.

POP-SAME-09. Devolutiva de pendência documental ao faturamento e às áreas de origem

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SAME-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 2 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SAME-09.1 Quando usar

- › Sempre que a conferência pós-alta identificar pendência que impeça a abertura da conta.
- › No recebimento, pelo arquivo, de devolutiva de auditoria de contas sobre falha de registro.
- › Na consolidação periódica das pendências por setor de origem.
- › Na análise dos indicadores de alimentação dos sistemas de informação.

POP-SAME-09.2 Fundamento

Itens 31.2 e 31.7 do termo de referência, segundo os quais os registros de entradas e saídas dos pacientes e os de produção ambulatorial têm como fonte os sistemas de prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento. Quadro 15 do termo de referência, indicadores 18 e 19. Item 12.35.4.1, quanto ao relatório mensal de auditoria de prontuários. Seções 2.14 e 2.16 do protocolo.

▣ A PENDÊNCIA DOCUMENTAL É CAUSA, E O INDICADOR É EFEITO

- › O indicador 18 mede a razão entre autorizações de internação apresentadas no mês e saídas realizadas na unidade no mês, considerando alta, óbito e transferência, com meta de cem por cento. O resultado publicado no instrumento é de 94,4%, correspondente a 1.556 apresentadas para 1.648 saídas.
- › A diferença de 92 saídas não é percentual abstrato: são episódios que ocorreram e cuja conta não se abriu na competência.
- › Parte dessa diferença nasce no documento que falta ao prontuário, e é sobre essa parte que a devolutiva do arquivo clínico atua.
- › O indicador 19, ambulatorial, está em 110,4%, acima da meta. Os dois não estão no mesmo estado e não recebem o mesmo tratamento.

POP-SAME-09.3 Sequência de execução

1. Identificar a pendência na conferência pós-alta, classificando-a por tipo de documento ausente ou incompleto.
2. Identificar o setor de origem em que a pendência nasce.
3. Registrar a pendência com identificação do episódio, do documento e do setor.
4. Devolver a pendência ao setor de origem por escrito, indicando exatamente o documento que falta e o efeito da ausência.
5. Comunicar ao faturamento a existência da pendência que impede a abertura da conta, para que a conta não se abra sobre registro incompleto.
6. Acompanhar o retorno do setor de origem até a regularização e registrar a data de regularização.
7. Manter o prontuário em situação controlada enquanto a pendência estiver aberta, sem arquivá-lo como completo.
8. Informar ao faturamento a regularização, para abertura ou correção da conta.
9. Consolidar periodicamente as pendências por tipo e por setor de origem.
10. Comparar a série das pendências com a série dos indicadores de alimentação dos sistemas.
11. Levar a consolidação à análise periódica com as áreas de origem e com a comissão de revisão de prontuários.
12. Registrar as providências acordadas, com responsável por função e acompanhamento do efeito.

Pendência	Onde nasce	Efeito imediato
Sumário de internação e alta ausente ou incompleto	Serviço assistente	Continuidade fragilizada e índice de conformidade reduzido
Descrição do ato cirúrgico ausente	Equipe cirúrgica	Procedimento principal do episódio sem comprovação
Laudo de exame ausente do prontuário	Apoio diagnóstico	Conduta registrada sem o exame que a fundamenta
Registro sem identificação do profissional	Equipe assistencial	Registro de autoria indeterminada, insustentável em auditoria
Documento avulso sem vínculo ao episódio	Pontos de atendimento	Peça do prontuário fora do prontuário a que pertence
Motivo da saída não registrado	Serviço assistente	Encerramento do episódio incompleto e denominador do indicador afetado

Tabela POP-SAME-09.1 — Pendências mais frequentes, onde nascem e o efeito de cada uma.

✓ O QUE FAZ A DEVOLUTIVA FUNCIONAR

- › Nomear o documento que falta, e não pedir a regularização em termos genéricos.
- › Declarar o efeito da ausência, para que a origem entenda o que está em jogo.
- › Acompanhar o retorno até a regularização, com data registrada.
- › Consolidar a série por setor, porque é ela que revela o padrão.

✗ O QUE FAZ A PENDÊNCIA SE REPETIR

- › Devolver verbalmente, sem registro do pedido e do retorno.
- › Arquivar como completo o prontuário com pendência aberta.
- › Tratar cada pendência isoladamente, sem consolidar a série.
- › Levar o número à análise sem identificar os episódios que o compõem.

POP-SAME-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Pendências registradas por episódio, documento e setor de origem.
- › Devolutivas escritas emitidas e o retorno de cada uma, com data de regularização.
- › Comunicações ao faturamento sobre pendência e sobre regularização.
- › Consolidação periódica por tipo e por setor, comparada à série dos indicadores.
- › Providências acordadas na análise, com responsável por função.

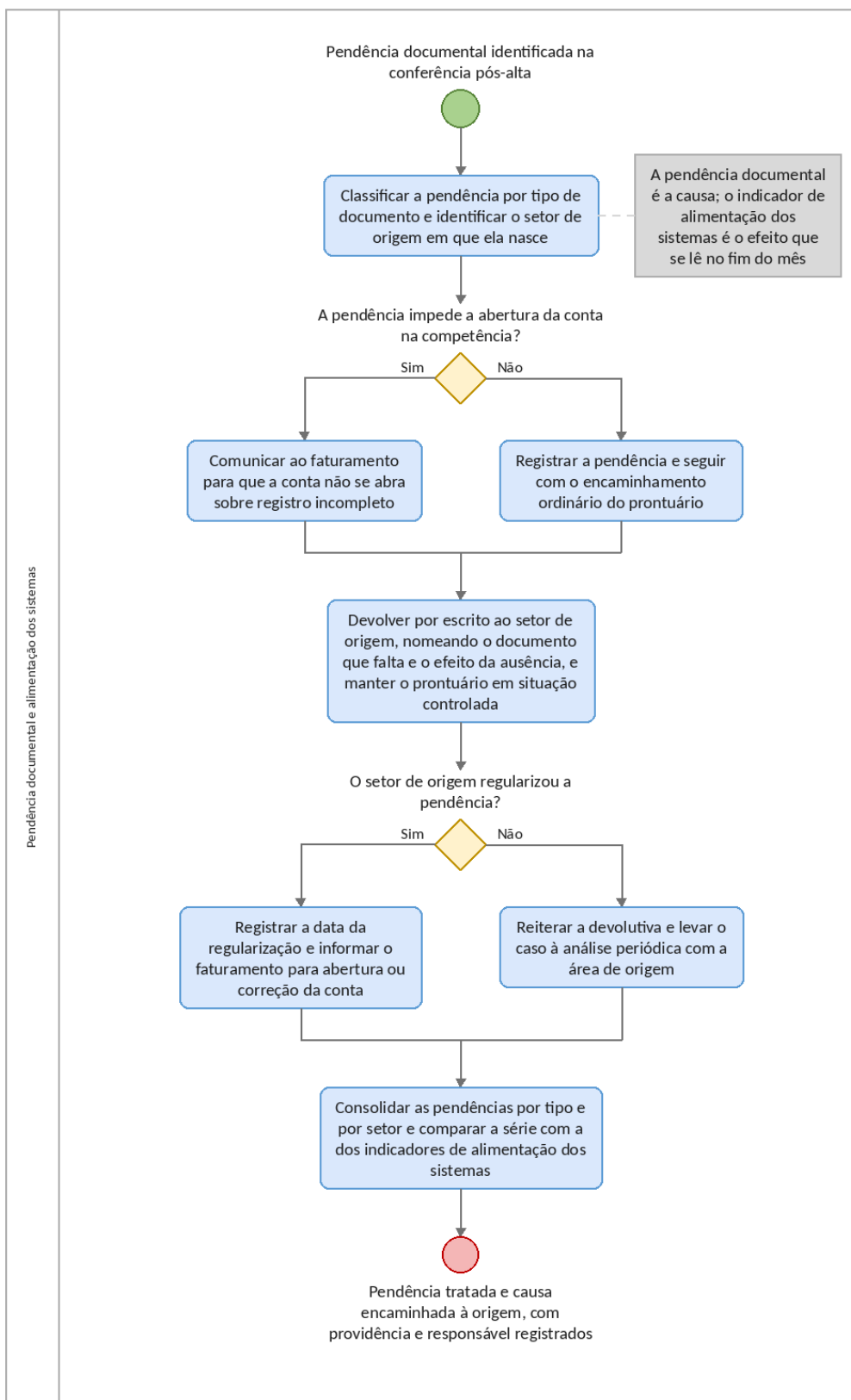
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Nomear o documento	Pedido genérico produz retorno genérico.
A conta espera o prontuário	A pendência impede a abertura, e a comunicação é registrada.
Situação controlada	Prontuário com pendência aberta não se arquivar como completo.
A série revela o padrão	Consolidação por setor mostra onde a causa está.
São 92 episódios	O indicador 18 publicado é de 94,4%: 1.556 apresentadas para 1.648 saídas.

POP-SAME-09.5 Fluxograma

O fluxograma da devolutiva tem duas decisões que mudam o percurso: se a pendência impede a abertura da conta, o que aciona a comunicação ao faturamento, e se o setor de origem regularizou, o que separa o encerramento do caso da sua ida à análise periódica com a área de origem.

POP-SAME-09 — Devolutiva de pendência documental



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 31.2, 31.7 e 12.35.4.1; Quadro 15, indicadores 18 e 19.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8159.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cartão Nacional de Saúde — CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 8.026, de 2025, e Rede Nacional de Dados em Saúde — RNDs. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, DF: CFM, 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 22, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Rio de Janeiro: CONARQ, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde — S-RES. São Paulo: SBIS, [s.d.]. Disponível em: <https://sbis.org.br/certificacao-sbis>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Recepção, Cadastro e Acesso do Usuário

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

3.1 Âmbito e finalidade.....	150
3.2 Base normativa.....	151
3.3 A porta administrativa: o que a recepção resolve e o que encaminha	152
3.4 Cadastro do usuário e emissão do cartão nacional de saúde	153
3.5 Identificação segura: emissão e conferência da pulseira.....	154
3.6 O usuário sem documentação de identificação	154
3.7 Acolhimento administrativo e o limite da atuação da vigilância	155
3.8 Acompanhantes e visitantes: registro, acomodação e alimentação	156
3.9 Agendamento, confirmação prévia e absenteísmo	157
3.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	158
3.11 Interface com a assistência, o arquivo clínico e o faturamento.....	159
3.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	159
3.13 Tratamento da não conformidade.....	160
3.14 Indicadores e monitoramento	161
3.15 Revisão, versão e governança do protocolo	163
3.16 Fluxograma	164

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	169
POP-REC-01 Cadastro do usuário e emissão do Cartão SUS	170
POP-REC-02 Identificação segura — emissão e conferência da pulseira	175
POP-REC-03 Atendimento ao usuário sem documentação de identificação.....	179
POP-REC-04 Acolhimento administrativo na entrada.....	184
POP-REC-05 Registro e controle de acompanhantes e visitantes	188
POP-REC-06 Agendamento ambulatorial, confirmação e controle de absenteísmo	193
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	198

Protocolo 3. Recepção, Cadastro e Acesso do Usuário

3.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece a porta administrativa da unidade: como a pessoa que chega é acolhida, identificada com segurança, cadastrada e encaminhada ao ponto de cuidado. Governa o percurso que começa no primeiro contato — presencial, por encaminhamento ou por agendamento — e termina no momento em que o usuário é entregue ao serviço que o assistirá, já com registro aberto, cartão nacional vinculado e pulseira conferida. Alcança as três portas de entrada da unidade: a urgência e a emergência, o ambulatório com demanda referenciada e a admissão programada para internação e para hospital-dia.

A finalidade tem duas metades que não se separam. A primeira é assistencial: quem chega a um hospital chega em condição de vulnerabilidade, e a qualidade dos primeiros minutos determina a confiança que sustentará todo o restante do cuidado. A segunda é informacional: o dado colhido na entrada é a matriz de tudo o que vem depois — identifica o prontuário, sustenta a apresentação da produção, alimenta os indicadores contratuais e permite que o usuário seja reencontrado no sistema de saúde. Erro cometido na porta não fica na porta: reaparece no prontuário partido em dois, na conta rejeitada por inconsistência de identificação e no indicador que não fecha.

Três premissas organizam o protocolo inteiro. A primeira é que o acolhimento é ato de profissional de saúde, e não de controle de acesso: o instrumento contratual proíbe expressamente que vigilantes e controladores de acesso permaneçam na porta realizando a primeira abordagem. A segunda é que a identificação é dupla e ativa — o usuário recebe pulseira com dados nominais e a conferência se faz perguntando a ele, e não a si mesmo. A terceira é que a solicitação de documento é diligência administrativa, e não condição do atendimento: quem chega sem documentação é cadastrado sob identificador provisório e segue para o cuidado, com o Serviço Social acionado para a regularização.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de recepção, cadastro e acesso do usuário observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um

produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

3.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa quem faz o acolhimento, o que a pulseira contém, o que se solicita ao usuário, como se emite o cartão nacional e o que se providencia para acompanhantes. A segunda é a dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde e da política de humanização, que dá o sentido do que o contrato exige. A terceira é a da segurança do paciente, que trata a identificação correta como barreira contra o erro. A quarta é a da proteção de dados pessoais, que condiciona a coleta e o uso de tudo o que se registra na entrada.

Na camada contratual, oito dispositivos sustentam o processo. O item 8.7.7.1 determina que todo usuário que entrar na unidade seja acolhido por profissional de saúde e proíbe a permanência de vigilantes e controladores de acesso na porta realizando a primeira abordagem. O item 8.7.7.2 exige que todo usuário que acessar a unidade em busca de atendimento receba, no acolhimento, pulseira de identificação com nome, data de nascimento, data de entrada e hora. O item 12.23.4, alínea e, garante o atendimento no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação. O item 12.12.19 determina solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação e, se for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SEMUS/NI.

Os demais dispositivos contratuais governam o registro e o acesso. O item 12.12.21 determina emitir o cartão SUS, preferencialmente, com o sistema de registro eletrônico do paciente contratado integrado ao barramento CNS do DATASUS, e o item 12.32.4.3 relaciona, entre os requisitos do sistema de gestão e prontuário eletrônico, a ferramenta que permita essa integração. O item 12.32.1 relaciona, entre os itens que o sistema deve contemplar, o controle das consultas, da classificação de risco e da ordem de atendimento e o registro eletrônico do prontuário, da admissão e da alta do usuário. O item 31.2 fixa que os registros de entradas e saídas dos pacientes tenham como fonte os sistemas de prontuário eletrônico. O item 12.12.22 determina providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando

necessário, atendendo a legislação vigente, e o item 12.12.12 determina implementar, dentro dos limites físicos e operacionais da unidade, o dispositivo da visita ampliada e o direito ao acompanhante nos casos previstos em lei.

Nas camadas legais, o direito a acompanhante decorre de lei própria e não da liberalidade da unidade: o art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente; o art. 16 do Estatuto da Pessoa Idosa assegura acompanhante à pessoa idosa internada ou em observação; e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência dispõe sobre o atendimento prioritário e o acompanhamento. A proteção de dados observa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, cuja observância o item 12.35.24 do instrumento contratual torna expressa quanto ao tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários, em meio físico ou digital. A identificação segura apoia-se no Programa Nacional de Segurança do Paciente e nas ações de segurança instituídas pela agência reguladora sanitária.

Duas precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: o item 12.12.21 emprega o advérbio preferencialmente quanto ao meio de emissão do cartão — a obrigação é emitir o cartão, e a preferência recai sobre fazê-lo pelo sistema integrado ao barramento nacional; ler o dispositivo como se a integração fosse condição de validade da emissão seria ampliá-lo. A segunda: o item 8.4.7 não sustenta o agendamento ambulatorial. Ele relaciona as linhas de cuidado que a unidade deve prover, e o ambulatório adulto e o pediátrico figuram ali como serviços, não como regra de marcação. O agendamento encontra fundamento próprio nos itens 8.7.5.2, 8.7.16.4, 12.17.4 e 12.21.7, que são os dispositivos citados na seção correspondente. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

3.3 A porta administrativa: o que a recepção resolve e o que encaminha

A recepção é o único setor da unidade por onde passam, qualquer que seja o motivo da vinda, todos os que procuram o hospital: o usuário em urgência, o usuário agendado, o familiar em busca de notícia, o visitante, o entregador e o prestador. Essa universalidade é a sua força e é também o seu risco. A força está em ser o ponto onde a informação se organiza antes de se dispersar pela unidade; o risco está em que, sem delimitação clara, a recepção assuma decisões que não lhe cabem, ou devolva ao usuário a tarefa de descobrir sozinho para onde deve ir.

O que a recepção resolve é delimitável e não é pouco. Resolve a identificação da pessoa e a conferência dos seus dados. Resolve a abertura ou a recuperação do registro no prontuário eletrônico e a vinculação do episódio ao identificador único do usuário. Resolve a emissão da pulseira e a sua conferência ativa. Resolve o registro de acompanhantes e de visitantes. Resolve a conferência da agenda e do encaminhamento, quando o atendimento é referenciado. Resolve a orientação sobre o percurso, os horários e os canais de manifestação. E resolve o registro dos horários que depois compõem o tempo de espera medido pela unidade.

O que a recepção encaminha, e não decide, é igualmente delimitável. Não lhe cabe avaliar a gravidade do quadro nem definir a ordem de atendimento por critério clínico: a classificação de risco é dispositivo assistencial, e o instrumento contratual determina implementar rotinas e procedimentos específicos do dispositivo de acolhimento com ferramenta de classificação de

risco e busca ativa. Não lhe cabe prestar informação sobre o estado de saúde do usuário, reservada ao profissional de saúde. Não lhe cabe autorizar exceção ao fluxo de visitação nem decidir sobre impedimento à permanência de acompanhante, que dependem de fundamentação registrada. A regra prática é simples de enunciar: a recepção responde por quem a pessoa é e por onde ela entra; a assistência responde pelo que a pessoa tem e por quando é atendida.

O ordenamento do atendimento apoia-se no próprio sistema de gestão. O instrumento contratual relaciona, entre os itens que o sistema deve contemplar, o controle das consultas, da classificação de risco e da ordem de atendimento, e determina, quanto ao sistema de ordenamento de atendimento, a padronização das telas de chamamento de pacientes para exibição alternada com programação de tema em saúde, conforme mídia digital aprovada ou disponibilizada pela assessoria de comunicação da SEMUS/NI. A chamada padronizada tem efeito que ultrapassa a organização da fila: ela substitui o chamamento em voz alta por nome completo, que expõe o usuário, e torna verificável a ordem efetivamente praticada.

3.4 Cadastro do usuário e emissão do cartão nacional de saúde

O cadastro é o ato administrativo de maior alcance da unidade, e o menos percebido como tal. Dele dependem a unicidade do prontuário, a possibilidade de recompor a história do usuário entre episódios, a aceitação da produção apresentada e a fidedignidade dos indicadores. O instrumento contratual determina solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação e, quando for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SEMUS/NI, e fixa que os registros de entradas e saídas tenham como fonte os sistemas de prontuário eletrônico.

A regra de ouro do cadastro é procurar antes de criar. Antes de qualquer inclusão, pesquisa-se o usuário na base local pelo nome completo, pelo nome da mãe e pela data de nascimento; não havendo registro local, consulta-se o barramento nacional do cartão de saúde a partir do próprio prontuário eletrônico. Só depois de esgotada a busca é que se emite cartão novo. A inversão dessa ordem é a origem quase exclusiva do registro duplicado, e o registro duplicado tem consequência que ultrapassa o transtorno administrativo: ele parte a história clínica do usuário em duas, de modo que o alerta de alergia lançado num episódio não aparece no seguinte.

A emissão do cartão observa o item 12.12.21, que determina emití-lo preferencialmente com o sistema de registro eletrônico do paciente contratado integrado ao barramento nacional, e o item 12.32.4.3, que relaciona essa ferramenta de integração entre os requisitos do sistema. A leitura correta separa a obrigação da preferência: o dever é emitir o cartão a quem não o tem; a preferência recai sobre o meio de emissão. Quando o recurso de integração não estiver disponível no momento, a emissão se faz pelo meio disponível e o registro fica sinalizado para conferência posterior, de modo que a indisponibilidade momentânea não se converta em usuário sem cartão nem em número gerado fora do barramento.

O conteúdo do cadastro é conferido campo a campo, e não digitado por aproximação. Nome completo sem abreviação, nome social quando declarado, nome da mãe, data de nascimento, sexo, raça ou cor autodeclarada, nacionalidade, naturalidade, endereço com município de residência e contato telefônico. O contato merece atenção específica porque é ele que torna possível a confirmação prévia do agendamento e a comunicação de resultado: telefone

desatualizado converte-se, semanas depois, em vaga ociosa. O encerramento do cadastro se faz com a confirmação, em leitura em voz alta, do nome e da data de nascimento com o próprio usuário — o mesmo par de identificadores que a pulseira levará.

3.5 Identificação segura: emissão e conferência da pulseira

A pulseira é o único identificador que acompanha o usuário por toda a sua permanência na unidade, e é por isso que o instrumento contratual a exige de todo usuário que acessar a unidade em busca de atendimento, entregue no acolhimento. O item 8.7.7.2 relaciona o conteúdo de modo taxativo, e a lista não admite substituição por equivalente: o leito, o quarto, a maca e a ordem de chamada identificam o lugar em que a pessoa está, e não a pessoa — e o lugar muda ao longo do episódio, muitas vezes exatamente nos momentos em que a identificação mais importa.

Dado	Como se obtém	Por que integra a pulseira
Nome	Cadastro conferido contra o documento apresentado, sem abreviação, com nome social quando declarado	Primeiro identificador da conferência ativa junto ao usuário
Data de nascimento	Cadastro conferido contra o documento apresentado	Segundo identificador, que distingue homônimos e desfaz coincidência de nome
Data de entrada	Registro do acesso à unidade, no acolhimento	Situa o episódio no tempo e vincula a pulseira ao atendimento em curso
Hora de entrada	Anotada no momento do acesso, no acolhimento	Compõe o tempo entre a chegada e o primeiro atendimento e sustenta a série do indicador

Tabela 3.1 — Os quatro dados que o item 8.7.7.2 do instrumento contratual exige na pulseira de identificação, com a origem de cada um e a razão de estar ali.

A conferência é ativa e se faz por pergunta aberta. Pede-se ao usuário que diga o próprio nome e a própria data de nascimento, e confronta-se a resposta com o impresso. A diferença em relação à pergunta de confirmação não é de estilo: perguntar se o usuário é fulano convida à resposta afirmativa automática, que pessoas com dor, com medo, com déficit auditivo ou em desorientação dão com naturalidade. Quando o usuário não puder responder, a conferência se faz com o acompanhante, com o responsável ou com o documento, e a forma adotada é registrada, porque é ela que permite reconstituir depois em que base a identificação foi firmada.

A pulseira é conferida novamente antes de cada procedimento, coleta, administração de medicamento e transporte interno, e não apenas na sua emissão. Pulseira ausente, ilegível, rompida, frouxa ou divergente do cadastro interrompe a etapa: emite-se nova pulseira, com conferência integral dos dados, e registra-se a ocorrência. O registro dessas ocorrências não tem finalidade disciplinar e sim analítica — é ele que revela se a perda de pulseira se concentra em determinado setor, em determinado turno ou em determinado material, que são causas distintas e exigem providências distintas. O resultado consolidado compõe o indicador de proporção de pacientes com pulseiras padronizadas, cuja apuração o instrumento contratual atribui ao Núcleo de Segurança do Paciente, com mensuração mensal apresentada no dia 10 do mês subsequente.

3.6 O usuário sem documentação de identificação

O instrumento contratual determina solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação e, se for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SEMUS/NL. O verbo do dispositivo é solicitar, e a distinção entre solicitar e condicionar decide toda esta seção: a norma institui uma diligência administrativa a cargo da unidade, e não uma condição de acesso a cargo do usuário. Ler o dispositivo de outro modo seria ampliá-lo contra a finalidade do próprio instrumento, que assegura atendimento digno, universal e igualitário e o esclarecimento dos direitos dos usuários.

O percurso do usuário sem documento é, por isso, o percurso comum acrescido de duas cautelas. A primeira é a abertura de cadastro provisório sob identificador interno, sinalizado como provisório desde o primeiro momento — a sinalização é o que permitirá, mais tarde, unir os registros em vez de criar um segundo. A segunda é o registro cuidadoso do que se sabe: nome declarado, nome da mãe, data de nascimento quando declarada, e a identificação de quem acompanhou a entrada. Estando o usuário impossibilitado de se identificar, registram-se sexo aparente, faixa etária estimada, descrição física, vestuário, pertences e circunstância da chegada. Esses elementos parecem secundários e frequentemente são o único vínculo entre o usuário e a família que o procura.

A pulseira é emitida também aqui, com o identificador provisório no lugar do nome quando este for desconhecido, porque a exigência do item 8.7.7.2 alcança todo usuário que acessa a unidade em busca de atendimento. O Serviço Social é comunicado no mesmo turno, e a atribuição não é improvisada: o instrumento contratual relaciona entre as suas atividades a localização e a convocação de familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes que chegam ou permanecem na unidade desacompanhados, o acionamento dos serviços de apoio à população em situação de rua e o encaminhamento para a rede socioassistencial, incluída expressamente a isenção para segunda via de documentos de identificação.

Apresentada a documentação, o cadastro provisório é unificado com o definitivo, preservando-se integralmente os registros assistenciais produzidos sob o identificador provisório. A unificação é o ponto crítico do procedimento: o caminho fácil é abrir um cadastro novo e correto, deixando o provisório para trás com tudo o que ele contém — e é exatamente isso que produz o prontuário partido em dois. Por essa razão a regularização é tratada como continuidade do mesmo registro, e não como abertura de outro, e o seu desfecho é documentado.

3.7 Acolhimento administrativo e o limite da atuação da vigilância

O instrumento contratual é inusualmente explícito nesta matéria, e a explicitude tem história. O item 8.7.7.1 determina que todo usuário que entrar na unidade seja acolhido por um profissional de saúde e proíbe a permanência de vigilantes e controladores de acesso na porta realizando a primeira abordagem, acrescentando que todo usuário que der entrada no hospital deve ser abordado por profissional de saúde na entrada para realização do acolhimento. O item 12.23.4, alínea e, reforça a regra pelo outro lado, ao garantir o atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação. São dois dispositivos convergentes, e juntos eles não deixam margem interpretativa.

A razão da regra é assistencial antes de ser protocolar. A primeira abordagem é o momento em que se lê a necessidade de quem chega, e essa leitura exige formação em saúde: a pessoa que entra andando pode estar em quadro grave, e a que entra em alarme pode precisar de orientação e não de atendimento. Controle de acesso treinado para filtrar entrada faz exatamente aquilo para que foi treinado, e o que se perde nessa filtragem não é conforto: é tempo de reconhecimento de quadro grave. Daí a proibição ser de permanência na porta realizando a primeira abordagem, e não apenas de conduta inadequada.

O limite da vigilância, uma vez enunciado, delimita também o seu campo próprio, que é legítimo e necessário. A vigilância responde pela segurança patrimonial, pela ordem do ambiente e pelo apoio às equipes em situação de risco à integridade física de pacientes, acompanhantes e equipes. O que ela não faz é interceptar, triar ou informar. O posicionamento físico segue essa delimitação: a vigilância permanece de modo a não formar barreira entre quem chega e o profissional de saúde que acolhe, e a atuação em situação de conflito é acionada pela equipe, e não iniciada por ela na porta.

A recepção administrativa tem campo próprio, distinto dos dois anteriores. Ela cadastra, emite pulseira, registra acompanhante, confere agenda, orienta sobre percurso e horários e encaminha. O acolhimento e a recepção operam lado a lado e em sequência: o profissional de saúde acolhe e lê a necessidade; a recepção registra e identifica. O instrumento contratual exige ainda espaço físico adequado para receber familiares e cuidadores, de fácil acesso e próximo à entrada, com comunicação visual, mobiliário e demais condições, e determina que a comunicação de óbito ou de notícia difícil se faça nesse local, com equipe capacitada. A aferição do desempenho desta seção tem instrumento contratual próprio: o relatório de tempo de espera, que demonstra o tempo médio entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento pelo acolhimento, segregado por grau de prioridade clínica, e o mapa de acolhimento com escuta qualificada, que comprova o acolhimento em espaço adequado, com privacidade e identificação profissional.

3.8 Acompanhantes e visitantes: registro, acomodação e alimentação

O direito a acompanhante decorre de lei, e não da política interna da unidade. O art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente obriga os estabelecimentos de atendimento à saúde a proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente. O art. 16 do Estatuto da Pessoa Idosa assegura à pessoa idosa internada ou em observação o direito a acompanhante. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência dispõe sobre o acompanhamento e o atendimento prioritário. E a Lei n.º 11.108, de 2005, garante à parturiente a presença de acompanhante. O instrumento contratual reconhece essa base ao determinar a implementação, dentro dos limites físicos e operacionais da unidade, do dispositivo da visita ampliada e do direito ao acompanhante nos casos previstos em lei.

Do direito decorre um dever de registro, e é aqui que a execução costuma falhar. O instrumento contratual exige relatório estatístico comprovando o cumprimento da legislação de acompanhante, com detalhamento de eventuais impedimentos técnicos justificados. A consequência prática é direta: o impedimento técnico existe quando fundamentado e registrado no prontuário, e a ausência de registro equivale, para efeito de comprovação, a direito não

garantido. Por isso o protocolo trata a fundamentação do impedimento como parte do próprio ato de impedir, e não como formalidade posterior.

O registro do acompanhante é nominal e acompanha as trocas. Registram-se identificação, vínculo com o usuário, contato e período de permanência, e cada substituição é anotada com quem sai, quem entra e o horário. O acompanhante recebe identificação própria para uso durante a permanência e o Manual do Acompanhante impresso, com os horários dos serviços e as rotinas da unidade, cuja viabilização o instrumento contratual relaciona entre os requisitos mínimos do acolhimento. Os direitos e os deveres do acompanhante são esclarecidos no momento da internação, em linguagem e por meios compreensíveis. O fluxo dos visitantes é divulgado de forma ampla, por banners, placas, totens ou meios eletrônicos, conforme o mesmo conjunto de requisitos.

A acomodação e a alimentação seguem a redação do instrumento contratual, que determina providenciá-las para acompanhantes dos usuários quando necessário, atendendo a legislação vigente. O serviço de nutrição fornece aos acompanhantes desjejum, almoço e jantar, com opção de proteína, suco e sobremesa nas refeições principais, na forma prevista para os contemplados pelo serviço. A recepção registra a solicitação e a encaminha ao serviço responsável; o registro da solicitação e do seu atendimento é o que permite demonstrar o cumprimento e, quando a demanda superar a previsão, dimensioná-la com dado e não com impressão.

3.9 Agendamento, confirmação prévia e absenteísmo

O instrumento contratual descreve o funcionamento do ambulatório a partir do agendamento de consultas, que pode ser feito por encaminhamento médico, por meio de sistemas de regulação ou no pós-internação, e situa nesse ponto o registro inicial do paciente e o direcionamento à sala de espera. Determina ainda que a organização mantenha agenda externa da SEMUS/NI exclusivamente para a demanda referenciada ao Hospital Geral de Nova Iguaçu, e que obedeça às demandas e diretrizes da contratante para agendamento, marcação e realização de exames. As três regras, lidas em conjunto, definem a posição da unidade: ela opera a agenda referenciada, e não a redefine.

Há uma vedação expressa que governa a desmarcação e merece destaque próprio. O item 12.21.7 veda à contratada desmarcar qualquer exame de imagem agendado sem o consentimento prévio da Central de Regulação da SEMUS/NI, devendo ser garantido o reagendamento para que não haja prejuízo ao usuário. Trata-se de vedação, e não de recomendação: a necessidade operacional de remanejar um turno de exames não autoriza a desmarcação unilateral, e a providência correta é obter previamente o consentimento e assegurar a nova data. O registro do consentimento e do reagendamento integra o próprio ato.

A confirmação prévia dos atendimentos agendados é prática de organização do trabalho adotada pelo serviço, em rotina periódica por ele definida, e a sua finalidade é declarada: reduzir a vaga ociosa e permitir o remanejamento tempestivo da vaga liberada, de modo que a ausência de um usuário não se converta em oferta perdida para todos. O resultado de cada tentativa é registrado em três estados distintos — confirmado, desmarcado pelo usuário e contato não obtido —, porque eles têm causas e providências diferentes: o primeiro apenas confirma, o segundo libera

a vaga com antecedência e o terceiro é, quase sempre, sinal de cadastro desatualizado, que se corrige na próxima passagem do usuário pela recepção.

Uma precisão importa. O instrumento contratual não fixa meta de absenteísmo de usuário agendado, e a única menção a absenteísmo nele existente refere-se à ausência em postos de serviço, que é matéria de gestão de pessoas e não de agenda ambulatorial. O controle aqui descrito é, portanto, instrumento de organização interna, com finalidade declarada de aproveitamento da oferta, e não o cumprimento de meta contratual inexistente. O que se faz é registrar a ausência no mesmo dia em que ela ocorre, classificar a causa quando conhecida, remanejar a vaga segundo as diretrizes da contratante e consolidar o resultado por especialidade e por turno, porque a distribuição das ausências diz mais sobre a oferta do que o seu total agregado.

3.10 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Duas separações organizam a matriz. A primeira é a que o próprio instrumento contratual impõe entre acolhimento e controle de acesso: quem acolhe é profissional de saúde, quem guarda o patrimônio não aborda. A segunda é a que separa o registro administrativo da leitura clínica: a recepção responde por quem a pessoa é, e a assistência responde pelo que ela tem. Nenhuma das duas desconfia de ninguém — ambas apenas reconhecem que competências distintas produzem decisões distintas, e que confundi-las produz risco assistencial de um lado e retrabalho administrativo do outro.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação da recepção e do cadastro	Responde pela organização das três portas de entrada, pela qualidade do cadastro, pela análise periódica dos indicadores e pela devolutiva às áreas envolvidas
Profissional de saúde do acolhimento	Realiza a primeira abordagem na entrada, escuta a demanda, presta informação ao usuário e encaminha ao dispositivo de classificação de risco ou ao serviço de destino
Atendente de recepção e cadastro	Cadastra e confere os dados, vincula ou emite o cartão nacional, emite a pulseira, registra acompanhantes e visitantes e confere a agenda do usuário referenciado
Serviço Social	Localiza e convoca familiares e rede de apoio de usuários desacompanhados, aciona os serviços de apoio à população em situação de rua e encaminha para isenção de segunda via de documentos
Coordenação do ambulatório	Responde pela operação da agenda referenciada, pela confirmação prévia, pelo remanejamento da vaga liberada e pela consolidação das ausências por especialidade
Núcleo de Segurança do Paciente	Acompanha, analisa e compila o indicador de identificação do paciente e devolve às áreas as falhas recorrentes de identificação
Serviço de vigilância patrimonial	Responde pela segurança do patrimônio e pela ordem do ambiente, sem realizar a primeira abordagem do usuário na porta nem prestar informação sobre atendimento

Função	Responsabilidade neste protocolo
Ouvidoria	Recebe e trata as manifestações dos usuários, devolve à recepção e ao acolhimento as causas que neles nascem e responde pelo indicador de resolubilidade

Tabela 3.2 — As oito funções que respondem pela porta administrativa e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a primeira abordagem do usuário na entrada, que é de profissional de saúde por determinação expressa do instrumento contratual; a prestação de informação sobre atendimento, reservada a profissional de saúde de nível superior ou médio; a decisão sobre impedimento à permanência de acompanhante, que exige fundamentação registrada no prontuário; e a desmarcação de exame de imagem agendado, que depende de consentimento prévio da Central de Regulação.

3.11 Interface com a assistência, o arquivo clínico e o faturamento

A recepção é setor de passagem, e setor de passagem só é bem avaliado pelo que entrega às etapas seguintes. Quatro interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. Nomear o ponto de falha é o que permite substituir a cobrança genérica por providência localizada, e é também o que impede que cada setor conclua, ao fim do mês, que o problema nasceu no outro.

Com a assistência, a interface é o encaminhamento do usuário identificado ao dispositivo de acolhimento com classificação de risco. O ponto de falha é a fila que se forma entre a chegada e a primeira abordagem, e o seu efeito é medido pelo tempo médio entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento pelo acolhimento, segregado por grau de prioridade clínica. O tratamento é o registro dos dois horários no momento em que ocorrem e a comunicação imediata à coordenação diante de aglomeração ou de espera prolongada — o dado reconstituído ao fim do plantão não sustenta análise.

Com o arquivo clínico, a interface é o identificador único do usuário. O ponto de falha é a duplicidade de registro, que produz dois prontuários para a mesma pessoa e transfere ao arquivo a tarefa de reconciliar o que a recepção separou. O tratamento é a busca obrigatória na base local e no barramento nacional antes de qualquer inclusão, a sinalização da duplicidade encontrada e a unificação com preservação do histórico dos dois registros. A guarda, a composição e a destinação do prontuário são objeto do protocolo administrativo do arquivo clínico, que este apenas alimenta.

Com o faturamento, a interface é a consistência dos dados de identificação. O ponto de falha é a rejeição da produção por inconsistência do cadastro do usuário, cuja origem é sempre anterior ao faturamento e quase sempre está na entrada. O tratamento é a conferência do cartão nacional na admissão e a correção da divergência antes que a competência se encerre. Com a ouvidoria, por fim, a interface é a manifestação do usuário: reclamações sobre acesso, informação, espera e trato nascem majoritariamente na porta, e a devolutiva da ouvidoria à recepção e ao acolhimento é a fonte mais direta de correção de que este protocolo dispõe.

3.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa da porta administrativa produz um documento, e cada documento tem produtor declarado, lugar de guarda e prazo. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — horário anotado de memória ao fim do turno corrompe a série do tempo de espera, e série corrompida faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Cadastro do usuário e cartão nacional vinculado ou emitido	Recepção e cadastro	Prontuário eletrônico	Prazo aplicável ao documento
Emissão da pulseira, com data e hora, e ocorrências de reposição	Acolhimento e recepção	Prontuário eletrônico	Prazo aplicável ao documento
Cadastro provisório, solicitação de documento e termo de unificação	Recepção, com apoio do Serviço Social	Prontuário eletrônico	Prazo aplicável ao documento
Horário de chegada e horário da primeira abordagem	Acolhimento	Sistema de ordenamento de atendimento	Prazo aplicável ao documento
Registro nominal de acompanhantes, visitantes e trocas	Recepção	Livro ou módulo próprio de controle de acesso	Prazo aplicável ao documento
Impedimento técnico à permanência de acompanhante, fundamentado	Equipe assistencial	Prontuário do usuário	Prazo aplicável ao documento
Agendamento, confirmação prévia, presença, ausência e remanejamento	Ambulatório e recepção	Sistema de gestão, módulo de agenda	Prazo aplicável ao documento
Consolidados mensais que compõem os indicadores contratuais	Coordenação, com o Núcleo de Segurança do Paciente	Pasta da competência	Cinco anos

Tabela 3.3 — Os oito registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os consolidados mensais que compõem os indicadores contratuais, porque integram os arquivos da prestação de contas e seguem o prazo destes. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível, e o registro que integra o prontuário segue a temporalidade do próprio prontuário. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico. Todo o conjunto trata dados pessoais e dados pessoais sensíveis, e por isso o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê — exigência que decorre da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e que o instrumento contratual reafirma ao determinar a implementação de protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso.

3.13 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu na porta administrativa. Ela é registrada sem procura de culpado e

analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência. O critério de gravidade não é o incômodo gerado e sim a consequência possível: falha de identificação tem potencial de dano assistencial e recebe tratamento prioritário, ainda quando não tenha produzido dano naquele caso.

As espécies mais frequentes são conhecidas e têm causas distintas. O registro duplicado nasce da inclusão feita sem busca prévia, e evita-se pesquisando a base local e o barramento nacional antes de criar. A pulseira ausente, ilegível ou divergente nasce na emissão apressada ou na conferência que não se repetiu antes da etapa assistencial, e evita-se conferindo na emissão e novamente antes de cada procedimento. A primeira abordagem feita por quem não é profissional de saúde nasce de posicionamento físico inadequado na entrada e de escala mal distribuída nos horários de maior fluxo, e evita-se ajustando ambos. O acompanhante não registrado nasce da troca informal na virada do turno, e evita-se registrando cada substituição no momento em que ela ocorre.

Duas espécies têm consequência contratual direta e por isso recebem tratamento reforçado. A desmarcação de exame de imagem sem consentimento prévio da Central de Regulação contraria vedação expressa do instrumento contratual, e o seu tratamento inclui a comunicação à central, o reagendamento imediato e o registro da causa. A ausência de fundamentação registrada para impedimento à permanência de acompanhante converte-se, na comprovação mensal exigida, em direito não garantido, e o seu tratamento é a recomposição do registro junto à equipe assistencial e a devolutiva sobre a exigência.

A manifestação da ouvidoria é fonte privilegiada de não conformidade desta porta, e é tratada como tal. O instrumento contratual exige a consolidação de elogios, sugestões e reclamações acompanhada obrigatoriamente das análises de causa raiz e das respostas individuais dadas aos pacientes e familiares. O protocolo adota essa exigência como método: cada manifestação relativa a acesso, informação, espera ou trato é classificada pela causa, devolvida à função em que a causa nasce e acompanhada até o desfecho. A análise das manifestações é feita pela coordenação com as funções envolvidas, e não isoladamente dentro da recepção, porque parte relevante das causas nasce fora dela.

3.14 Indicadores e monitoramento

O monitoramento desta porta tem quatro instrumentos, de naturezas distintas, e confundi-los empobrece a análise. Dois são indicadores de desempenho mensal do contrato de gestão, com fórmula, meta e pontuação fixadas no instrumento. Um é indicador de segurança do paciente, cuja apuração o instrumento atribui ao Núcleo de Segurança do Paciente, com mensuração mensal apresentada no dia 10 do mês subsequente. O quarto é um relatório de execução da política de humanização, que demonstra o tempo médio entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento pelo acolhimento, segregado por grau de prioridade clínica.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Resolubilidade da ouvidoria	Total de manifestações resolvidas ÷ total de reclamações, solicitações e denúncias × 100	≥ 90,0%	100,0% — 21 de 21

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Resultado positivo de pesquisa de satisfação	$\text{Soma dos usuários classificados como promotores} \div \text{total de pesquisas respondidas} \times 100$	$\geq 70,0\%$	99,3% — 410 de 413
Identificação do paciente	$\text{Pacientes com pulseira padronizada} \div \text{pacientes atendidos na unidade} \times 100$	Apuração mensal	Apurado pelo Núcleo de Segurança do Paciente
Tempo de espera no acolhimento	Tempo médio entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento pelo acolhimento, segregado por grau de prioridade clínica	Relatório mensal	Composto pelos horários registrados na entrada

Tabela 3.4 — Os dois indicadores contratuais de desempenho mensal que a porta administrativa influencia diretamente, o indicador de identificação do paciente e o relatório de tempo de espera, com fórmula, meta e resultado publicado no instrumento.

▣ O QUE O NÚMERO DIZ, LIDO PELA FÓRMULA
▸ O denominador da resolubilidade da ouvidoria são as reclamações, solicitações e denúncias: 21 no mês de referência. O numerador são as manifestações resolvidas: também 21.
▸ O indicador está em 100,0% sobre base pequena. Base pequena não significa desempenho fácil: significa que uma única manifestação não resolvida derruba o resultado para 95,2%, abaixo de nenhuma meta, mas já em trajetória.
▸ A pesquisa de satisfação teve 413 respostas, das quais 410 de promotores. As três respostas restantes não são ruído estatístico: são três usuários identificáveis, e a análise de causa raiz exigida pelo instrumento contratual atua sobre elas.
▸ Os dois indicadores estão acima da meta. Mantê-los é trabalho distinto de alcançá-los, e o risco de quem está no teto é confundir estabilidade com garantia.
▸ O indicador de identificação do paciente e o relatório de tempo de espera não têm meta percentual fixada no instrumento: são exigências de apuração e de demonstração, e o que se acompanha neles é a série, não o corte.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os indicadores contratuais e as exigências de apuração acima relacionadas. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros: proporção de cadastros com cartão nacional vinculado, ocorrências de duplicidade sinalizadas e unificadas, ocorrências de pulseira ausente ou ilegível por setor e por turno, taxa de confirmação prévia obtida e distribuição das ausências de usuários agendados por especialidade e por turno. A terceira acompanha as manifestações da ouvidoria classificadas por causa, que é a leitura que o usuário faz do mesmo processo.

A análise é feita pela coordenação com as funções envolvidas, e não isoladamente dentro da recepção. A razão é a mesma que organiza a seção de interfaces: dois dos indicadores internos não pertencem à recepção — a ocorrência de pulseira ausente nasce, com frequência, no setor onde o usuário está internado, e a ausência de usuário agendado depende da oferta e do contato cadastral tanto quanto da vontade de quem faltou. Medi-los em conjunto é o que impede que

cada setor conclua que a causa foi do outro, e é também o que transforma o indicador em pauta de melhoria em vez de instrumento de cobrança.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

3.15 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração das diretrizes da SEMUS/NI quanto ao fluxo de encaminhamento e ao agendamento, mudança na legislação de direito a acompanhante, alteração dos indicadores contratuais, mudança no sistema de gestão e prontuário eletrônico, ou achado de auditoria que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e a aderência é verificada periodicamente. A recepção é setor de alta rotatividade e de trabalho em turnos, o que torna o registro do treinamento mais relevante aqui do que em outros processos: quem entra na escala precisa encontrar a regra escrita, e não apenas a prática do colega ao lado.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação da recepção e do cadastro, com validação da direção técnica quanto ao que toca o acolhimento e a identificação do paciente e da direção administrativa quanto ao que toca o registro e a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional. As manifestações da ouvidoria relativas ao acesso integram, por decisão do serviço, as fontes de proposta de revisão, uma vez que descrevem o processo do ponto de vista de quem o atravessa.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

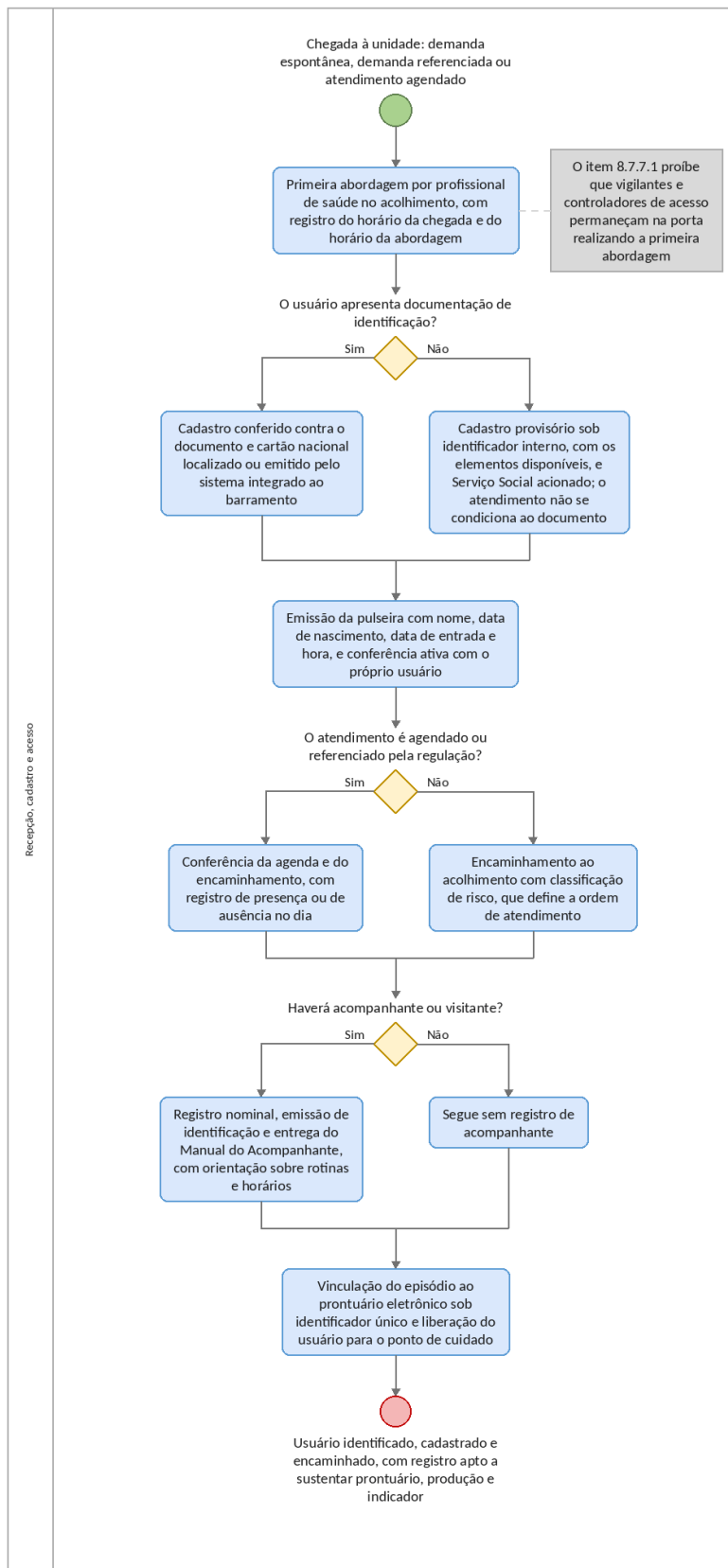
A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as

Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

3.16 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da chegada do usuário até o encaminhamento ao ponto de cuidado, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a apresentação de documentação de identificação, que decide entre o cadastro conferido e o cadastro provisório com acionamento do Serviço Social; a existência de agendamento ou de referência, que separa a conferência da agenda do encaminhamento à classificação de risco; e a presença de acompanhante ou de visitante, que aciona o registro nominal e a entrega do manual. A nota de tronco fixa a razão da primeira abordagem ser de profissional de saúde, que é a regra estruturante de toda a porta administrativa.

Da chegada do usuário ao encaminhamento ao ponto de cuidado



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.7.1, 8.7.7.2, 12.12.19, 12.12.21 e 31.2.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.3.1, 8.7.5.2, 8.7.7.1, 8.7.7.2, 8.7.7.4, 8.7.12.2, 8.7.16.4, 8.7.23.4.1, 12.12.11, 12.12.12, 12.12.19, 12.12.21, 12.12.22, 12.17.4, 12.21.7, 12.23.4, 12.32.1, 12.32.4.3, 12.32.5, 12.35.24, 26.3.11 e 31.2, e Quadro 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 12. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa, art. 16. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pnsp>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização — HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/humanizasus>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cartão Nacional de Saúde — CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Manual de Acolhimento à Família. Rio de Janeiro: SES/RJ. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os seis procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 3.16 e descreve o percurso inteiro da porta administrativa.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-REC-01	Cadastro do usuário e emissão do Cartão SUS	3.4
POP-REC-02	Identificação segura — emissão e conferência da pulseira	3.5
POP-REC-03	Atendimento ao usuário sem documentação de identificação	3.6
POP-REC-04	Acolhimento administrativo na entrada	3.7
POP-REC-05	Registro e controle de acompanhantes e visitantes	3.8
POP-REC-06	Agendamento ambulatorial, confirmação e controle de absenteísmo	3.9

Tabela 3.5 — Os seis procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-REC-01. Cadastro do usuário e emissão do Cartão SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-01.1 Quando usar

- › Em todo primeiro contato do usuário com a unidade, qualquer que seja a porta de entrada.
- › No retorno do usuário já cadastrado, para conferência e atualização do registro.
- › Sempre que a busca no barramento nacional não localizar o cartão do usuário.
- › Sempre que forem identificados dois registros distintos para a mesma pessoa.

POP-REC-01.2 Fundamento

Item 12.12.19 do termo de referência, que determina solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação; item 12.12.21, que determina emitir o cartão SUS, preferencialmente, com o sistema de registro eletrônico do paciente contratado integrado ao barramento CNS do DATASUS; item 12.32.4.3, que exige ferramenta que permita a integração ao barramento do CNS; e item 31.2, que fixa o prontuário eletrônico como fonte dos registros de entrada e de saída. Seção 3.4 do protocolo.

! O CADASTRO DA ENTRADA É A MATRIZ DE TUDO O QUE VEM DEPOIS

- › O mesmo dado identifica o prontuário, sustenta a produção apresentada e alimenta os indicadores contratuais: erro cometido aqui reaparece em todos eles.
- › Nome grafado por aproximação e data de nascimento estimada geram registro duplicado, e o registro duplicado parte a história clínica do usuário em duas.
- › A busca no barramento nacional precede a criação de cartão novo. Criar cartão sem procurar o existente é a origem mais comum da duplicidade.
- › A solicitação da documentação é diligência administrativa e não é condição do atendimento: o usuário sem documento segue pelo POP-REC-03.

POP-REC-01.3 Sequência de execução

1. Receber o usuário ou o seu representante legal e solicitar a documentação de identificação e, quando for o caso, o documento de encaminhamento previsto no fluxo estabelecido pela SEMUS/NI.
2. Pesquisar o usuário na base local pelo nome completo, pelo nome da mãe e pela data de nascimento, antes de qualquer inclusão.
3. Não localizando registro local, consultar o barramento nacional do cartão de saúde a partir do sistema de prontuário eletrônico.
4. Localizado o cartão, vincular o número ao registro local e conferir os dados retornados contra o documento apresentado.
5. Não localizado o cartão, emitir o cartão pelo sistema integrado ao barramento, na forma do item 12.12.21.
6. Conferir e completar os dados de identificação: nome completo sem abreviação, nome social quando declarado, nome da mãe, data de nascimento, sexo, raça ou cor autodeclarada, nacionalidade e naturalidade.
7. Registrar endereço, município de residência e contato telefônico, informando ao usuário que o contato é usado para confirmação de agendamento e para comunicação de resultado.
8. Registrar a origem do atendimento: demanda espontânea, encaminhamento, regulação ou retorno pós-internação.
9. Havendo dois registros para a mesma pessoa, sinalizar a duplicidade para unificação, sem excluir o histórico de nenhum deles.
10. Confirmar com o usuário, em leitura em voz alta, o nome e a data de nascimento antes de encerrar o cadastro.
11. Liberar o atendimento, gerar a pulseira pelo POP-REC-02 e encaminhar o usuário ao acolhimento.

Campo	Origem do dado	Efeito da inconsistência
Nome completo e nome social	Documento apresentado e declaração do usuário	Registro duplicado e falha na conferência da pulseira
Nome da mãe e data de nascimento	Documento apresentado	Impossibilidade de localizar o cartão no barramento nacional
Número do cartão nacional	Barramento CNS do DATASUS	Rejeição da produção por inconsistência de identificação
Endereço e contato	Declaração do usuário	Confirmação prévia de agendamento inviabilizada
Origem do atendimento	Encaminhamento, regulação ou demanda espontânea	Perda da rastreabilidade do fluxo de referência

Tabela POP-REC-01.1 — Campos do cadastro, origem do dado e efeito da inconsistência.

✓ O QUE SUSTENTA O CADASTRO
› Procurar antes de criar: base local primeiro, barramento nacional depois.
› Nome completo sem abreviação, e nome social registrado quando declarado.
› Confirmação em voz alta do nome e da data de nascimento com o próprio usuário.
› Duplicidade sinalizada para unificação, com preservação do histórico dos dois registros.

✗ O QUE CORROMPE O CADASTRO
› Criar cartão novo sem consultar o barramento nacional.
› Estimar data de nascimento ou grafar o nome por aproximação fonética.
› Aproveitar o cadastro de um familiar homônimo para poupar tempo de digitação.
› Condicionar o atendimento à apresentação do documento de identificação.

POP-REC-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

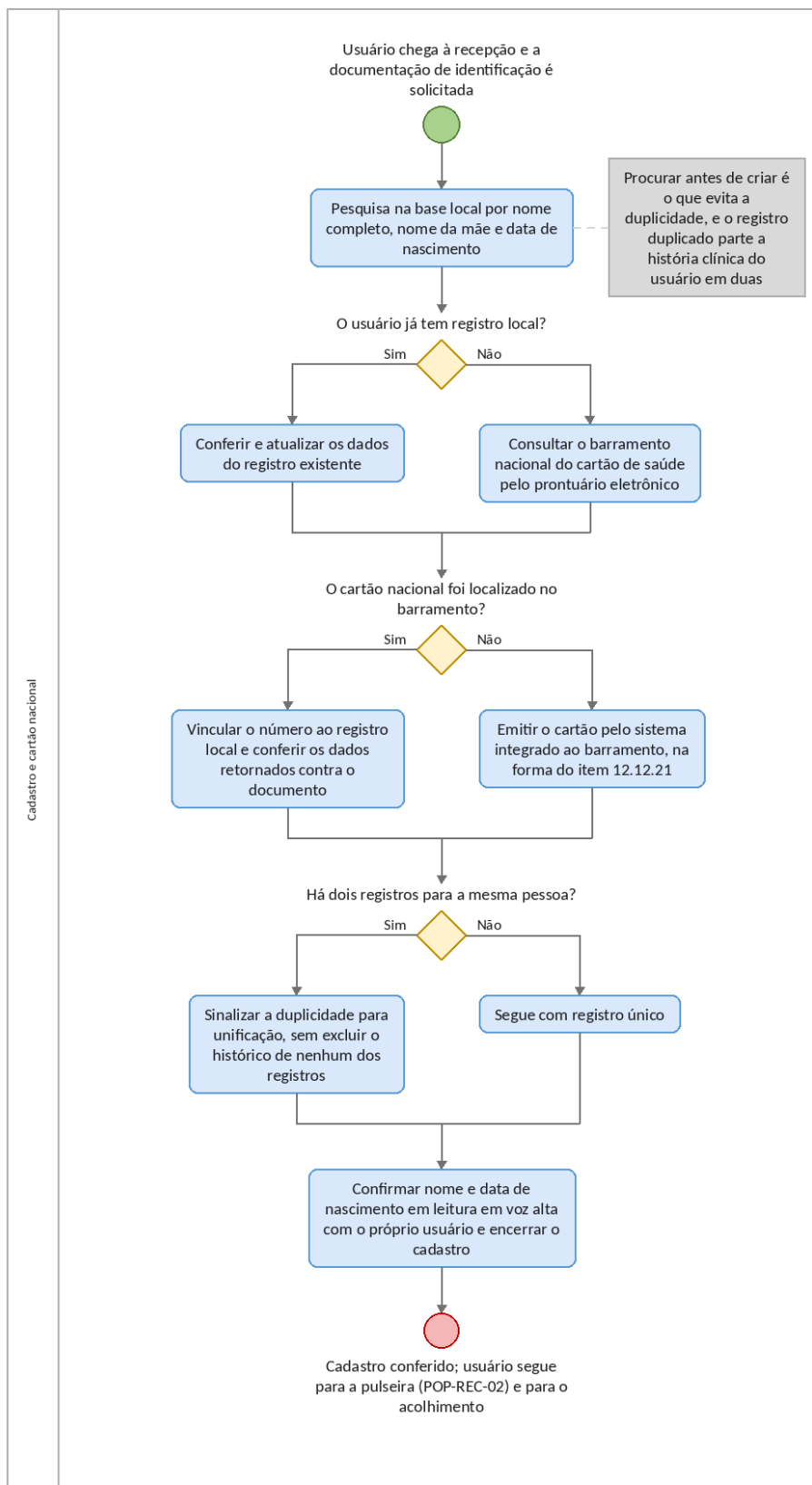
- › Cadastro do usuário no sistema de prontuário eletrônico, com identificador único.
- › Número do cartão nacional vinculado ao registro, com a data da emissão ou da vinculação.
- › Registro da consulta ao barramento nacional quando o cartão não for localizado.
- › Sinalização de duplicidade e o desfecho da unificação, quando houver.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Procurar antes de criar	Base local, depois barramento nacional; só então cartão novo.
Preferencialmente integrado	O item 12.12.21 fixa a preferência pelo sistema integrado ao barramento CNS.
Duplicidade parte a história	Dois registros para a mesma pessoa partem o prontuário em dois.
Confirmar em voz alta	Nome e data de nascimento conferidos com o próprio usuário.
O documento não é condição	Solicitar é diligência; o atendimento segue pelo POP-REC-03.

POP-REC-01.5 Fluxograma

O fluxograma do cadastro tem três bifurcações que mudam o percurso: a existência de registro local, que decide entre atualizar e procurar fora; a localização do cartão no barramento nacional, que separa a vinculação da emissão; e a presença de registro duplicado, que aciona a sinalização para unificação antes de o cadastro se encerrar.

POP-REC-01 — Cadastro do usuário e emissão do Cartão SUS



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.12.19, 12.12.21, 12.32.4.3 e 31.2.

POP-REC-02. Identificação segura — emissão e conferência da pulseira

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-02.1 Quando usar

- › Em todo usuário que acessar a unidade em busca de atendimento, no acolhimento.
- › Na admissão para internação, para observação e para procedimento em hospital-dia.
- › Sempre que a pulseira estiver ilegível, rompida, frouxa ou tiver sido retirada.
- › Antes de todo procedimento, administração de medicamento, coleta ou transporte interno.

POP-REC-02.2 Fundamento

Item 8.7.7.2 do termo de referência: todo usuário que acessar a unidade em busca de atendimento deverá receber uma pulseira de identificação contendo nome, data de nascimento, data de entrada e hora, no acolhimento. Item 8.7.23.4.1, que atribui ao Núcleo de Segurança do Paciente o acompanhamento do indicador de proporção de pacientes com pulseiras padronizadas, com mensuração mensal apresentada no dia 10 do mês subsequente. Seção 3.5 do protocolo.

! A PULSEIRA É O ÚNICO IDENTIFICADOR QUE ACOMPANHA O USUÁRIO

- › O leito, o quarto e a ordem da fila identificam o lugar, não a pessoa: nenhum deles substitui a pulseira.
- › A conferência é ativa e por pergunta aberta — pede-se ao usuário que diga o nome e a data de nascimento, em vez de perguntar se ele é fulano.
- › Quando o usuário não puder responder, a conferência é feita com o acompanhante ou com o responsável, e o fato é registrado.
- › Pulseira ilegível, rompida ou retirada é substituída na hora, com conferência integral dos dados antes da nova emissão.

POP-REC-02.3 Sequência de execução

1. Confirmar que o cadastro do usuário está concluído e conferido, na forma do POP-REC-01.
2. Emitir a pulseira com os quatro dados exigidos pelo item 8.7.7.2: nome, data de nascimento, data de entrada e hora de entrada.
3. Conferir a impressão antes de colocar a pulseira, verificando legibilidade e ausência de abreviação no nome.
4. Pedir ao usuário que diga o próprio nome e a data de nascimento, e confrontar a resposta com o impresso.
5. Não podendo o usuário responder, confrontar com o acompanhante, com o responsável ou com o documento, e registrar a forma de conferência adotada.
6. Colocar a pulseira em membro que não comprometa o cuidado, ajustada de modo a não deslizar nem constringir.
7. Orientar o usuário e o acompanhante sobre a finalidade da pulseira e sobre a necessidade de comunicar rompimento ou ilegibilidade.
8. Registrar no prontuário eletrônico a emissão da pulseira, com data e hora.
9. Conferir a pulseira antes de cada procedimento, coleta, administração de medicamento e transporte interno.
10. Identificando ausência, ilegibilidade ou divergência, interromper a etapa, emitir nova pulseira e registrar a ocorrência.
11. Encaminhar as ocorrências ao Núcleo de Segurança do Paciente para composição do indicador.

Dado	Fonte	Cuidado na emissão
Nome	Cadastro conferido contra o documento	Sem abreviação; nome social registrado quando declarado
Data de nascimento	Cadastro conferido contra o documento	Segundo identificador da conferência ativa
Data de entrada	Registro do acolhimento	Data do acesso à unidade, não a da emissão
Hora de entrada	Registro do acolhimento	Anotada no momento, nunca reconstituída depois

Tabela POP-REC-02.1 — Os quatro dados obrigatórios da pulseira e a sua fonte.

✓ O QUE TORNA A IDENTIFICAÇÃO SEGURA

- › Dois identificadores conferidos: nome e data de nascimento.
- › Pergunta aberta ao usuário, e não pergunta de confirmação.
- › Substituição imediata da pulseira ilegível, rompida ou retirada.
- › Conferência repetida antes de cada procedimento, coleta e transporte.

✕ O QUE ANULA A IDENTIFICAÇÃO

- › Identificar o usuário pelo número do leito, pelo quarto ou pela ordem de chamada.
- › Perguntar se o usuário é fulano, permitindo resposta afirmativa automática.
- › Prosseguir com procedimento diante de pulseira ausente, ilegível ou divergente.
- › Reconstituir a hora de entrada ao fim do plantão.

POP-REC-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Emissão da pulseira registrada no prontuário eletrônico, com data e hora.
- › Forma de conferência adotada quando o usuário não puder responder.
- › Ocorrências de pulseira ausente, ilegível ou divergente, com a providência tomada.
- › Consolidação mensal para o indicador do Núcleo de Segurança do Paciente.

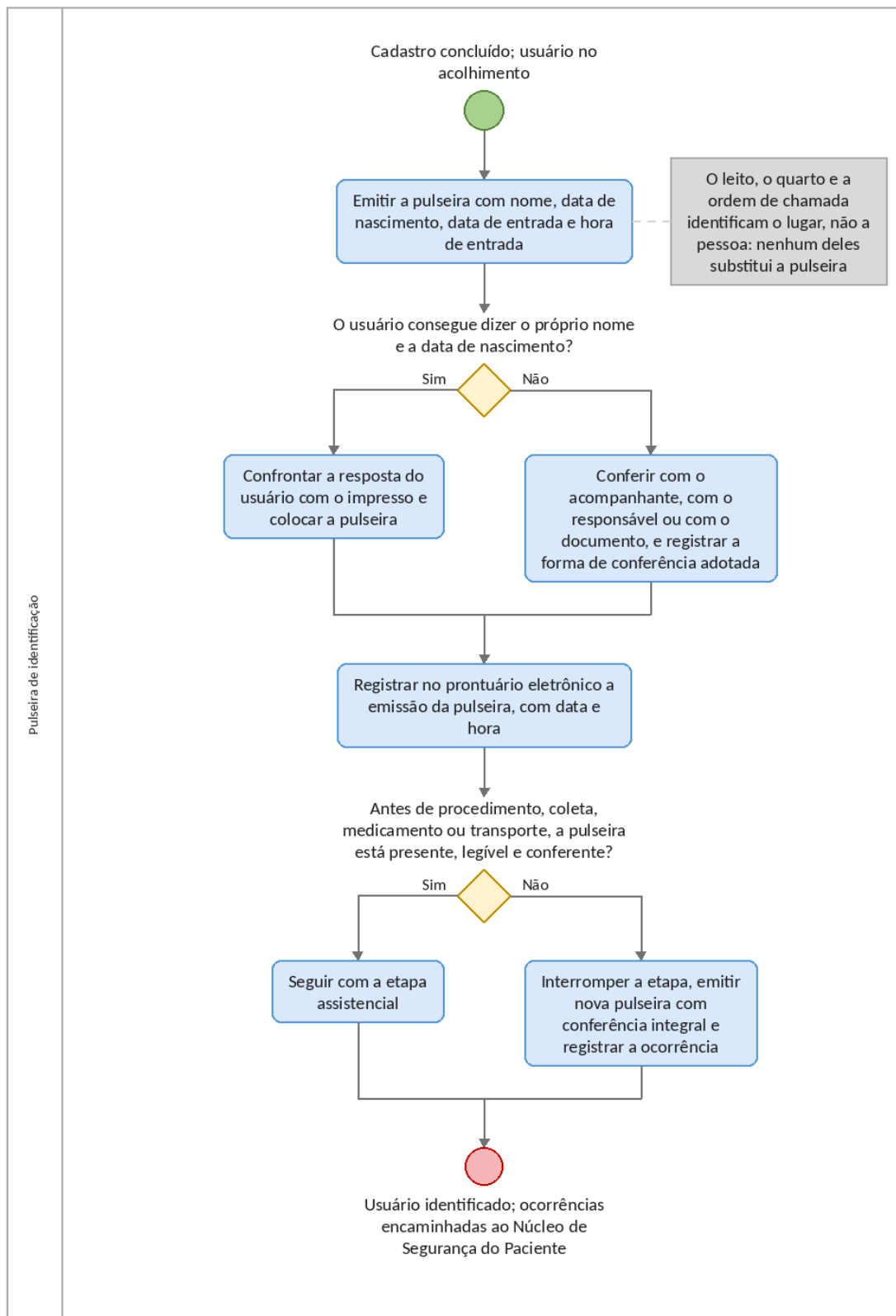
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quatro dados	Nome, data de nascimento, data de entrada e hora, conforme o item 8.7.7.2.
Pergunta aberta	Pede-se ao usuário que diga o nome; não se pergunta se ele é fulano.
O leito não identifica	Lugar não é pessoa; a pulseira acompanha o usuário.
Substituir na hora	Pulseira ilegível ou rompida é trocada antes da próxima etapa.
Indicador mensal	Proporção de pacientes com pulseira padronizada, apurada pelo NSP.

POP-REC-02.5 Fluxograma

O fluxograma da pulseira mostra as duas decisões que efetivamente mudam a conduta: a capacidade de o próprio usuário dizer nome e data de nascimento, que define com quem se faz a conferência ativa, e o estado da pulseira antes de cada etapa assistencial, que interrompe o percurso quando ela está ausente, ilegível ou divergente.

POP-REC-02 — Identificação segura: emissão e conferência da pulseira



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.7.2 e 8.7.23.4.1.

POP-REC-03. Atendimento ao usuário sem documentação de identificação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-03.1 Quando usar

- › Sempre que o usuário ou o seu representante legal não apresentar documentação de identificação no momento do acesso.
- › No atendimento de usuário trazido em situação de inconsciência, de desorientação ou de impossibilidade de comunicação.
- › No atendimento de usuário desacompanhado cuja rede de apoio precise ser localizada.
- › Na regularização posterior do cadastro provisório, quando a documentação for apresentada.

POP-REC-03.2 Fundamento

Item 12.12.19 do termo de referência, que determina solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação e, se for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SEMUS/NI — o dispositivo institui a diligência de solicitar, e não condiciona o atendimento à apresentação. Item 8.7.3.1, incisos XIII, XV e XVI, que atribuem ao Serviço Social o encaminhamento para isenção de segunda via de documentos de identificação, a localização e a convocação de familiares e responsáveis de usuários que chegam desacompanhados e o acionamento dos serviços de apoio à população em situação de rua. Seção 3.6 do protocolo.

! SOLICITAR O DOCUMENTO NÃO É CONDICIONAR O ATENDIMENTO

- › O item 12.12.19 determina solicitar a documentação; não autoriza recusar, adiar ou hierarquizar o atendimento por falta dela.
- › O usuário sem documento é cadastrado sob identificador interno provisório e recebe pulseira como qualquer outro, na forma do item 8.7.7.2.

! SOLICITAR O DOCUMENTO NÃO É CONDICIONAR O ATENDIMENTO

- › O cadastro provisório é sinalizado como tal desde a abertura, para que a regularização posterior una os registros em vez de criar um segundo.
- › Descrição física e vestuário anotados no acolhimento são, muitas vezes, o único vínculo entre o usuário e a família que o procura.

POP-REC-03.3 Sequência de execução

1. Solicitar ao usuário ou ao representante legal a documentação de identificação, registrando a solicitação e a resposta obtida.
2. Não havendo documento, abrir cadastro provisório sob identificador interno da unidade, sinalizado como provisório no sistema.
3. Registrar os elementos disponíveis: nome declarado, nome da mãe, data de nascimento aproximada quando declarada, e a informação de quem acompanhou a entrada.
4. Estando o usuário impossibilitado de se identificar, registrar sexo aparente, faixa etária estimada, descrição física, vestuário, pertences e circunstância da chegada.
5. Emitir a pulseira pelo POP-REC-02, com o identificador provisório no lugar do nome quando este for desconhecido.
6. Comunicar o Serviço Social no mesmo turno, para localização e convocação de familiares, responsáveis ou rede de apoio.
7. Acionar, por meio do Serviço Social, os serviços de apoio à população em situação de rua quando a situação o indicar.
8. Encaminhar o usuário ao acolhimento e ao ponto de cuidado sem aguardar a regularização documental.
9. Pesquisar no barramento nacional, à medida que surgirem elementos de identificação, a existência de cartão do usuário.
10. Apresentada a documentação, unificar o cadastro provisório com o definitivo, preservando integralmente os registros assistenciais produzidos sob o identificador provisório.
11. Orientar o usuário ou a família, pelo Serviço Social, quanto ao encaminhamento para isenção de segunda via de documentos de identificação.

Condição na chegada	O que se registra	Providência imediata
Consciente, sem documento em mãos	Nome declarado, nome da mãe e data de nascimento	Cadastro provisório e busca no barramento nacional
Consciente, sem qualquer identificação	Elementos declarados e circunstância da chegada	Cadastro provisório e comunicação ao Serviço Social
Impossibilitado de se identificar	Descrição física, vestuário, pertences e acompanhantes	Cadastro provisório e localização da rede de apoio

Condição na chegada	O que se registra	Providência imediata
Criança ou adolescente desacompanhado	Elementos disponíveis e circunstância da chegada	Comunicação ao Serviço Social para convocação do responsável

Tabela POP-REC-03.1 — Elementos a registrar conforme a condição do usuário.

✓ O QUE PROTEGE O USUÁRIO SEM DOCUMENTO
› Cadastro provisório aberto de imediato, sinalizado como provisório.
› Descrição objetiva registrada quando o usuário não puder se identificar.
› Serviço Social comunicado no mesmo turno, para localizar a rede de apoio.
› Unificação posterior dos registros, sem perda do que foi produzido no provisório.

✗ O QUE NÃO SE FAZ
› Condicionar, adiar ou hierarquizar o atendimento à apresentação de documento.
› Deixar o usuário sem pulseira por não haver nome confirmado.
› Abrir um segundo cadastro quando a documentação é apresentada depois.
› Registrar suposição sobre a identidade do usuário como se fosse dado conferido.

POP-REC-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

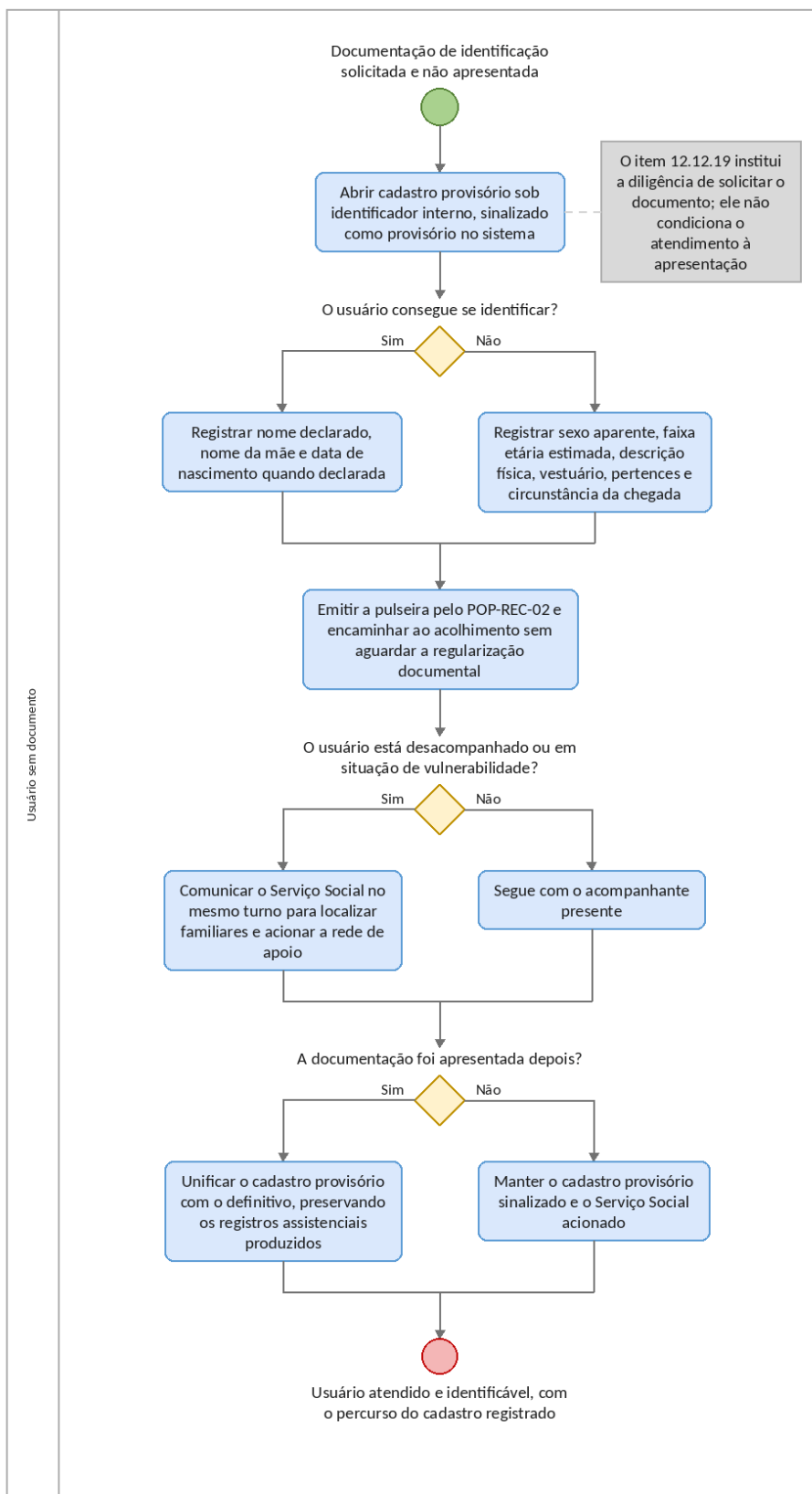
- › Cadastro provisório sinalizado, com identificador interno e data de abertura.
- › Registro da solicitação da documentação e da resposta obtida.
- › Comunicação ao Serviço Social e o desfecho da localização da rede de apoio.
- › Termo de unificação do cadastro provisório com o definitivo, quando ocorrer.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Solicitar, não condicionar	O item 12.12.19 institui a diligência, não a condição.
Provisório sinalizado	O cadastro nasce marcado, para que depois se una e não se duplique.
Descrição vale identificação	Quando não há nome, a descrição objetiva é o que resta.
Serviço Social no mesmo turno	Localização de familiares e acionamento da rede de apoio.
Unificar, nunca recriar	Os registros do provisório seguem para o cadastro definitivo.

POP-REC-03.5 Fluxograma

O fluxograma do usuário sem documento tem três bifurcações: a capacidade de se identificar, que define o que se registra; a situação de desacompanhamento ou vulnerabilidade, que aciona o Serviço Social; e a apresentação posterior do documento, que decide entre unificar o cadastro provisório e mantê-lo sinalizado.

POP-REC-03 — Atendimento ao usuário sem documentação de identificação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.12.19 e 8.7.3.1, incisos XIII, XV e XVI.

POP-REC-04. Acolhimento administrativo na entrada

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-04.1 Quando usar

- › Na chegada de todo usuário à unidade, por qualquer porta de entrada.
- › Na chegada de familiar ou responsável em busca de informação sobre usuário internado.
- › Em situação de aglomeração na entrada ou de espera prolongada para a primeira abordagem.
- › Na comunicação de notícia difícil a familiares e responsáveis.

POP-REC-04.2 Fundamento

Item 8.7.7.1 do termo de referência: todo usuário que entrar na unidade deve ser acolhido por um profissional de saúde, sendo proibida a permanência de vigilantes e controladores de acesso na porta realizando a primeira abordagem. Item 12.23.4, alínea e, que determina garantir o atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação. Item 8.7.7.4, quanto aos requisitos mínimos do acolhimento e ao espaço destinado a familiares. Seção 3.7 do protocolo.

✕ A PRIMEIRA ABORDAGEM NA PORTA NÃO É DA VIGILÂNCIA

- › O item 8.7.7.1 proíbe expressamente que vigilantes e controladores de acesso permaneçam na porta realizando a primeira abordagem.
- › O item 12.23.4, alínea e, restringe o atendimento no acolhimento a profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação.
- › A vigilância responde pela segurança patrimonial e pela ordem do ambiente, e permanece posicionada de modo a não interceptar quem chega.
- › A recepção administrativa cadastra, orienta e encaminha; a leitura da necessidade de saúde do usuário é do profissional de saúde.

POP-REC-04.3 Sequência de execução

1. Receber o usuário na entrada por profissional de saúde de nível superior ou médio, que realiza a primeira abordagem.
2. Identificar-se ao usuário pelo nome e pela função, e informar o percurso que ele fará na unidade.
3. Escutar a demanda em espaço que preserve a privacidade, evitando a coleta de informação de saúde em área de circulação.
4. Encaminhar o usuário à recepção administrativa para cadastro e emissão de pulseira, pelos POP-REC-01 e POP-REC-02.
5. Registrar o horário da chegada e o horário da primeira abordagem, anotados no momento em que ocorrem.
6. Encaminhar o usuário ao acolhimento com classificação de risco ou ao serviço de destino, conforme a demanda apresentada.
7. Receber familiares e responsáveis no espaço destinado ao acolhimento à família, com acesso próximo à entrada.
8. Acionar a equipe multiprofissional para a comunicação de notícia difícil, realizada no espaço reservado para esse fim.
9. Orientar sobre as rotinas da unidade, os horários dos serviços e os canais de manifestação da ouvidoria.
10. Comunicar a coordenação diante de aglomeração na entrada ou de espera prolongada para a primeira abordagem.
11. Consolidar os horários registrados para composição do relatório de tempo de espera.

Função	O que faz na entrada	O que não lhe cabe
Profissional de saúde do acolhimento	Primeira abordagem, escuta da demanda e orientação	Registro administrativo do cadastro e emissão de pulseira
Recepção administrativa	Cadastro, emissão de pulseira, orientação e encaminhamento	Leitura da necessidade de saúde e definição de prioridade
Vigilância patrimonial	Segurança do patrimônio e ordem do ambiente	Primeira abordagem do usuário na porta e triagem de acesso
Serviço Social	Acolhimento de familiares, vulnerabilidade e rede de apoio	Definição de prioridade clínica

Tabela POP-REC-04.1 — O que cabe a cada função na entrada da unidade.

✓ O QUE CARACTERIZA O ACOLHIMENTO

- › Primeira abordagem por profissional de saúde, na porta, sem intermediação da vigilância.
- › Identificação do profissional pelo nome e pela função ao usuário.

✓ O QUE CARACTERIZA O ACOLHIMENTO

- › Escuta em espaço que preserve a privacidade, e não em área de circulação.
- › Horário de chegada e de primeira abordagem anotados no momento.

✗ O QUE DESCARACTERIZA O ACOLHIMENTO

- › Deixar a vigilância realizar a primeira abordagem ou filtrar quem entra.
- › Prestar informação sobre atendimento por profissional que não seja de saúde.
- › Colher queixa de saúde em balcão aberto, à vista e à escuta de terceiros.
- › Reconstituir horários de chegada ao fim do plantão.

POP-REC-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Horário de chegada e horário da primeira abordagem, no sistema de ordenamento.
- › Registro do encaminhamento dado a cada usuário acolhido.
- › Registro do atendimento a familiares e responsáveis, inclusive em notícia difícil.
- › Comunicações à coordenação sobre aglomeração ou espera prolongada.

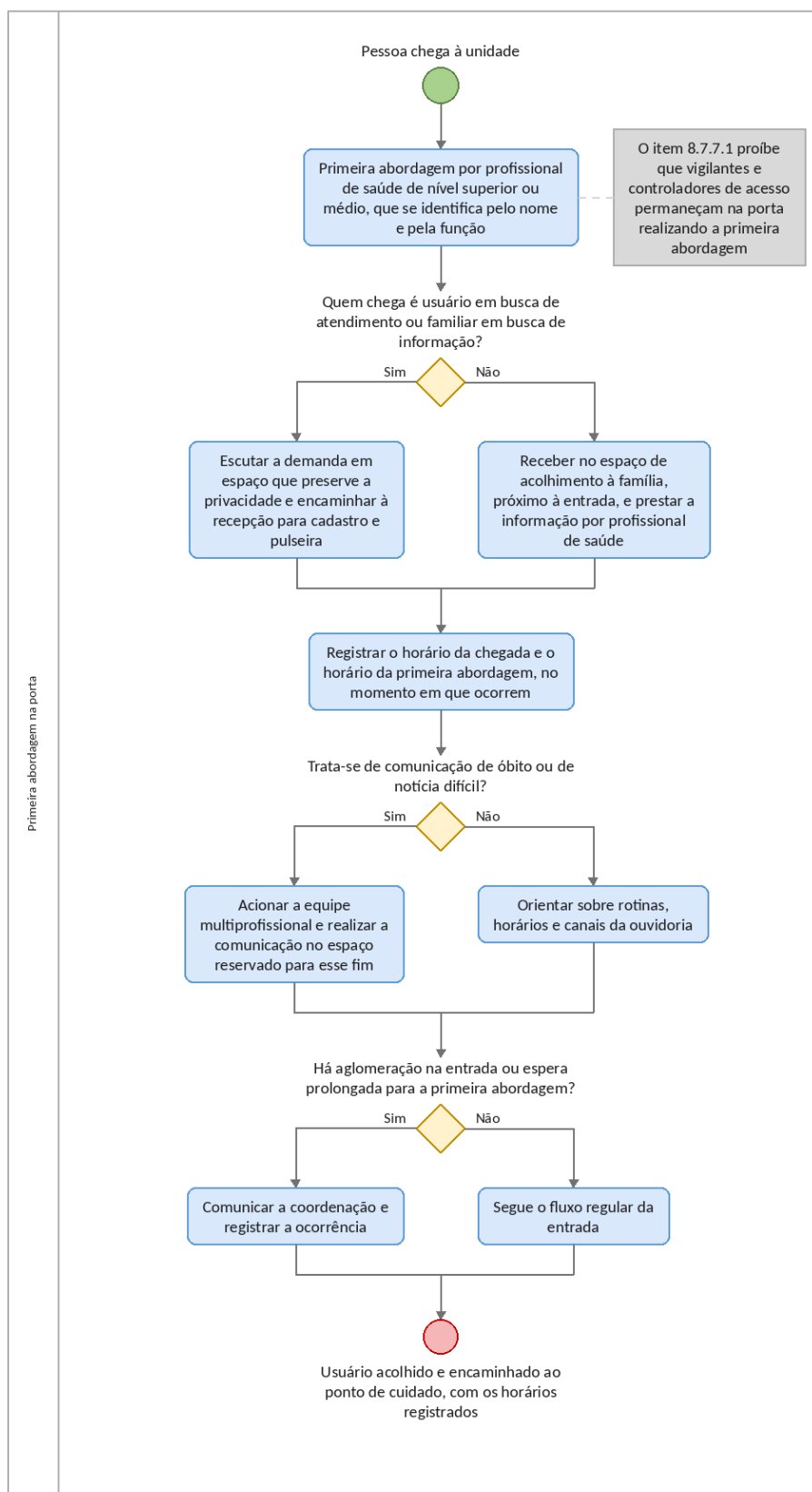
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Profissional de saúde na porta	O item 8.7.7.1 proíbe a primeira abordagem pela vigilância.
Nível superior ou médio	O item 12.23.4, alínea e, alcança toda e qualquer informação.
Privacidade na escuta	Queixa de saúde não se colhe em área de circulação.
Dois horários	Chegada e primeira abordagem, anotados no momento.
Família tem lugar próprio	Espaço de acolhimento à família, próximo à entrada.

POP-REC-04.5 Fluxograma

O fluxograma do acolhimento separa desde a porta quem busca atendimento de quem busca informação sobre usuário internado, e traz duas decisões que mudam o percurso: a comunicação de notícia difícil, que aciona a equipe multiprofissional no espaço reservado, e a identificação de aglomeração ou de espera prolongada, que aciona a coordenação.

POP-REC-04 — Acolhimento administrativo na entrada



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.7.1, 8.7.7.4 e 12.23.4, alínea e.

POP-REC-05. Registro e controle de acompanhantes e visitantes

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-05.1 Quando usar

- › Na admissão de usuário que tenha direito a acompanhante nos casos previstos em lei.
- › Na entrada de visitante em horário estabelecido pela unidade.
- › Na troca de acompanhante, a qualquer tempo.
- › Na solicitação de acomodação ou de alimentação para acompanhante.

POP-REC-05.2 Fundamento

Item 12.12.22 do termo de referência: providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando necessário, atendendo a legislação vigente. Item 12.12.12, que determina implementar, dentro dos limites físicos e operacionais da unidade, o dispositivo da visita ampliada e o direito ao acompanhante nos casos previstos em lei. Item 8.7.12.2, que fixa desjejum, almoço e jantar para acompanhantes. Item 8.7.7.4, quanto ao Manual do Acompanhante impresso e à divulgação do fluxo de visitantes. Item 26.3.11.4, que exige relatório estatístico de garantia de acompanhante. Seção 3.8 do protocolo.

! O DIREITO A ACOMPANHANTE É LEGAL, NÃO DISCRICIONÁRIO

- › Criança e adolescente internados têm direito à permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, na forma do art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- › A pessoa idosa internada ou em observação tem direito a acompanhante, na forma do art. 16 do Estatuto da Pessoa Idosa.
- › O instrumento contratual exige relatório estatístico comprovando o cumprimento dessas leis e o detalhamento de eventuais impedimentos técnicos justificados.

! O DIREITO A ACOMPANHANTE É LEGAL, NÃO DISCRICIONÁRIO

› Impedimento técnico existe apenas quando fundamentado e registrado no prontuário: ausência de registro equivale, para efeito de comprovação, a direito não garantido.

POP-REC-05.3 Sequência de execução

1. Verificar, na admissão, se o usuário se enquadra em hipótese legal de direito a acompanhante.
2. Registrar o acompanhante nominalmente, com documento de identificação quando disponível, grau de parentesco ou vínculo e contato telefônico.
3. Emitir a identificação do acompanhante e orientar sobre o seu uso durante a permanência.
4. Entregar o Manual do Acompanhante impresso, com os horários dos serviços e as rotinas da unidade.
5. Esclarecer os direitos e os deveres do acompanhante no momento da internação, em linguagem compreensível.
6. Registrar a solicitação de acomodação e de alimentação e encaminhá-la ao serviço responsável, na forma do item 12.12.22.
7. Registrar cada troca de acompanhante, com identificação de quem sai e de quem entra e o horário da substituição.
8. Na entrada de visitantes, conferir a identificação, registrar o acesso e orientar sobre o fluxo divulgado pela unidade.
9. Havendo impedimento técnico à permanência do acompanhante, registrar a fundamentação no prontuário e comunicar o responsável.
10. Encaminhar ao Serviço Social a situação de usuário sem rede de apoio disponível para acompanhamento.
11. Consolidar os registros para composição do relatório estatístico de garantia de acompanhante.

Hipótese	Fundamento	Registro exigido
Criança ou adolescente internado	Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 12	Identificação do pai, da mãe ou do responsável e o período de permanência
Pessoa idosa internada ou em observação	Estatuto da Pessoa Idosa, art. 16	Identificação do acompanhante e as trocas ocorridas
Pessoa com deficiência	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência	Identificação do acompanhante ou do atendente pessoal
Parturiente	Lei n.º 11.108, de 2005	Identificação do acompanhante indicado pela parturiente
Impedimento técnico à permanência	Registro clínico fundamentado	Justificativa no prontuário e comunicação ao responsável

Tabela POP-REC-05.1 — Hipóteses legais de acompanhante e o que se registra.

✓ O QUE GARANTE O DIREITO
› Verificação da hipótese legal já na admissão, e não a pedido do interessado.
› Registro nominal do acompanhante e de cada troca, com horário.
› Manual do Acompanhante entregue impresso, com horários e rotinas.
› Impedimento técnico sempre fundamentado e registrado no prontuário.

✗ O QUE FRAGILIZA O CONTROLE
› Tratar o direito legal a acompanhante como concessão da unidade.
› Registrar apenas o primeiro acompanhante e não as substituições.
› Negar permanência sem fundamentação registrada no prontuário.
› Deixar o fluxo de visitantes sem divulgação visível na unidade.

POP-REC-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

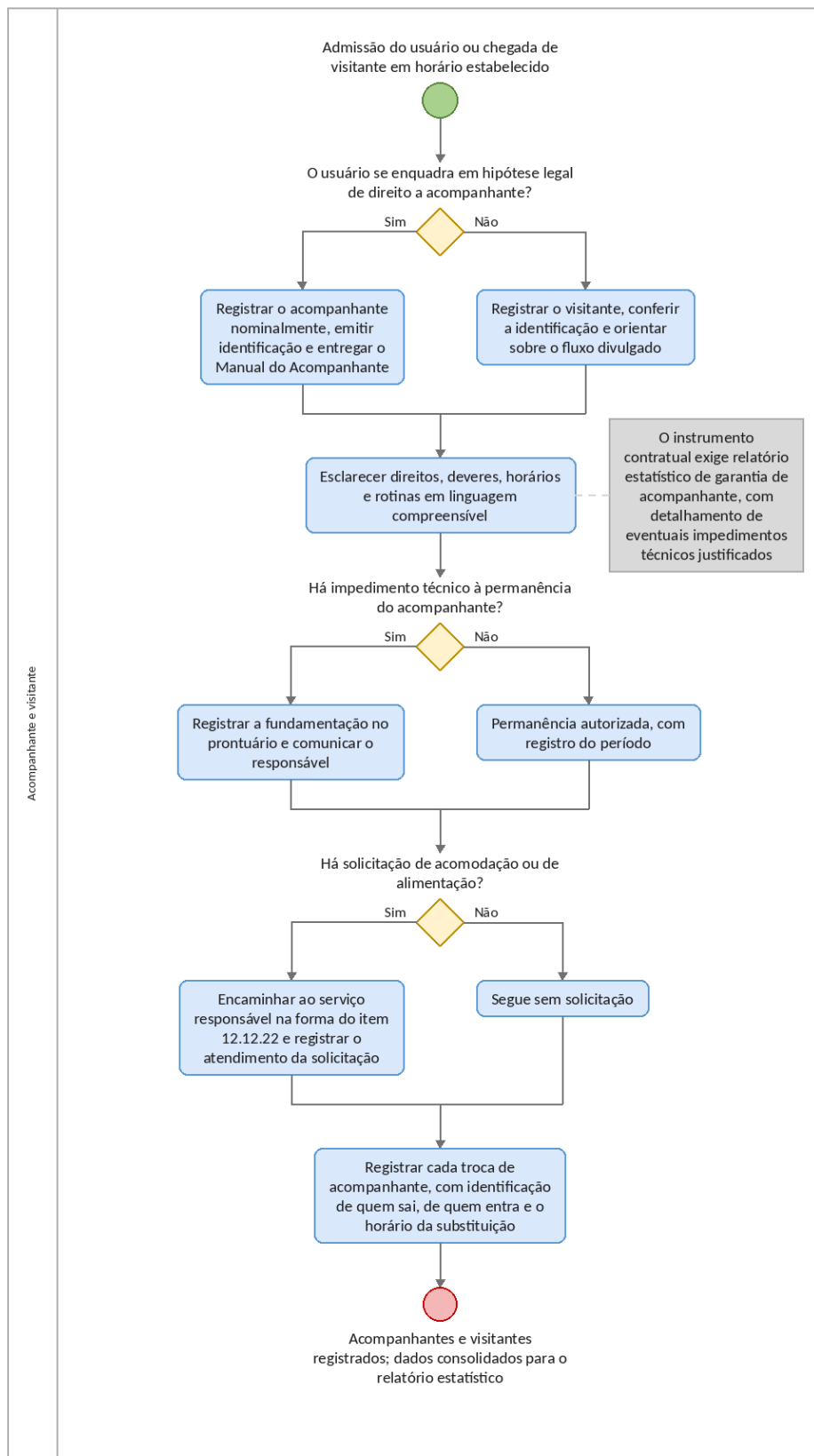
- › Registro nominal de acompanhantes e visitantes, com data, horário e vínculo.
- › Registro das trocas de acompanhante, com horário da substituição.
- › Solicitações de acomodação e de alimentação encaminhadas e atendidas.
- › Impedimentos técnicos fundamentados, registrados no prontuário do usuário.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Direito, não favor	Criança, adolescente, pessoa idosa e pessoa com deficiência têm acompanhante por lei.
Quando necessário	O item 12.12.22 fixa acomodação e alimentação nessa condição.
Três refeições	O item 8.7.12.2 prevê desjejum, almoço e jantar para acompanhantes.
Troca é registro	Cada substituição tem identificação e horário.
Impedimento se fundamenta	Sem registro no prontuário, o direito consta como não garantido.

POP-REC-05.5 Fluxograma

O fluxograma do acompanhante começa pela bifurcação que decide tudo o mais — a existência de hipótese legal de direito a acompanhante, que distingue o percurso do visitante — e prossegue pelas duas decisões que produzem registro próprio: o impedimento técnico à permanência e a solicitação de acomodação ou de alimentação.

POP-REC-05 — Registro e controle de acompanhantes e visitantes



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.12.12, 12.12.22, 8.7.12.2 e 26.3.11.4.

POP-REC-06. Agendamento ambulatorial, confirmação e controle de absenteísmo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-REC-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 3 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-REC-06.1 Quando usar

- › No agendamento de consulta ambulatorial por encaminhamento, por regulação ou no retorno pós-internação.
- › Na confirmação prévia dos atendimentos agendados.
- › Na recepção do usuário agendado, para registro de presença ou de ausência.
- › Na necessidade de desmarcação ou de remarcação de consulta ou de exame.

POP-REC-06.2 Fundamento

Item 8.7.5.2 do termo de referência, que descreve o funcionamento do ambulatório a partir do agendamento de consultas, feito por encaminhamento médico, por meio de sistemas de regulação ou pós-internação. Item 8.7.16.4, segundo o qual a OSS manterá agenda externa da SEMUS/NI exclusivamente para a demanda referenciada. Item 12.17.4, que determina obedecer às demandas e diretrizes da contratante para agendamento, marcação e realização de exames. Item 12.21.7, que veda desmarcar exame de imagem agendado sem consentimento prévio da Central de Regulação da SEMUS/NI, garantido o reagendamento. Seção 3.9 do protocolo.

✗ DESMARCAR EXAME DE IMAGEM SEM CONSENTIMENTO PRÉVIO É VEDADO

- › O item 12.21.7 veda à contratada desmarcar qualquer exame de imagem agendado sem consentimento prévio da Central de Regulação da SEMUS/NI.
- › O mesmo dispositivo determina que seja garantido o reagendamento, para que não haja prejuízo ao usuário.

✗ DESMARCAR EXAME DE IMAGEM SEM CONSENTIMENTO PRÉVIO É VEDADO

- › A agenda externa é da SEMUS/NI e destina-se exclusivamente à demanda referenciada, na forma do item 8.7.16.4: a unidade a opera, e não a redefine.
- › Vaga aberta por ausência do usuário é remanejada segundo as diretrizes da contratante, e o remanejamento é registrado.

POP-REC-06.3 Sequência de execução

1. Receber a solicitação de agendamento por encaminhamento médico, por sistema de regulação ou por indicação de retorno pós-internação.
2. Conferir o cadastro do usuário e atualizá-lo pelo POP-REC-01, em especial o contato telefônico.
3. Agendar na agenda correspondente, observando que a agenda externa se destina exclusivamente à demanda referenciada pela SEMUS/NI.
4. Informar ao usuário a data, o horário, o local e o preparo exigido, e registrar a forma pela qual a informação foi transmitida.
5. Realizar a confirmação prévia dos atendimentos agendados, em rotina periódica definida pelo serviço, com a finalidade de reduzir a vaga ociosa.
6. Registrar o resultado de cada tentativa de contato: confirmado, desmarcado pelo usuário ou contato não obtido.
7. Na recepção do usuário agendado, conferir a identidade, registrar a presença e liberar o atendimento pelos POP-REC-01 e POP-REC-02.
8. Registrar a ausência do usuário agendado no mesmo dia em que ela ocorre, com a classificação da causa quando conhecida.
9. Não desmarcar exame de imagem agendado sem consentimento prévio da Central de Regulação, e assegurar o reagendamento na forma do item 12.21.7.
10. Remanejar a vaga liberada segundo as diretrizes da contratante para agendamento e marcação, registrando o remanejamento.
11. Consolidar periodicamente as ausências por especialidade, por turno e por causa, e levar o resultado à coordenação do ambulatório.

Origem	Agenda	Cuidado próprio
Encaminhamento médico interno	Agenda da unidade	Vinculação ao episódio que originou o encaminhamento
Sistema de regulação da SEMUS/NI	Agenda externa da SEMUS/NI	Uso exclusivo para demanda referenciada, na forma do item 8.7.16.4

Origem	Agenda	Cuidado próprio
Retorno pós-internação	Agenda da unidade	Agendamento antes da alta, com registro no sumário
Exame de imagem agendado	Agenda do serviço de imagem	Desmarcação apenas com consentimento prévio da Central de Regulação

Tabela POP-REC-06.1 — Origem do agendamento e o percurso correspondente.

✓ O QUE REDUZ A VAGA OCIOSA

- › Contato telefônico atualizado a cada passagem do usuário pela recepção.
- › Confirmação prévia em rotina periódica definida pelo serviço, com finalidade declarada.
- › Ausência registrada no mesmo dia, com classificação da causa quando conhecida.
- › Vaga liberada remanejada segundo as diretrizes da contratante, com registro.

✗ O QUE PRODUZ PERDA DE VAGA

- › Desmarcar exame de imagem agendado sem consentimento prévio da Central de Regulação.
- › Usar a agenda externa da SEMUS/NI para demanda que não seja referenciada.
- › Registrar ausência em lote, dias depois, sem apuração de causa.
- › Informar preparo de exame apenas verbalmente, sem registro do que foi transmitido.

POP-REC-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Agendamento lançado no sistema, com origem, data, horário e serviço de destino.
- › Registro das tentativas de confirmação prévia e do seu resultado.
- › Registro de presença e de ausência do usuário agendado, no dia da ocorrência.
- › Registro do remanejamento da vaga e, no caso de exame de imagem, do consentimento prévio da Central de Regulação.

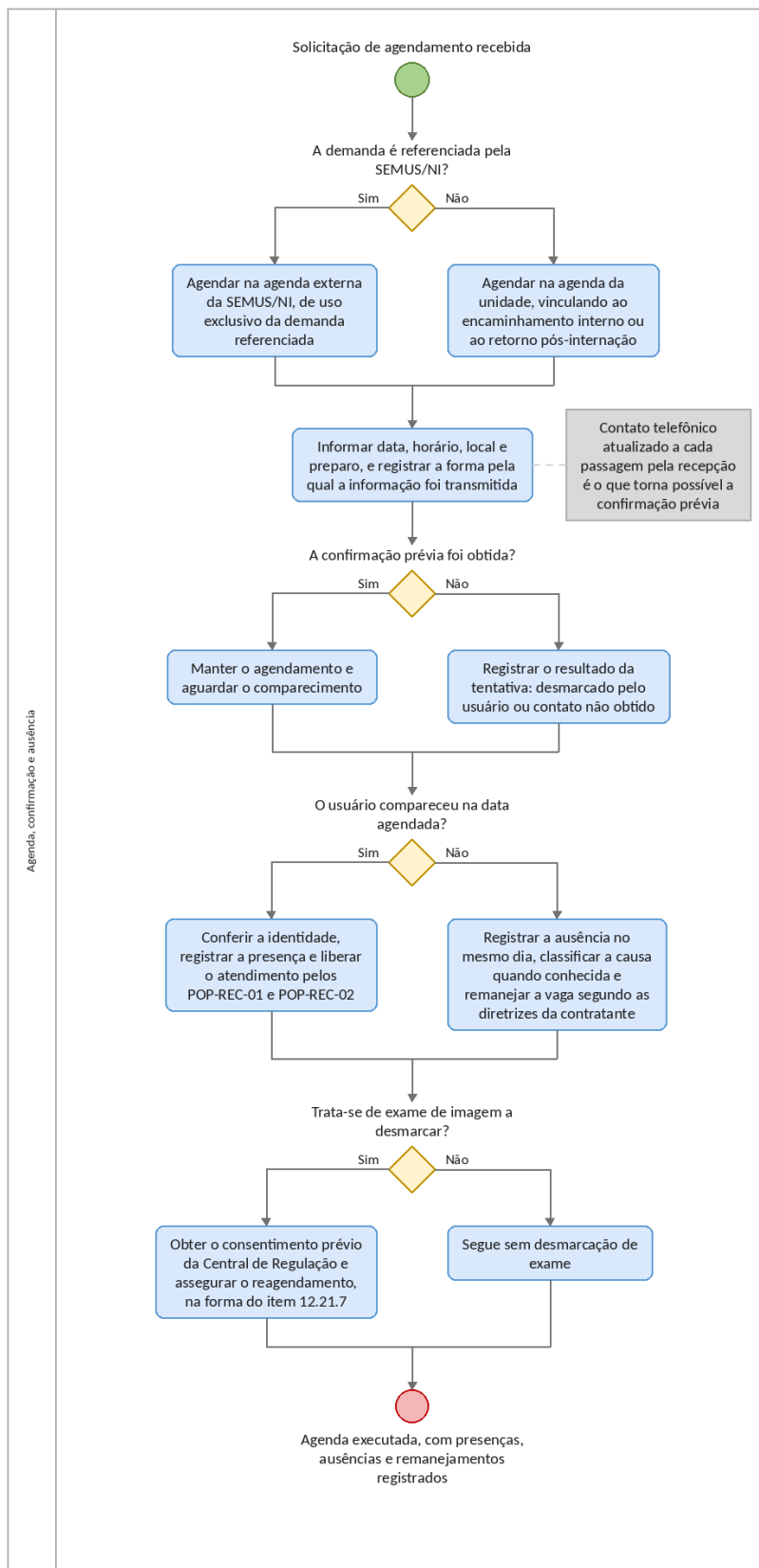
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três origens	Encaminhamento médico, regulação ou retorno pós-internação, pelo item 8.7.5.2.
Agenda externa é referenciada	O item 8.7.16.4 restringe o seu uso à demanda referenciada.
Imagem não se desmarca sozinha	O item 12.21.7 exige consentimento prévio e reagendamento.
Confirmar é rotina do serviço	Periodicidade definida pelo serviço, com finalidade declarada.
Ausência tem causa	Classificada no dia, ela orienta a oferta por especialidade e turno.

POP-REC-06.5 Fluxograma

O fluxograma da agenda mostra quatro decisões: a origem referenciada, que define em qual agenda se marca; o resultado da confirmação prévia; o comparecimento, que separa a liberação do atendimento do registro da ausência e do remanejamento da vaga; e a desmarcação de exame de imagem, que depende do consentimento prévio da Central de Regulação.

POP-REC-06 — Agendamento ambulatorial, confirmação e absenteísmo



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 8.7.5.2, 8.7.16.4, 12.17.4 e 12.21.7.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa, art. 16. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 12. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cartão Nacional de Saúde — CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização — HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/humanizasus>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pnsp>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Suprimentos, Compras e Contratações

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

4.1 Âmbito e finalidade.....	201
4.2 Base normativa.....	202
4.3 Princípios da compra: impessoalidade, economicidade e rastreabilidade.....	203
4.4 O ciclo de compra, da requisição ao recebimento.....	205
4.5 Requisição, alçadas de aprovação e a classificação entre custeio e investimento.....	205
4.6 Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento.....	206
4.7 Fornecedores: cadastro, habilitação e avaliação periódica.....	207
4.8 Compra emergencial e dispensa justificada.....	208
4.9 A grade padronizada e o que dela se afasta.....	209
4.10 Órteses, próteses e materiais especiais: particularidades da aquisição.....	209
4.11 Bem permanente e a documentação de patrimonialização.....	210
4.12 Recebimento provisório e definitivo, com atesto.....	211
4.13 Segregação de funções e conflito de interesses.....	212
4.14 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	213
4.15 Interface com almoxarifado, patrimônio e finanças.....	214
4.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	214
4.17 Tratamento da não conformidade.....	216
4.18 Indicadores e monitoramento.....	216
4.19 Revisão, versão e governança do protocolo.....	218
4.20 Fluxograma.....	219

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	223
POP-SUP-01 Requisição, alçadas de aprovação e classificação custeio × investimento.....	224
POP-SUP-02 Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento.....	229
POP-SUP-03 Cadastro, habilitação e avaliação periódica de fornecedores.....	234
POP-SUP-04 Compra emergencial e dispensa justificada.....	238
POP-SUP-05 Aquisição de bem permanente e documentação de patrimonialização.....	242
POP-SUP-06 Aquisição de OPME — checklist operacional e ordem de compra.....	247
POP-SUP-07 Recebimento provisório e definitivo com atesto.....	251
POP-SUP-08 Segregação de funções e conflito de interesses na compra.....	256
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	261

Protocolo 4. Suprimentos, Compras e Contratações

4.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade adquire bens e serviços, e governa o percurso que começa na requisição do setor demandante e termina no recebimento definitivo, com atesto e com a documentação reunida para a prestação de contas. Alcança o material de consumo, os medicamentos e insumos hospitalares, os bens permanentes adquiridos com recursos do contrato de gestão e a contratação de serviços de terceiros, e alcança igualmente as compras que se fazem sob urgência, que são as que mais exigem disciplina documental justamente por serem as que menos tempo têm.

A finalidade é dupla, e as duas metades se sustentam mutuamente. A primeira é abastecer: o instrumento contratual determina assegurar o abastecimento regular e suficiente de materiais, medicamentos, insumos, peças e componentes necessários à adequada execução das atividades pactuadas, e manter planejamento de compras com vistas à prevenção de desabastecimento da unidade. A segunda é documentar: cada dispêndio precisa poder ser reconstituído por quem não participou dele. Compra que abastece e não se documenta converte-se em glosa; compra impecavelmente documentada que chega tarde é desabastecimento com papelada. O protocolo existe para que nenhuma das duas metades seja sacrificada em nome da outra.

Duas premissas organizam todo o texto. A primeira é a do regime jurídico: a entidade é pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, e as suas contratações com terceiros observam o regulamento próprio de compras que o instrumento contratual manda elaborar, aprovar e adotar, com observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência. A segunda é a da origem do recurso: o dinheiro é público e repassado, e por isso a evidência de cada etapa da compra integra a prestação de contas mensal, que o instrumento exige apresentar impreterivelmente até o quinto dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de suprimentos, compras e contratações observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um

produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

4.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa as diretrizes de aquisição, a documentação exigida em cada situação e o destino patrimonial do bem comprado. A segunda é a do marco legal das organizações sociais e da classificação da despesa pública, que define o regime das contratações com terceiros e separa custeio de capital. A terceira é a da regulação sanitária dos produtos adquiridos, que condiciona de quem se compra e em que condições o produto pode ser recebido e guardado.

Na camada contratual, o item 12.3.5 determina elaborar, aprovar e adotar regulamento próprio de compras, contratações de serviços, obras e aquisições, observado o disposto na Lei Municipal n.º 4.224/2013 e no Decreto Municipal n.º 11.742/2019, com encaminhamento para publicação no Diário Oficial do Município no prazo máximo de noventa dias contados da assinatura do contrato de gestão; o item 12.3.6 fixa o conteúdo mínimo desse regulamento, em quatro incisos; o item 12.35.19 repete o prazo de noventa dias para a publicação e o item 12.35.20 exige, no mínimo, a cotação prévia de preços no mercado antes da contratação. O item 12.7.1 relaciona doze diretrizes de aquisição, das alíneas a a l, e é o dispositivo central deste protocolo. Os itens 12.8.1 a 12.8.3 tratam da aquisição de permanentes, da patrimonialização e do inventário; o item 12.9.6 torna obrigatória a utilização da grade de medicamentos padronizada pela secretaria; os itens 12.29.1 e 12.29.2 disciplinam as notas fiscais de órteses, próteses e materiais especiais; os itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4 fixam os procedimentos mínimos de recebimento físico; e o item 18.13.3 relaciona a documentação fiscal da prestação de contas.

Na camada legal, o artigo 4.º, inciso VIII, da Lei n.º 9.637, de 1998, é a origem do dever de regulamento próprio, e o próprio termo de referência reproduz, no item 9.17, o entendimento de que as organizações sociais não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, devendo observar o disposto em regulamento próprio, com regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos. A Lei n.º 4.320, de 1964, no artigo 12, parágrafos 2.º e 4.º, separa despesa de custeio de despesa de capital, e é a essa separação que os itens 6.1 e 6.2 do termo de referência remetem. A Lei Estadual n.º 7.753, de 2017, invocada pelo item

12.35.17, é o fundamento do programa de integridade de que trata a seção 4.13. Na camada sanitária, a Lei n.º 6.360, de 1976, e as resoluções da agência nacional condicionam a aquisição a produto regularizado e a fornecedor autorizado, e disciplinam o transporte e a armazenagem.

Duas precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: a Lei n.º 14.133, de 2021, comparece no edital e no termo de referência em contextos determinados — as sanções do artigo 156, as vedações de participação, os prazos processuais e os princípios que informam a seleção da própria organização social. Ela não é invocada aqui como regime das compras da entidade junto a terceiros, e este protocolo não afirma tal sujeição, porque o item 9.17 do instrumento diz precisamente o contrário. A segunda: o item 12.34.6 determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina que venha a ser estabelecido pela organização social, relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares, seja previamente submetido à análise e à aprovação da secretaria, não podendo ser implementado sem a devida autorização. Por isso o desenho da seção 4.12 é apresentado como minuta a submeter, e não como regra já vigente. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
Itens 12.3.5 a 12.3.9	Regulamento próprio de compras, o seu conteúdo mínimo, a vedação de contratar quem tenha vínculo com a direção da entidade e os requisitos exigíveis dos prestadores	4.2, 4.7 e 4.13
Item 12.7.1, alíneas a a l	As doze diretrizes de aquisição: descrição clara do objeto, padronização, três cotações válidas, emergência justificada, exclusividade comprovada, publicidade dos contratos, reajustamento, diversificação e vedações	4.3 a 4.8
Itens 12.7.5, 12.8.1 e 12.8.2	Incorporação dos bens adquiridos ao patrimônio da secretaria, patrimonialização com apresentação tempestiva da documentação e atualização cadastral por inventário	4.5 e 4.11
Item 12.9.6	Obrigatoriedade da utilização da grade de medicamentos padronizada pela secretaria	4.9
Itens 12.29.1 e 12.29.2	Pasta específica e rubrica distinta para as notas fiscais de material especial, e os doze documentos que devem acompanhá-las	4.10
Itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4 e 12.34.6	Procedimentos mínimos de recebimento físico, conferência e documento de entrada, e a submissão prévia à secretaria de qualquer fluxo que a organização venha a estabelecer	4.12
Itens 12.35.17, 12.35.19 e 12.35.20	Programa de integridade, publicação do regulamento próprio em noventa dias e cotação prévia de preços como exigência mínima	4.13 e 4.19
Itens 18.13.3, 20.1.4 e 12.30.3	Documentação fiscal da prestação de contas, o prazo do quinto dia útil e a guarda por cinco anos dos arquivos entregues mensalmente	4.15 e 4.16

Tabela 4.1 — Os dispositivos do instrumento contratual conferidos no texto e a seção deste protocolo que cada um sustenta.

4.3 Princípios da compra: impessoalidade, economicidade e rastreabilidade

O instrumento contratual abre as diretrizes de aquisição declarando a sua razão de ser: a observância dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade,

publicidade, eficiência e economicidade. Não é preâmbulo decorativo. Cada uma das doze alíneas que seguem é a tradução operacional de um desses princípios, e é assim que este protocolo as lê: a vedação de direcionamento para marca é impessoalidade; a exigência de três cotações é economicidade; a disponibilização dos contratos ao público é publicidade. Ler as alíneas como lista de formalidades desconectadas é o que produz o cumprimento burocrático que satisfaz o papel e falha no propósito.

A impessoalidade governa a escolha do objeto e a escolha do fornecedor. Na escolha do objeto, ela exige descrição clara e objetiva das características essenciais, vedado o direcionamento para marcas específicas ou a restrição indevida da competitividade. Na escolha do fornecedor, ela exige critério declarado antes da consulta ao mercado, veda a contratação de quem esteja penalizado no âmbito da Administração Pública e veda a contratação de pessoas físicas ou jurídicas que possuam vínculo com a Administração Pública Municipal, salvo hipóteses legalmente admitidas. Impessoalidade não é ausência de preferência técnica: é a exigência de que a preferência seja motivada por atributo do objeto, e não por identidade do fornecedor.

A publicidade tem duas expressões contratuais que se somam e que são frequentemente confundidas com uma só. A primeira alcança o resultado: todos os contratos firmados pela organização social devem ser disponibilizados ao público, em observância ao princípio da transparência. A segunda alcança a regra: o instrumento contratual determina disponibilizar em sítio eletrônico próprio, em arquivos de formato aberto que permitam o processamento das informações, o regulamento próprio contendo os procedimentos a serem adotados para contratação de obras e serviços, aquisição de bens e locação de espaços com emprego de recursos provenientes do Poder Público, que observe os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da contratação. Publicar a regra antes de aplicá-la é o que permite que o fornecedor saiba de antemão como será julgado, e é a condição prática da impessoalidade que a alínea a apenas enuncia.

A economicidade é mais do que menor preço. Ela se compõe da pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações válidas e consulta a bancos públicos de preços, da padronização de bens e equipamentos sempre que possível, da diversificação de fornecedores — vedada a contratação que resulte em fornecedor único, salvo justificativa técnica — e da previsão expressa das condições e dos critérios de reajustamento de preços nos contratos. O preço mais baixo de um item cuja especificação foi mal escrita é o mais caro do processo, porque o que chega não serve e a compra se repete.

A rastreabilidade é o princípio que este protocolo trata como estruturante, e tem âncora documental precisa. A prestação de contas mensal exige notas fiscais, recibos e demais documentos comprobatórios das despesas executadas, e exige planilha demonstrativa do fluxo financeiro em que cada movimentação traz o nome e o cadastro do fornecedor, o número do documento fiscal vinculado à transação, o número do contrato relacionado à despesa, a justificativa da despesa e o responsável pela autorização. Quem escreve esses campos ao final do mês está reconstituindo de memória o que deveria ter sido registrado no momento do fato. A rastreabilidade, por isso, não é um relatório: é a disciplina de registrar cada etapa quando ela acontece, para que o relatório seja apenas a leitura do que já existe.

4.4 O ciclo de compra, da requisição ao recebimento

A compra não começa no setor de compras. Começa quando alguém identifica a necessidade e a descreve, e a qualidade dessa descrição determina quase tudo o que vem depois. Quando o processo chega ao comprador, a maior parte do que define o seu sucesso já aconteceu — e aconteceu fora dali. É por essa razão que o protocolo descreve o ciclo inteiro, e não apenas o trecho em que o pedido vira pedido de cotação.

O ciclo tem sete etapas, cada uma com dono declarado por função e com evidência própria. A passagem entre elas é onde a informação se perde, e por isso cada transição deixa registro: sem registro da passagem, a apuração de um atraso vira discussão entre setores, e não correção de processo. O que se descreve adiante é o percurso normal; a urgência, a exclusividade e a divergência no recebimento têm tratamento próprio nas seções seguintes.

A requisição responde ao setor demandante, ocorre na identificação da necessidade e deixa como evidência a descrição do objeto e a justificativa do pedido. A classificação e a aprovação respondem à coordenação de suprimentos e à instância competente da governança interna, ocorrem antes de qualquer consulta ao mercado e deixam a definição entre custeio e investimento e a aprovação formal na alçada correspondente. A pesquisa de preços responde à compra, deixa o mapa de cotação com as propostas recebidas e o registro da consulta a bancos públicos de preços. O julgamento responde à compra e à instância aprovadora, e deixa a decisão motivada pelo critério previamente definido. A habilitação e a formalização respondem à compra, e deixam as certidões de regularidade válidas e a ordem de compra ou o contrato assinado. O recebimento responde ao almoxarifado, à farmácia ou ao setor requisitante conforme a natureza do item, e deixa o termo de recebimento, o atesto e o documento de entrada. O pagamento e a prestação de contas respondem ao financeiro, e deixam a nota fiscal, o comprovante e o lançamento na planilha de fluxo financeiro.

A etapa que mais frequentemente compromete o conjunto é a primeira. Requisição genérica produz cotações incomparáveis, e cotações incomparáveis produzem julgamento sem critério objetivo — que é exatamente o que a impessoalidade proíbe. Requisição tardia produz urgência, e urgência produz compra emergencial, que o instrumento admite mas condiciona a justificativa técnica fundamentada, aprovada e ratificada pela direção da organização social. As duas falhas nascem no mesmo lugar e se corrigem no mesmo lugar.

4.5 Requisição, alçadas de aprovação e a classificação entre custeio e investimento

A requisição é o documento que abre o processo e o instrui. Ela traz a descrição clara e objetiva das características essenciais do objeto, a quantidade e a unidade de medida, o local e o prazo em que o item é necessário, a justificativa da necessidade e a identificação do requisitante por função. Tratando-se de medicamento, a requisição é feita pela grade padronizada pela secretaria, cuja utilização o instrumento contratual torna obrigatória: a grade é o primeiro filtro do processo de compra, e é onde a padronização deixa de ser recomendação e passa a ser regra. Tratando-se de bem ou equipamento, a padronização é adotada sempre que possível, na forma da alínea b das diretrizes de aquisição.

As alçadas de aprovação existem para que a decisão de gastar seja tomada no nível compatível com o efeito do gasto, e são declaradas por função. O regulamento próprio exige, no mínimo, aprovação formal pela instância competente da governança interna da entidade, e é essa instância que o protocolo reconhece como aprovadora final nas faixas que o regulamento lhe reservar. Nas compras emergenciais, a justificativa técnica é aprovada e ratificada pela direção da organização social, por determinação expressa do instrumento contratual. Quem requisita não aprova a própria requisição — não por desconfiança, mas porque a segregação entre pedir e autorizar é o controle mais barato que existe contra o gasto sem necessidade demonstrada.

A classificação entre custeio e investimento é decidida antes da consulta ao mercado, e não é detalhe contábil. O termo de referência classifica a despesa do contrato de gestão como despesa de custeio, nos termos do artigo 12, parágrafo 2.º, da Lei n.º 4.320, de 1964, por envolver a manutenção de serviços públicos continuados; e classifica as eventuais aquisições de bens permanentes e investimentos como despesas de capital, nos termos do parágrafo 4.º do mesmo artigo. A consequência é dupla e imediata. A primeira é patrimonial: os bens adquiridos durante a vigência do contrato de gestão são incorporados ao patrimônio da secretaria, e as aquisições de materiais e equipamentos permanentes, realizadas conforme o item de investimentos da planilha de despesas, devem ser incorporadas e patrimonializadas pela secretaria. A segunda é documental: essa mesma incorporação depende de apresentação tempestiva da documentação pertinente pela contratada, de modo que a classificação feita na requisição é o que determina qual documentação será exigida e quando ela terá de estar pronta.

▣ O QUE MUDA CONFORME A CLASSIFICAÇÃO, DISPOSITIVO A DISPOSITIVO

- Custeio: despesa de manutenção de serviços continuados, na forma do artigo 12, parágrafo 2.º, da Lei n.º 4.320/1964, conforme o item 6.1 do termo de referência. Executa-se pela planilha de despesas de custeio e comprova-se com nota fiscal, atesto e documento de entrada.
- Investimento: despesa de capital, na forma do parágrafo 4.º do mesmo artigo, conforme o item 6.2. Executa-se pelo item de investimentos da planilha de despesas de custeio e investimento, na forma do item 12.8.1.
- O bem permanente é incorporado e patrimonializado pela secretaria, e a incorporação depende de apresentação tempestiva da documentação pertinente pela contratada — item 12.8.1.
- O item 15.5 acrescenta que a execução dos investimentos observa justificativa técnica da necessidade, pesquisa de preços, aderência à padronização eventualmente adotada pela secretaria e prévia autorização do órgão gestor do contrato quando exigido.
- O item 15.6 registra que a municipalidade se reserva o direito de autorizar a execução da verba de investimento conforme critérios de conveniência e oportunidade, podendo parcelar o valor liberado — o que faz do cronograma de investimento matéria de autorização, e não de programação unilateral.
- Classificar errado na requisição não é erro de rubrica: é bem permanente em uso sem documentação de patrimonialização, que é achado de prestação de contas.

4.6 Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento

A pesquisa de preços é a etapa em que a economicidade deixa de ser princípio e passa a ser número. O instrumento contratual é objetivo: deverá ser realizada pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações válidas, bem como consulta a bancos públicos de preços. As duas

exigências são cumulativas, e a segunda é a que frequentemente se omite — a consulta a banco público de preços é o que permite saber se as três cotações obtidas estão, todas elas, acima do que a Administração vem pagando pelo mesmo item.

Cotação válida é a que permite comparação. Para isso ela identifica o fornecedor e o seu cadastro, descreve o objeto na mesma especificação que a requisição pediu, declara o preço unitário e o total, o prazo de entrega, as condições de pagamento e o prazo de validade da proposta. Três propostas para especificações diferentes não são três cotações: são três processos distintos apresentados no mesmo papel, e o julgamento que se faça sobre elas carece de objeto comum. Por isso a conferência da aderência de cada proposta à especificação precede a comparação de preços, e não a segue.

O mapa de cotação é o documento que consolida a pesquisa e sustenta a decisão. Ele reúne as propostas recebidas, a consulta ao banco público de preços, o critério de julgamento declarado, o resultado da comparação e a motivação da escolha. O instrumento contratual reconhece o mapa de cotação expressamente ao relacioná-lo entre os documentos que devem acompanhar, obrigatoriamente, as notas fiscais de órteses, próteses e materiais especiais — o que confirma que ele é peça de prestação de contas, e não instrumento interno de conveniência.

O critério de julgamento é definido antes da consulta ao mercado e declarado no processo. Definir o critério depois de conhecidas as propostas é, na prática, escolher o fornecedor e depois escolher a regra que o faz vencer, e é a forma mais comum de burlar a impessoalidade sem violar nenhuma formalidade aparente. Quando o objeto é padronizável e a especificação é suficiente, o critério é o de menor preço; quando o objeto envolve requisitos técnicos que a especificação não esgota, o critério considera também os atributos técnicos, que são declarados e ponderados antes da consulta. Em qualquer hipótese, a decisão é motivada por escrito, e a motivação fica no processo — porque o que se audita não é a escolha, é a razão dela.

4.7 Fornecedores: cadastro, habilitação e avaliação periódica

O cadastro de fornecedores é a memória institucional da compra. Nele ficam a identificação e o cadastro nacional da pessoa jurídica, o objeto social e a compatibilidade dele com o que se pretende contratar, os documentos de habilitação com as respectivas validades, os contatos e o histórico de fornecimento. Um cadastro que existe apenas como lista de nomes e telefones não cumpre função nenhuma; o que faz o cadastro valer é o vencimento controlado dos documentos e o histórico do que cada fornecedor efetivamente entregou.

A habilitação é a verificação de que aquele fornecedor pode ser contratado. Ela tem três frentes. A primeira é a regularidade: a prestação de contas mensal exige certidões de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária válidas entre a documentação fiscal, o que faz da validade dessas certidões condição de aceitabilidade da despesa e não mera formalidade de cadastro. A segunda é a capacidade: o regulamento próprio deve prever a comprovação da capacidade técnica, da experiência e da idoneidade do contratado, especialmente nos casos de serviços técnicos especializados, e nas contratações de empresas para serviços médicos e assistenciais deve exigir requisitos técnicos, jurídicos, fiscais, econômico-financeiros e profissionais compatíveis com a natureza e o risco da atividade, com a documentação comprobatória organizada e disponível à secretaria e aos órgãos de controle. A terceira é a das vedações, tratada na seção 4.13.

Tratando-se de medicamentos, produtos para saúde e correlatos, a habilitação inclui a verificação de que o fornecedor detém autorização de funcionamento e, quando aplicável, licença sanitária, e de que o produto ofertado está regularizado perante a autoridade sanitária. Essa conferência pertence à habilitação, e não ao recebimento: descobrir no momento da descarga que o produto entregue não tem registro válido significa recusar a entrega com o paciente já à espera do item.

A diversificação de fornecedores é diretriz expressa: deve ser buscada sempre que possível, vedada a contratação que resulte em fornecedor único, salvo justificativa técnica. A avaliação do desempenho é periódica, em rotina definida pelo serviço, e olha para o que o cadastro não mostra — cumprimento de prazo, conformidade do que foi entregue com o que foi contratado, ocorrência de divergência no recebimento e comportamento diante da devolução. A finalidade declarada é dupla: subsidiar a decisão seguinte com informação de desempenho real e permitir a correção tempestiva do que se repete. Fornecedor cujo desempenho compromete o abastecimento é tratado antes da próxima compra, e não durante ela.

4.8 Compra emergencial e dispensa justificada

A compra emergencial é admitida e é disciplinada. O instrumento contratual determina que nas compras emergenciais deverá ser apresentada pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações, acompanhada de justificativa técnica devidamente fundamentada, a qual deverá ser aprovada e ratificada pela direção da organização social. O que a urgência dispensa é o tempo, não a comparação: a exigência das três cotações permanece, e o que se acrescenta é a justificativa e a ratificação em nível de direção. Compra emergencial sem justificativa ratificada é despesa sem o documento que a sustenta.

A hipótese de inviabilidade de competição tem tratamento próprio e prova própria: a inviabilidade de competição por exclusividade deverá ser comprovada mediante apresentação de carta de exclusividade válida. Válida quer dizer vigente na data da contratação e emitida por quem tem legitimidade para atestar a exclusividade — e é por isso que a carta entra no processo com a sua data e a sua origem verificadas, e não como anexo cuja simples juntada bastaria. Exclusividade de marca não é exclusividade de fornecimento, e essa confusão é a origem mais comum da dispensa mal fundamentada.

A emergência que se repete deixa de ser emergência e passa a ser diagnóstico de planejamento. O instrumento contratual determina manter planejamento de compras e aquisições com vistas à prevenção de desabastecimento da unidade, e determina assegurar o abastecimento regular e suficiente de materiais, medicamentos, insumos, peças e componentes. Por isso a série das compras emergenciais é acompanhada por item e por causa: quando o mesmo item retorna à urgência, o que precisa de correção é o ponto de reposição, o prazo do fornecedor ou a previsão de consumo, e não a agilidade do comprador.

Há ainda o atalho que o instrumento contratual expressamente fecha, e que costuma parecer a saída óbvia diante da falta iminente. É vedada a realização de empréstimos de medicamentos e materiais hospitalares entre unidades, instituições ou terceiros no âmbito da execução do contrato, em razão da impossibilidade de fiscalização efetiva e de rastreabilidade adequada das movimentações. Em caráter emergencial, o empréstimo somente pode ocorrer em situações de

extrema excepcionalidade, devidamente justificadas sob o ponto de vista assistencial e operacional, mediante autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde, com definição clara dos itens envolvidos, quantitativos, prazos de devolução e forma de comprovação; e nos casos aprovados a entidade apresenta o relatório detalhado da movimentação, os registros informatizados de entrada e saída assinados e a planilha de controle do saldo. A ausência, a incompletude ou a inconsistência dessas informações descaracteriza a excepcionalidade. Conhecer essa vedação pertence ao protocolo de suprimentos porque é aqui que a tentação aparece.

4.9 A grade padronizada e o que dela se afasta

A grade de medicamentos padronizada pela secretaria é o ponto de partida da requisição, e o instrumento contratual não a apresenta como orientação: é obrigatória a utilização da grade de medicamentos padronizada pela secretaria. A consequência prática é que a discussão sobre qual medicamento comprar antecede o pedido de compra e pertence à padronização, não ao processo de aquisição. Quando a requisição chega ao comprador com item da grade, o percurso é o descrito na seção 4.4; quando chega com item que dela se afasta, abre-se o percurso desta seção.

A padronização produz três efeitos que se somam. Reduz a variedade e, com isso, aumenta a escala e melhora o preço. Reduz o risco assistencial associado à multiplicidade de apresentações e concentrações do mesmo princípio ativo. E torna a compra comparável ao longo do tempo, o que é condição para medir economicidade — não se compara preço de itens que mudam de especificação a cada aquisição. A mesma lógica orienta a alínea b das diretrizes de aquisição, que determina adotar a padronização de bens e equipamentos sempre que possível, e o item 15.5, que inclui a aderência à padronização eventualmente adotada pela secretaria entre os critérios de execução dos investimentos.

O afastamento da grade é possível e é documentado. Ele nasce de necessidade assistencial que o item padronizado não atende — indisponibilidade do item no mercado no momento, contraindicação documentada, apresentação incompatível com a via de administração necessária, ou exigência de protocolo clínico específico. A justificativa é técnica, é escrita por quem tem competência clínica ou farmacêutica para emití-la, e acompanha o processo de compra até a prestação de contas. O que o protocolo veda é o afastamento tácito: item fora da grade comprado sem que ninguém tenha registrado por que a grade não servia.

Quando o afastamento deixa de ser pontual e passa a constituir alteração de rotina ou prática não prevista, incide o item 12.11 do instrumento contratual, que submete os atos e decisões que impliquem alteração relevante na execução do contrato à autorização prévia da área técnica da secretaria, exigindo formalizar previamente qualquer proposta de alteração de procedimentos, rotinas ou práticas não previstas originalmente. O acompanhamento dos itens padronizados também tem expressão contratual própria: o instrumento exige garantir a apresentação de relatório de estoque e dispensação de medicamentos e insumos padronizados, com destaque para os itens da curva A e os medicamentos de alto custo, assegurando que o repasse financeiro está sendo convertido na disponibilidade efetiva do arsenal terapêutico necessário aos pacientes.

4.10 Órteses, próteses e materiais especiais: particularidades da aquisição

O material especial tem tratamento próprio porque tem risco próprio. É o item de maior valor unitário do consumo hospitalar, o de maior exposição a questionamento e o único cuja documentação o instrumento contratual enumera item a item. Do ponto de vista da compra, duas particularidades o separam de todo o resto: a aquisição é vinculada a um paciente identificado e a uma indicação clínica documentada, e a documentação que sustenta o dispêndio começa a ser produzida antes da compra e termina depois da cirurgia.

A primeira exigência é de segregação documental e contábil. As notas fiscais referentes a material especial devem ser encaminhadas em pasta específica e separada das notas fiscais de materiais hospitalares, considerando a existência de rubrica orçamentária distinta, e devem ser identificadas na planilha financeira sob a denominação própria. Essa separação não é organização estética: é o que permite responder a diligência sobre material especial sem revolver o conjunto da documentação financeira, e demonstra, pela própria arquitetura do arquivo, que o controle existe.

A segunda exigência é a dos doze documentos. As notas fiscais de material especial devem estar acompanhadas, obrigatoriamente, da nota fiscal emitida em nome do paciente, do registro da ortopedia, dos exames e laudos que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico, da documentação de saída do material, da documentação de saída individualizada por paciente, do relatório de ordem de compra, do documento de entrada, do romaneio vinculado ao paciente, do checklist operacional, do mapa de cotação, do atesto dos responsáveis e da radiografia quando aplicável. Três dessas peças nascem no processo de compra e são responsabilidade direta deste protocolo: o mapa de cotação, o relatório de ordem de compra e o documento de entrada. As demais nascem na assistência, no centro cirúrgico e no almoxarifado, e o que a compra faz é assegurar que a sua exigência esteja declarada no pedido desde a origem.

A consequência operacional é que o dossiê se monta ao longo do processo, e não se reconstitui depois. Ordem de compra emitida sem vínculo com o paciente e com a indicação, documento de entrada gerado em lote no fechamento do mês e mapa de cotação produzido posteriormente para instruir a nota já emitida são três formas diferentes do mesmo defeito, e todas as três aparecem na conferência. Por isso a aquisição de material especial é tratada como processo nominal desde a requisição, com o número do processo de compra acompanhando o item até o atesto.

4.11 Bem permanente e a documentação de patrimonialização

O bem permanente adquirido com recursos do contrato de gestão não pertence à entidade que o compra. O instrumento contratual determina que os bens adquiridos durante a vigência do contrato de gestão sejam incorporados ao patrimônio da secretaria, mediante previsão expressa no instrumento contratual, e determina que as aquisições de materiais e equipamentos permanentes, realizadas mediante transferência de recursos conforme o item de investimentos da planilha de despesas, sejam incorporadas e patrimonializadas pela secretaria, com apresentação tempestiva da documentação pertinente pela contratada. Essa é a razão pela qual a classificação feita lá atrás, na requisição, produz efeito aqui: o que foi classificado como investimento gera dever documental que o custeio não gera.

A documentação de patrimonialização acompanha o bem desde a compra. Ela reúne a nota fiscal de aquisição, o termo de recebimento com o atesto, o manual e o certificado de garantia quando houver, o registro sanitário do equipamento quando aplicável, o termo de instalação e o registro de treinamento da equipe usuária quando o equipamento o exigir, e a identificação física do bem. Reunir essas peças depois que o equipamento já está em uso é possível, mas é sempre mais caro e frequentemente incompleto — certificado de garantia e termo de instalação são documentos que se perdem com facilidade quando não são arquivados no ato.

O cadastro patrimonial é obrigação expressa e continuada: a contratada deve promover a atualização cadastral do mobiliário, dos materiais e dos equipamentos permanentes e de informática, mediante inventário completo, indicando localização, identificação, tipo e número de patrimônio, inclusive daqueles adquiridos com recursos do contrato de gestão. E o cadastro acompanha o bem no espaço: qualquer deslocamento de mobiliário, materiais ou equipamentos permanentes deve ser previamente informado à secretaria, com atualização da respectiva ficha cadastral. Equipamento que migra de setor sem atualização da ficha é divergência garantida no inventário seguinte, e a divergência custa mais tempo para explicar do que teria custado para evitar.

Duas hipóteses adjacentes completam o quadro e são registradas aqui para que não se as confunda com aquisição. A permuta: os bens móveis permitidos em uso podem ser permutados por outros de igual ou maior valor, mediante prévia avaliação e autorização expressa da contratante, passando os novos a integrar o patrimônio municipal. E a devolução ao término: ao fim da vigência, todas as áreas, equipamentos, instalações e utensílios são devolvidos em perfeitas condições de uso, ressalvado o desgaste natural decorrente do uso regular, substituindo-se aqueles irrecuperáveis. Nenhuma das duas é compra, e ambas dependem da mesma base cadastral que esta seção mantém.

4.12 Recebimento provisório e definitivo, com atesto

O recebimento é o momento em que a compra encontra a realidade. É também o momento em que a unidade ainda pode recusar o que não serve, e por isso o cuidado gasto aqui vale por todo o processo anterior. Recebimento feito por conferência de quantidade sobre a nota fiscal, sem abrir volume e sem olhar lote e validade, entrega ao estoque um problema que só aparecerá no momento do uso, quando a devolução já não é possível e o item já foi pago.

O instrumento contratual fixa os procedimentos mínimos de controle do recebimento físico de medicamentos e insumos, e é importante ler a condição em que os enuncia: eles são determinados para a hipótese de rescisão, suspensão ou interrupção do contrato firmado pela secretaria com a empresa prestadora de serviços logísticos, quando a entrega e o recebimento passam a ser realizados diretamente na unidade. Nessa hipótese, o recebimento físico é realizado no momento da descarga do veículo, mediante conferência quantitativa dos itens constantes da nota fiscal, por no mínimo dois colaboradores designados, que atestam por assinatura o recebimento; a conferência contempla quantidades, integridade das embalagens e identificação dos produtos, incluindo número de lote e prazo de validade; a documentação de conferência é emitida e assinada no ato da entrega e encaminhada junto à prestação de contas; e

é emitido documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável, atestando a regularidade da entrada no estoque.

Enquanto vigente o contrato de logística, as atividades de gerenciamento de armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos adquiridos com recursos transferidos são realizadas por empresa especializada contratada pela secretaria, cabendo à organização social disponibilizar espaços e infraestrutura adequados e, quando julgar necessário e com anuência da secretaria, solicitar os relatórios da atuação daquela empresa. Este protocolo adota o padrão dos procedimentos mínimos como desenho do recebimento na unidade, por ser o único parâmetro que o instrumento contratual estabelece para esse ato. E o adota na forma de minuta a submeter: o item 12.34.6 determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares seja previamente submetido à análise e à aprovação da secretaria, não podendo ser implementado sem a devida autorização. A minuta é submetida antes de vigorar, e o que vigora é o que a secretaria aprovar.

Para os demais bens e para os serviços, o serviço adota a distinção entre recebimento provisório e definitivo, que organiza a responsabilidade sem criar prazo paralelo. O recebimento provisório é o ato da entrega: confere quantidade, aparência, identificação e documento fiscal, e registra o que foi recebido sem afirmar que está conforme. O recebimento definitivo é o ato do atesto: verifica a conformidade do que foi entregue com o que foi contratado — especificação, funcionamento, instalação, treinamento quando exigido — e é ele que libera o pagamento. O atesto é dado por função declarada, e quem atesta não é quem comprou. Havendo divergência, ela é registrada com a sua natureza, comunicada ao fornecedor e tratada até o desfecho, que também se registra: substituição, complementação, devolução ou aceitação motivada.

4.13 Segregação de funções e conflito de interesses

A segregação de funções é o princípio de organização do trabalho que este protocolo adota para que nenhuma pessoa concentre etapas cuja concentração torne o erro invisível. Quem requisita não aprova a própria requisição; quem conduz a pesquisa de preços não decide sozinho a contratação; quem recebe e atesta não é quem comprou; e quem paga não é quem atesta. Não se trata de etapa adicional nem de duplicação de conferência: trata-se da distribuição das etapas já existentes entre funções distintas, que é o controle mais barato e mais eficaz contra o erro involuntário e contra o desvio deliberado.

As vedações de conflito de interesses são expressas e devem ser verificadas antes da contratação, não depois. É vedada a contratação de empresas, instituições ou consórcios para desempenhar qualquer serviço dentro do contrato de gestão dos quais participem, direta ou indiretamente, diretores a qualquer título, com ou sem poder decisório, incluído o diretor técnico, administradores, conselheiros do Conselho de Administração ou do Conselho Fiscal e empregados da entidade parceira, bem como seus cônjuges ou parentes até o terceiro grau, em observância aos princípios da moralidade e da impessoalidade. É vedada, também, a contratação de pessoas físicas ou jurídicas que possuam vínculo com a Administração Pública Municipal, salvo hipóteses legalmente admitidas, e a contratação de fornecedores ou prestadores de serviços penalizados no âmbito da Administração Pública.

A verificação dessas vedações é ato de habilitação e deixa evidência no processo. Ela compreende a consulta ao quadro societário do fornecedor, o confronto com a relação de dirigentes, conselheiros e empregados da entidade, e a consulta aos cadastros públicos de penalidades. O serviço adota a declaração de ausência de conflito de interesses de quem participa da decisão de compra, e o afastamento de quem se declare impedido em relação àquele processo específico. A finalidade declarada é a transparência da decisão e a proteção de quem decide: declarar impedimento é ato de proteção institucional, e não confissão de irregularidade.

Esta seção tem fundamento contratual próprio, que a liga ao conjunto maior da integridade. O instrumento obriga a possuir e manter programa de integridade nos termos da Lei Estadual n.º 7.753, de 2017, consistente no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades, e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com o objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a Administração Pública. A compra é, em qualquer instituição, o processo de maior exposição a esse risco. Por isso os registros desta seção alimentam o programa de integridade, e o canal de denúncia previsto naquele programa é via legítima para o relato de indício de direcionamento ou de conflito não declarado.

4.14 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação enunciado na seção anterior: cada função responde por um trecho do ciclo, e nenhuma responde por trechos cuja reunião faria desaparecer a conferência natural entre eles. A matriz que segue não cria cargos: declara que responsabilidade cabe a que função, para que a apuração de uma falha encontre um responsável definido em vez de uma discussão entre setores.

Duas advertências acompanham a leitura da matriz. A primeira é que função não se confunde com pessoa: uma mesma pessoa pode exercer mais de uma função em unidades de menor porte, desde que as combinações vedadas na seção 4.13 sejam preservadas — o que a segregação proíbe é o acúmulo de etapas cuja reunião faz desaparecer a conferência natural entre elas, e não a polivalência em si. A segunda é que a matriz declara responsabilidade, e não hierarquia: a coordenação de suprimentos responde pelo andamento do processo sem que isso a torne instância de aprovação onde o regulamento próprio reservou a decisão à governança interna, e o farmacêutico responsável responde pela conferência técnica sem que isso transfira para ele a responsabilidade administrativa do recebimento.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Setor requisitante	Identifica a necessidade, descreve o objeto de forma clara e objetiva, justifica o pedido e indica o prazo em que o item é necessário
Coordenação de suprimentos	Classifica a despesa entre custeio e investimento, encaminha o processo pela alçada correspondente, acompanha os prazos e responde pela série das compras emergenciais
Analista de compras	Conduz a pesquisa de preços, monta o mapa de cotação, verifica a habilitação e as vedações e emite a ordem de compra ou instrui o contrato

Função	Responsabilidade neste protocolo
Instância competente da governança interna	Aprova formalmente a contratação na alçada que o regulamento próprio lhe reservar, e aprova o afastamento da padronização
Direção da Organização Social	Aprova e ratifica a justificativa técnica das compras emergenciais, na forma da alínea d das diretrizes de aquisição
Farmacêutico responsável	Responde pela conferência técnica de medicamentos e insumos e pelo documento de entrada que atesta a regularidade da entrada no estoque
Almoxarifado	Recebe fisicamente, confere quantidade, integridade, identificação, lote e validade, registra a divergência e guarda a evidência do recebimento
Responsável pelo patrimônio	Reúne a documentação de patrimonialização, mantém o cadastro por inventário e registra o deslocamento de bem permanente
Financeiro e prestação de contas	Reúne a documentação fiscal, lança a despesa na planilha de fluxo financeiro e responde pela entrega mensal no prazo contratual
Responsável pelo programa de integridade	Recebe os relatos de indício de direcionamento ou de conflito não declarado e conduz a apuração prevista no programa

Tabela 4.2 — As dez funções que respondem pelo ciclo de compra e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de contratar sem a aprovação da alçada correspondente; o atesto por quem conduziu a compra; e a dispensa da pesquisa de preços fora das duas hipóteses que o instrumento contratual admite, que são a emergência com justificativa ratificada pela direção e a exclusividade comprovada por carta válida.

4.15 Interface com almoxarifado, patrimônio e finanças

A compra é o setor cujo produto sempre termina nas mãos de outro, e por isso a qualidade das interfaces determina o resultado. Três delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. Nomear o ponto de falha não é atribuir culpa: é escolher onde colocar a conferência que evita o retrabalho.

Com o almoxarifado e a farmácia, a interface é o recebimento. O ponto de falha é a conferência incompleta: volume recebido sem verificação de lote e validade, item recebido em especificação diferente da contratada, quantidade divergente conferida sobre a nota e não sobre a carga. O tratamento é a conferência no ato, com registro imediato da divergência e comunicação ao fornecedor, e o retorno estruturado da informação ao comprador: divergência recorrente do mesmo fornecedor é dado de avaliação, e não apenas incidente do dia.

Com o patrimônio, a interface é o bem permanente. O ponto de falha é o equipamento que entra em uso antes de a documentação de patrimonialização estar completa, e a ficha cadastral que envelhece enquanto o bem circula entre setores. O tratamento começa na classificação da requisição: identificado o investimento, a exigência documental é declarada no processo desde a abertura, e o recebimento definitivo só se conclui com as peças reunidas. É mais barato exigir o certificado de garantia do fornecedor na entrega do que procurá-lo seis meses depois.

Com o financeiro e a prestação de contas, a interface é o documento fiscal. O ponto de falha é a despesa que chega ao fechamento sem o conjunto que a sustenta — nota fiscal, atesto, ordem de compra, mapa de cotação, certidões válidas na data — e a consequência está escrita no

instrumento contratual: a ausência de documentos, as inconsistências nas informações apresentadas ou a impossibilidade de comprovação da regular aplicação dos recursos públicos podem ensejar glosa de despesas, retenção de repasses, instauração de tomada de contas e aplicação das sanções previstas. Como a prestação de contas mensal é apresentada até o quinto dia útil do mês subsequente, a unidade organiza o trabalho de modo a dispor de tempo para tratar pendência documental antes desse encaminhamento, sem que disso decorra a instituição de prazo interno paralelo ao contratual.

4.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo produz um documento, e cada documento tem lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — conferência anotada de memória ao fim do expediente e justificativa redigida depois de conhecida a decisão são as duas formas mais comuns de documentação que existe e não prova nada.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Requisição com descrição do objeto e justificativa	Setor requisitante	Processo de compra	Prazo aplicável ao documento
Classificação entre custeio e investimento e aprovação na alçada	Coordenação de suprimentos	Processo de compra	Prazo aplicável ao documento
Mapa de cotação, propostas e consulta a banco público de preços	Analista de compras	Processo de compra	Cinco anos, com a prestação de contas
Justificativa de emergência ratificada, ou carta de exclusividade	Direção da Organização Social	Processo de compra	Cinco anos, com a prestação de contas
Cadastro do fornecedor e certidões de regularidade válidas	Analista de compras	Cadastro de fornecedores	Prazo aplicável ao documento
Ordem de compra e contrato, com o critério de reajustamento	Analista de compras	Processo de compra e pasta de contratos	Cinco anos, com a prestação de contas
Termo de recebimento, atesto e documento de entrada	Almoxarifado e farmacêutico responsável	Processo de compra	Cinco anos, com a prestação de contas
Documentação de material especial, em pasta própria	Compras, com insumo de várias áreas	Pasta específica, rubrica distinta	Cinco anos, com a prestação de contas
Documentação de patrimonialização e ficha cadastral do bem	Responsável pelo patrimônio	Pasta de patrimônio	Prazo aplicável ao documento
Não conformidade registrada, com causa e desfecho	Coordenação de suprimentos	Registro de não conformidade	Prazo aplicável ao documento

Tabela 4.3 — Os dez registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os documentos que integram os arquivos encaminhados mensalmente com a prestação de contas, e segue o prazo que o próprio instrumento contratual fixa: arquivar, na unidade ou em outro local de escolha da contratada, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados quando da entrega mensal da prestação de contas. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A regra vale igualmente para o documento em papel e para o eletrônico, e o acesso ao acervo é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê — exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto do próprio dever de disponibilizar, de forma permanente, toda documentação necessária ao acesso irrestrito e à auditoria pelos órgãos de controle.

4.17 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu. As espécies são conhecidas e se repetem: compra realizada sem requisição aprovada na alçada; pesquisa de preços com menos de três cotações válidas fora das hipóteses admitidas; contratação de fornecedor com certidão vencida na data; recebimento sem conferência de lote e validade; bem permanente em uso sem a documentação de patrimonialização; item fora da grade padronizada sem justificativa técnica registrada; material especial cuja nota fiscal segue sem a documentação que o instrumento contratual enumera. Cada uma delas tem causa no processo, e é a causa que se trata.

O registro é feito sem procura de culpado e a análise busca a causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência. A não conformidade registra o que ocorreu, quando se percebeu, qual etapa do ciclo falhou, qual a consequência verificada e qual a providência adotada. Toda não conformidade encerra com desfecho declarado e com providência sobre a causa, e a série consolidada é levada à análise periódica com as áreas envolvidas, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de correção tempestiva.

A gravidade se mede pela consequência, e neste protocolo a consequência mais grave é externa e está escrita: a ausência de documentos, a inconsistência das informações ou a impossibilidade de comprovar a regular aplicação dos recursos públicos pode ensejar glosa de despesas, retenção de repasses, instauração de tomada de contas e aplicação das sanções administrativas previstas no contrato de gestão e na legislação vigente. Por isso a não conformidade documental não é tratada como falha menor: ela é, das que este protocolo governa, a de efeito financeiro mais direto.

Há duas situações cujo tratamento é imediato e não espera a análise periódica. A primeira é o indício de direcionamento ou de conflito de interesses não declarado, que segue para o responsável pelo programa de integridade na forma da seção 4.13. A segunda é a não conformidade que ameaça o abastecimento — fornecedor que deixa de entregar item sem substituto imediato, ou recusa de carga que compromete o estoque de item crítico —, que é comunicada no momento à coordenação, porque a providência aqui compete ao processo de compra e não à reunião que analisará a série. Fora essas duas, o tratamento segue o rito comum,

e o rito comum termina sempre no mesmo lugar: a correção do ponto do processo em que a falha nasceu.

4.18 Indicadores e monitoramento

O monitoramento deste protocolo combina uma obrigação contratual de demonstração com indicadores internos que explicam o desempenho do ciclo de compra. A obrigação contratual é o demonstrativo de abastecimento de insumos críticos: o instrumento exige garantir a apresentação de relatório de estoque e dispensação de medicamentos e insumos padronizados, com destaque para os itens da curva A e os medicamentos de alto custo, assegurando que o repasse financeiro está sendo convertido na disponibilidade efetiva do arsenal terapêutico necessário aos pacientes. Os indicadores internos medem o que a compra governa diretamente e que determina aquele resultado.

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Abastecimento de insumos críticos	Relatório de estoque e dispensação dos padronizados, com destaque para curva A e alto custo	Objeto de relatório	Instrumento contratual, item 12.35.15.1
Suficiência da pesquisa de preços	$\text{Processos com três ou mais cotações válidas} \div \text{processos concluídos} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Interno — mede a alínea c do item 12.7.1
Participação da compra emergencial	$\text{Processos emergenciais} \div \text{processos concluídos} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Interno — mede o planejamento da alínea j
Aderência à grade padronizada	$\text{Itens requisitados pela grade} \div \text{itens de medicamento requisitados} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Interno — mede o item 12.9.6
Prazo de atendimento da requisição	Intervalo entre a requisição aprovada e o recebimento definitivo, por classe de item	Série acompanhada pelo serviço	Interno — explica o desabastecimento
Conformidade do recebimento	$\text{Recebimentos sem divergência} \div \text{recebimentos realizados} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Interno — mede fornecedor e especificação
Documentação de patrimonialização	$\text{Bens permanentes com documentação completa} \div \text{bens permanentes recebidos} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Interno — mede o item 12.8.1

Tabela 4.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, meta e origem — o primeiro de origem contratual, os demais internos ao serviço.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha o abastecimento, que é o que o instrumento contratual pede demonstrar e o que o paciente percebe. A segunda acompanha a regularidade do processo — suficiência da pesquisa, participação da emergência, aderência à grade — que é o que a prestação de contas examina. A terceira acompanha o desempenho do fornecimento, que é o que explica as duas primeiras: prazo de atendimento, conformidade do recebimento e completude da documentação patrimonial.

A análise é feita pela coordenação com as áreas envolvidas, e não isoladamente dentro da compra. A razão é a mesma que organiza a seção 4.15: dois dos indicadores mais importantes não pertencem ao setor de compras — a aderência à grade nasce na prescrição e na requisição, e a completude da documentação patrimonial depende do que o fornecedor entrega e do que o patrimônio reúne. Medi-los em conjunto é o que impede que cada área conclua que o atraso foi da outra, e é o que transforma o número em pauta de correção em vez de instrumento de atribuição de responsabilidade.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

4.19 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial a publicação ou a alteração do regulamento próprio de compras, a atualização da grade de medicamentos padronizada, a alteração das regras de prestação de contas e o achado de auditoria que revele falha estrutural do processo.

Duas dependências externas condicionam a vigência de partes deste texto, e declará-las é parte da governança. A primeira é o regulamento próprio de compras, que o instrumento contratual manda elaborar, aprovar e adotar, e publicar no Diário Oficial do Município no prazo máximo de noventa dias contados da assinatura do contrato de gestão: as alçadas, os critérios de julgamento e os requisitos de habilitação aqui descritos são compatíveis com o conteúdo mínimo que o instrumento exige do regulamento, e a redação definitiva de cada um acompanha o que o regulamento publicado dispuser. A segunda é a aprovação prévia da secretaria quanto aos fluxos de recebimento, conferência, controle e prestação de contas de medicamentos e insumos, exigida pelo item 12.34.6 — razão pela qual a seção 4.12 se apresenta como minuta a submeter.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre setores, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, e a aderência é verificada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que o que está escrito é o que se pratica.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação de suprimentos, com validação da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas e do responsável pelo programa de integridade quanto ao que toca as vedações e o conflito de interesses. A proposta de alteração

pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

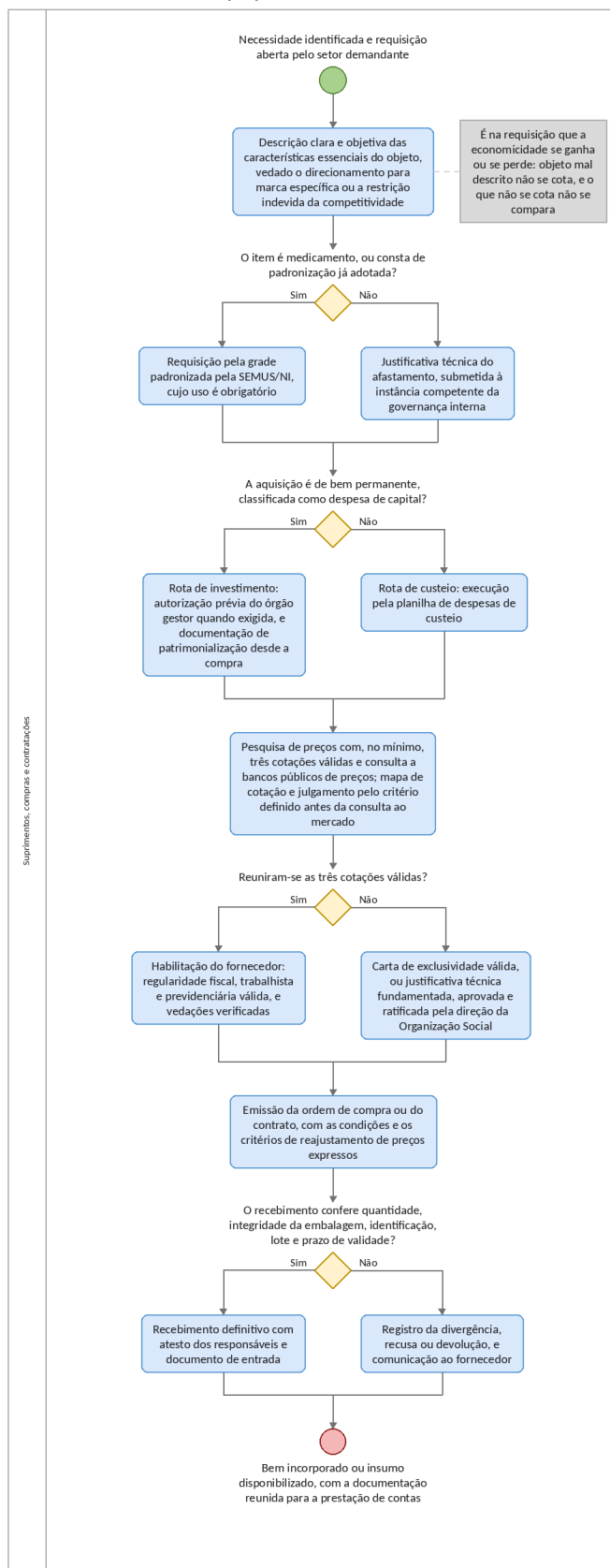
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

4.20 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da requisição ao recebimento definitivo, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se o item consta da grade padronizada, o que decide entre requisitar pela grade e justificar o afastamento; se a aquisição é de bem permanente, o que separa a rota de custeio da rota de investimento com patrimonialização; se as três cotações válidas se reuniram, o que decide entre seguir para a habilitação e instruir a exclusividade ou a emergência; e se o recebimento confere, o que separa o atesto do registro da divergência. As quatro decisões foram escolhidas por um critério único: cada uma delas conduz o processo a um conjunto diferente de documentos, e não apenas a uma sequência diferente de tarefas. O item da grade decide se haverá justificativa técnica de afastamento no processo; a natureza da despesa decide se haverá documentação de patrimonialização; a suficiência das cotações decide se haverá carta de exclusividade ou justificativa ratificada pela direção; e a conformidade do recebimento decide se haverá termo de atesto ou registro de divergência com comunicação ao fornecedor. O que o desenho procura tornar visível é que o percurso da compra e o conjunto probatório que ela deixa são a mesma coisa vista de dois ângulos, e que a decisão tomada em cada bifurcação determina, desde ali, o que a prestação de contas encontrará meses depois.

Da requisição ao recebimento definitivo



Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 6.1, 6.2, 9.17, 12.2.2, 12.3.5 a 12.3.9, 12.7.1, 12.7.5, 12.8.1 a 12.8.3, 12.9.2, 12.9.3, 12.9.6, 12.11, 12.29.1, 12.29.2, 12.30.3, 12.34.2 a 12.34.6, 12.35.15.1, 12.35.17, 12.35.19, 12.35.20, 15.5, 15.6, 18.13.1.1, 18.13.3, 18.13.5 e 20.1.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e Anexo VII — Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1.º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14133.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1.923/DF. Ementa reproduzida no item 9 do Termo de Referência do HGNI, em especial os itens 9.17 e 9.18, quanto à inexistência de dever de licitar das organizações sociais em suas contratações com terceiros e à observância de regulamento próprio. Brasília, DF: STF.

BRASIL. Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16360.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0430_08_10_2020.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n.º 7.753, de 17 de outubro de 2017. Dispõe sobre a instituição do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ALERJ, 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/512381203/lei-7753-17-rio-de-janeiro-rj>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013. Norma municipal referida no item 12.3.5 do Termo de Referência do HGNI como parâmetro a observar na elaboração do regulamento próprio de compras e contratações. Nova Iguaçu, 2013.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019. Norma municipal referida nos itens 12.3.5 e 12.31.9 do Termo de Referência do HGNI, este último quanto à disponibilização em sítio eletrônico próprio, em formato aberto, dos documentos que enumera. Nova Iguaçu, 2019.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os oito procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 4.20 e descreve o ciclo inteiro da compra.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-SUP-01	Requisição, alçadas de aprovação e classificação custeio × investimento	4.5 e 4.9
POP-SUP-02	Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento	4.6
POP-SUP-03	Cadastro, habilitação e avaliação periódica de fornecedores	4.7
POP-SUP-04	Compra emergencial e dispensa justificada	4.8
POP-SUP-05	Aquisição de bem permanente e documentação de patrimonialização	4.5 e 4.11
POP-SUP-06	Aquisição de OPME — checklist operacional e ordem de compra	4.10
POP-SUP-07	Recebimento provisório e definitivo com atesto	4.12
POP-SUP-08	Segregação de funções e conflito de interesses na compra	4.13

Tabela 4.5 — Os oito procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-SUP-01. Requisição, alçadas de aprovação e classificação custeio × investimento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-01.1 Quando usar

- › Sempre que um setor identificar necessidade de bem, insumo, medicamento ou serviço.
- › Antes de qualquer consulta ao mercado, porque é a requisição que define o que será cotado.
- › Na reposição programada de estoque e também na demanda não programada.

POP-SUP-01.2 Fundamento

Item 12.7.1, alíneas a e b, do termo de referência: descrição clara e objetiva das características essenciais do objeto, vedado o direcionamento para marcas específicas, e adoção da padronização de bens e equipamentos sempre que possível. Item 12.9.6: é obrigatória a utilização da grade de medicamentos padronizada pela SEMUS/NI. Itens 6.1 e 6.2, que classificam a despesa nos termos do artigo 12, parágrafos 2.º e 4.º, da Lei n.º 4.320/1964, e item 12.8.1, quanto à patrimonialização. Seções 4.5 e 4.9 do protocolo.

! A REQUISIÇÃO DECIDE TUDO O QUE VEM DEPOIS

- › Medicamento se requisita pela grade padronizada pela SEMUS/NI, cuja utilização o item 12.9.6 torna obrigatória. O afastamento é possível, mas é justificado por escrito e aprovado.
- › O objeto se descreve pelas características essenciais. Indicar marca é direcionamento, e o item 12.7.1, alínea a, o veda expressamente.
- › A classificação entre custeio e investimento é feita aqui, antes da cotação: é ela que determina o tratamento patrimonial do bem e a documentação que terá de ser reunida.
- › Requisição sem a data em que o item é necessário fabrica urgência. A compra emergencial tem custo, exige justificativa técnica e é ratificada pela direção.

POP-SUP-01.3 Sequência de execução

1. Verificar o saldo em estoque e as requisições do mesmo item já em curso, para evitar pedido duplicado ou compra a maior.
2. Tratando-se de medicamento, localizar o item na grade padronizada pela SEMUS/NI e requisitar pela denominação, concentração e apresentação ali previstas.
3. Não existindo item correspondente na grade, ou havendo impedimento documentado ao uso do item padronizado, redigir a justificativa técnica do afastamento e submetê-la à instância competente da governança interna.
4. Descrever o objeto de forma clara e objetiva pelas suas características essenciais, sem indicar marca e sem incluir exigência que restrinja indevidamente a competitividade.
5. Informar a quantidade, a unidade de medida, o local de entrega e a data em que o item é necessário.
6. Classificar a despesa entre custeio e investimento, observando que bem permanente é despesa de capital.
7. Sendo investimento, declarar no processo, desde a abertura, a exigência da documentação de patrimonialização e verificar a necessidade de autorização prévia do órgão gestor do contrato.
8. Registrar a justificativa da necessidade e a identificação do requisitante por função.
9. Encaminhar a requisição à alçada de aprovação correspondente à classificação e ao valor estimado.
10. Aprovada, encaminhar à pesquisa de preços conforme o POP-SUP-02; não aprovada, devolver ao requisitante com a razão registrada.
11. Arquivar a requisição aprovada no processo de compra, que acompanhará o item até o atesto.

Elemento	Onde se obtém	Consequência da ausência
Descrição pelas características essenciais	Especificação técnica do item	Cotações incomparáveis e julgamento sem critério objetivo
Denominação da grade padronizada	Grade de medicamentos da SEMUS/NI	Compra fora da padronização que o item 12.9.6 torna obrigatória
Quantidade e unidade de medida	Consumo médio e saldo de estoque	Compra a maior, com perda por validade, ou desabastecimento
Data em que o item é necessário	Programação do setor requisitante	Urgência fabricada por prazo omitido
Classificação entre custeio e investimento	Itens 6.1 e 6.2 do termo de referência	Bem permanente em uso sem documentação de patrimonialização
Aprovação na alçada correspondente	Instância competente da governança interna	Despesa sem aprovação formal na prestação de contas

Tabela POP-SUP-01.1 — Conteúdo mínimo da requisição antes do encaminhamento.

✓ O QUE SUSTENTA A REQUISIÇÃO
› Grade padronizada primeiro; o afastamento vem depois e vem escrito.
› Objeto descrito por atributo técnico, nunca por marca.
› Classificação decidida antes da cotação, porque é ela que define a documentação.
› Prazo real declarado, para que a urgência seja exceção e não método.

✗ O QUE COMPROMETE O PROCESSO
› Requisitar por marca e chamar isso de especificação.
› Deixar a classificação entre custeio e investimento para o momento do pagamento.
› Abrir requisição sem consultar saldo e pedidos em curso do mesmo item.
› Aprovar a própria requisição, ou encaminhá-la sem passar pela alçada.

POP-SUP-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

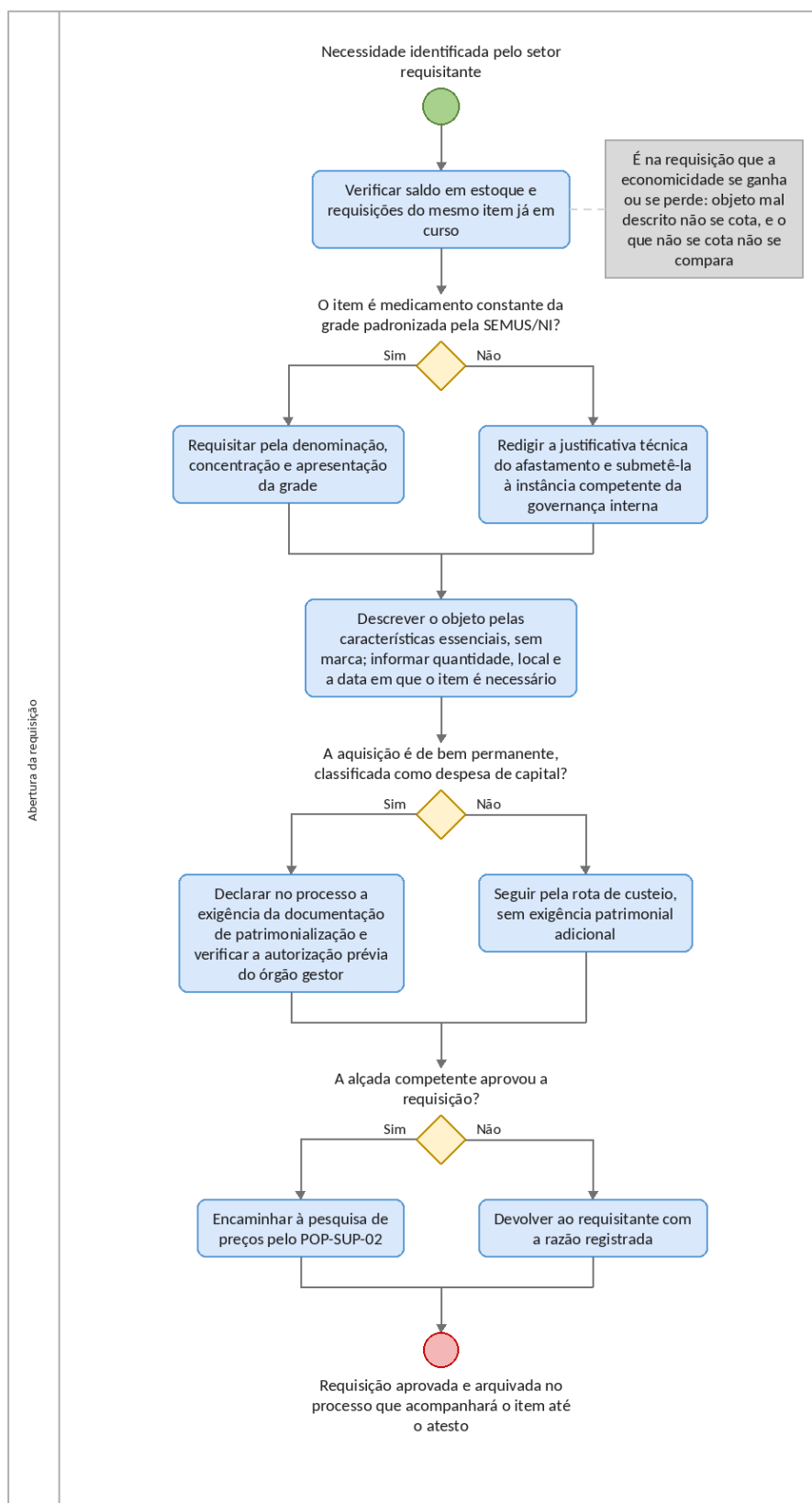
- › Requisição aprovada, com descrição do objeto, quantidade, prazo e justificativa.
- › Classificação entre custeio e investimento, com a alçada que a aprovou.
- › Justificativa técnica do afastamento da grade padronizada, quando houver.
- › Devolução ao requisitante, com a razão registrada, quando a requisição não é aprovada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A grade é obrigatória	Medicamento se requisita pela grade padronizada pela SEMUS/NI.
Objeto sem marca	Direcionamento é vedado pela alínea a do item 12.7.1.
Classificar antes de cotar	Custeio e investimento produzem documentação diferente.
Prazo declarado	A data em que o item é necessário evita a compra emergencial.
Alçada é de quem aprova	Quem requisita não aprova a própria requisição.

POP-SUP-01.5 Fluxograma

O fluxograma da requisição tem três bifurcações: a existência do item na grade padronizada, que decide entre requisitar pela grade e justificar o afastamento; a natureza da despesa, que separa a rota de custeio da rota de investimento com exigência patrimonial; e a decisão da alçada, que devolve ao requisitante o pedido não aprovado.

POP-SUP-01 — Requisição, alçadas e classificação da despesa



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.7.1, alíneas a e b; 12.9.6; 6.1 e 6.2.

POP-SUP-02. Pesquisa de preços, mapa de cotação e critério de julgamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-02.1 Quando usar

- › Em toda aquisição de bem ou contratação de serviço, após a aprovação da requisição.
- › Também nas compras emergenciais, em que a exigência de cotações permanece.
- › Na renovação ou na prorrogação de contrato cujo preço precise ser confirmado no mercado.

POP-SUP-02.2 Fundamento

Item 12.7.1, alínea c, do termo de referência: pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações válidas, bem como consulta a bancos públicos de preços. Item 12.35.20: na contratação de obras e serviços e na aquisição de bens deverão ser observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da contratação. Item 12.3.6, inciso II, quanto à pesquisa de mercado apta a demonstrar a razoabilidade dos preços, e item 12.29.2, inciso X, que exige o mapa de cotação. Seção 4.6 do protocolo.

✕ AS TRÊS FORMAS DE ANULAR UMA PESQUISA DE PREÇOS

- › Definir o critério de julgamento depois de conhecidas as propostas. Na prática, é escolher o fornecedor e depois escolher a regra que o faz vencer.
- › Reunir três propostas para especificações diferentes. Não são três cotações: são três processos distintos no mesmo papel, e não há objeto comum a comparar.
- › Omitir a consulta a bancos públicos de preços. Sem ela, não se sabe se as três propostas estão, todas, acima do que a Administração vem pagando pelo mesmo item.
- › A pesquisa de preços é o documento que demonstra economicidade. Pesquisa frágil transfere para a prestação de contas o ônus de provar o que a compra deveria ter provado.

POP-SUP-02.3 Sequência de execução

1. Receber a requisição aprovada e conferir se a especificação permite consulta ao mercado sem ambiguidade.
2. Definir e registrar, antes de qualquer consulta, o critério de julgamento e os atributos que serão considerados.
3. Consultar bancos públicos de preços para o item, e registrar a consulta com a data e o resultado.
4. Solicitar propostas a fornecedores distintos, buscando a diversificação prevista na alínea h do item 12.7.1, com a mesma especificação para todos.
5. Reunir, no mínimo, três cotações válidas.
6. Conferir a aderência de cada proposta à especificação antes de comparar preços, e descartar a proposta que ofereça objeto diverso, registrando a razão.
7. Consolidar o mapa de cotação com as propostas, a consulta ao banco público de preços, o critério declarado e o resultado da comparação.
8. Motivar por escrito a escolha, com referência ao critério previamente definido.
9. Não sendo possível reunir três cotações válidas, instruir o processo pela hipótese cabível conforme o POP-SUP-04, e registrar a impossibilidade e a sua causa.
10. Encaminhar o mapa de cotação e a proposta escolhida à alçada de aprovação.
11. Arquivar o mapa de cotação no processo de compra, para seguir com a prestação de contas.

Elemento da proposta	O que se confere	Erro que evita
Identificação e cadastro do fornecedor	Razão social e cadastro nacional válidos	Proposta que não se vincula a fornecedor identificável
Especificação do objeto	Aderência à especificação da requisição	Comparação entre objetos diferentes
Preço unitário e total	Base de cálculo e tributos declarados	Comparação entre preços com bases distintas
Prazo de entrega	Compatibilidade com a data em que o item é necessário	Preço menor com entrega inviável
Condições de pagamento	Prazo e forma declarados	Vantagem aparente desfeita na condição de pagamento
Prazo de validade da proposta	Vigência na data da decisão	Decisão apoiada em proposta já vencida

Tabela POP-SUP-02.1 — O que torna uma cotação comparável.

✓ O QUE FAZ A PESQUISA VALER

✓ O QUE FAZ A PESQUISA VALER

- › Critério declarado antes de conhecer as propostas, sempre.
- › Mesma especificação enviada a todos os consultados.
- › Consulta a banco público de preços registrada com data e resultado.
- › Escolha motivada por escrito, porque o que se audita é a razão da decisão.

✗ O QUE INVALIDA A COMPARAÇÃO

- › Comparar propostas de especificações diferentes.
- › Aceitar proposta vencida na data da decisão.
- › Consultar sempre os mesmos fornecedores, sem buscar a diversificação.
- › Deixar o mapa de cotação para depois da emissão da nota fiscal.

POP-SUP-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Mapa de cotação, com as propostas recebidas e a consulta ao banco público de preços.
- › Critério de julgamento declarado antes da consulta ao mercado.
- › Motivação escrita da escolha, com referência ao critério.
- › Registro da impossibilidade de reunir três cotações e da sua causa, quando for o caso.

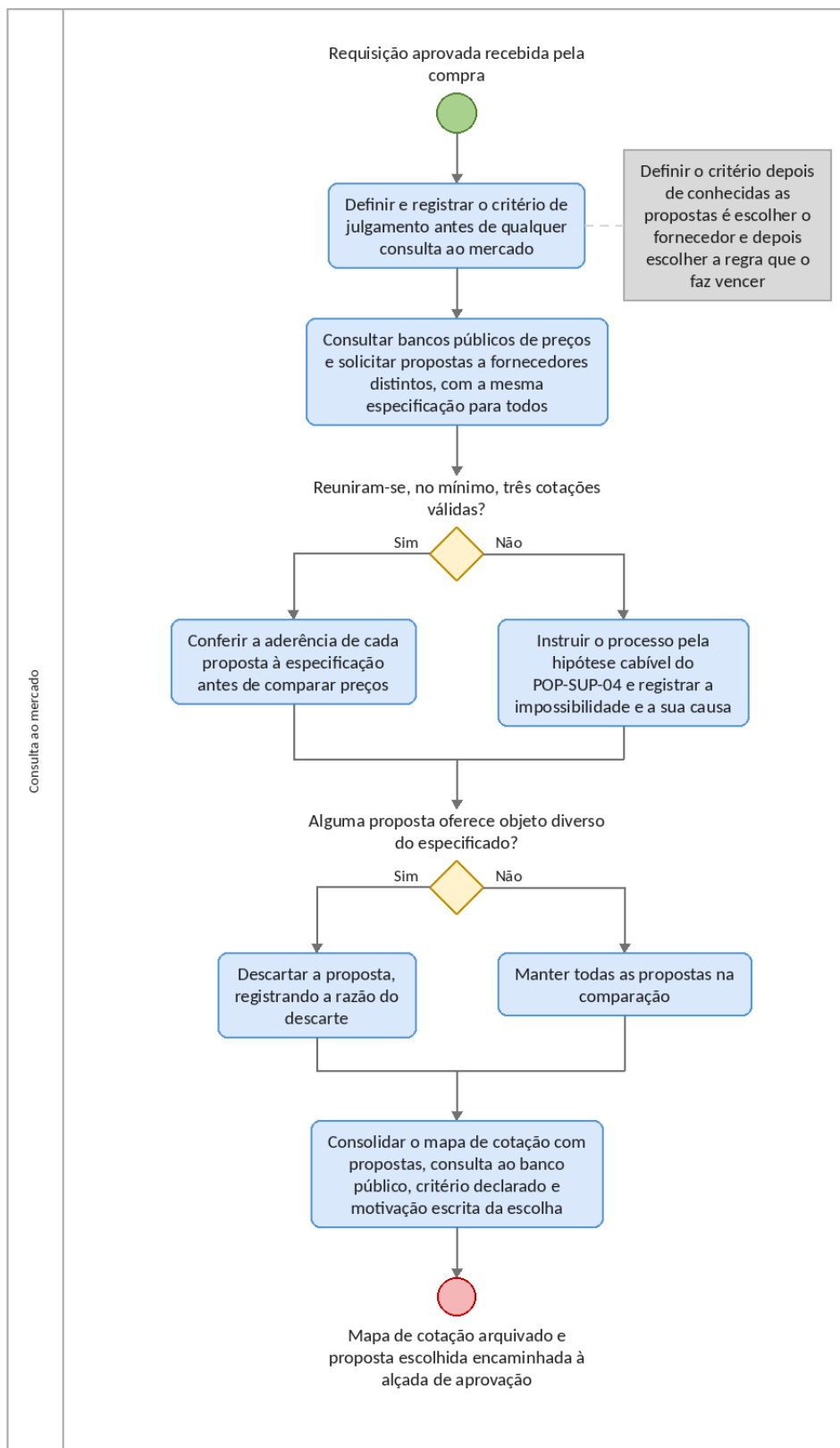
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três cotações válidas	É o mínimo que a alínea c do item 12.7.1 exige, e é cumulativo.
Banco público de preços	A consulta é exigida ao lado das cotações, não em vez delas.
Critério antes das propostas	Definir depois é escolher o vencedor e depois a regra.
Aderência antes do preço	Só se comparam preços de objetos iguais.
O mapa é peça de contas	O item 12.29.2, inciso X, o exige na documentação de OPME.

POP-SUP-02.5 Fluxograma

O fluxograma da pesquisa de preços mostra o momento em que o critério é declarado — antes de qualquer consulta — e as duas decisões que dele decorrem: a suficiência das três cotações válidas, que remete à hipótese de exceção quando não se reúnem, e a aderência de cada proposta à especificação, que descarta o que não é comparável.

POP-SUP-02 — Pesquisa de preços, mapa de cotação e julgamento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.7.1, alínea c; 12.35.20; 12.29.2, inciso X.

POP-SUP-03. Cadastro, habilitação e avaliação periódica de fornecedores

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-03.1 Quando usar

- › No primeiro fornecimento de qualquer fornecedor, antes da emissão da ordem de compra.
- › Na renovação de documento de habilitação vencido ou em vias de vencer.
- › Na avaliação periódica de desempenho, em rotina definida pelo serviço.

POP-SUP-03.2 Fundamento

Item 18.13.3, alínea b, do termo de referência: a documentação fiscal da prestação de contas compreende certidões de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária válidas. Itens 12.3.8 e 12.3.9, quanto aos requisitos técnicos, jurídicos, fiscais, econômico-financeiros e profissionais exigíveis e ao anexo próprio do regulamento. Item 12.7.1, alíneas h, i e l, quanto à diversificação de fornecedores e às vedações. Seção 4.7 do protocolo.

! A HABILITAÇÃO É CONDIÇÃO DE ACEITABILIDADE DA DESPESA

- › Certidão vencida na data da contratação não é pendência de cadastro: é despesa cuja documentação fiscal a prestação de contas exige e não encontra.
- › A verificação das vedações antecede a contratação. Descobrir depois que o fornecedor está penalizado ou tem vínculo impeditivo é descobrir tarde demais.
- › Tratando-se de medicamentos e produtos para saúde, a regularidade sanitária do fornecedor e do produto pertence à habilitação, e não ao recebimento.
- › Fornecedor único é vedado salvo justificativa técnica. A diversificação se constrói antes da urgência, quando ainda há tempo de cadastrar alternativa.

POP-SUP-03.3 Sequência de execução

1. Abrir o cadastro com a identificação, o cadastro nacional da pessoa jurídica e o objeto social do fornecedor.
2. Conferir a compatibilidade entre o objeto social e o que se pretende contratar.
3. Reunir as certidões de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, e registrar a data de validade de cada uma.
4. Tratando-se de serviços técnicos especializados, reunir a comprovação de capacidade técnica, experiência e idoneidade.
5. Tratando-se de medicamentos, produtos para saúde e correlatos, conferir a autorização de funcionamento, a licença sanitária quando aplicável e a regularização do produto ofertado.
6. Verificar as vedações: penalidade no âmbito da Administração Pública, vínculo com a Administração Pública Municipal e as hipóteses de conflito de interesses do POP-SUP-08.
7. Registrar a habilitação concluída, com a data e a função responsável pela conferência.
8. Controlar o vencimento dos documentos e solicitar a renovação antes que a validade se encerre.
9. Registrar, a cada fornecimento, o cumprimento do prazo, a conformidade do entregue e a ocorrência de divergência no recebimento.
10. Consolidar periodicamente a avaliação de desempenho, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de subsidiar as decisões seguintes e permitir a correção tempestiva.
11. Levar à coordenação o fornecedor cujo desempenho comprometa o abastecimento, antes da próxima compra e não durante ela.

Documento	O que demonstra	Momento em que se confere
Certidão de regularidade fiscal	Situação perante as fazendas públicas	Antes da contratação e a cada renovação
Certidão de regularidade trabalhista	Inexistência de débito trabalhista inscrito	Antes da contratação e a cada renovação
Certidão de regularidade previdenciária	Recolhimento das contribuições devidas	Antes da contratação e a cada renovação
Contrato social e quadro societário	Objeto compatível e composição para a verificação das vedações	No cadastro e a cada alteração informada
Autorização de funcionamento e licença sanitária	Aptidão para fornecer medicamentos e produtos para saúde	No cadastro do fornecedor desses itens
Comprovação de capacidade técnica	Experiência e idoneidade para serviços especializados	Antes da contratação de serviço técnico

Tabela POP-SUP-03.1 — Documentos de habilitação e o que cada um demonstra.

✓ O QUE MANTÉM O CADASTRO ÚTIL

- › Validade controlada, com renovação solicitada antes do vencimento.
- › Histórico de desempenho alimentado a cada fornecimento, e não por memória.
- › Vedações verificadas antes da contratação, com evidência no processo.
- › Alternativas cadastradas para os itens críticos, enquanto há tempo.

✗ O QUE ESVAZIA A HABILITAÇÃO

- › Cadastro que guarda nome e telefone e ignora validade de documento.
- › Contratar com certidão vencida e regularizar depois.
- › Concentrar o fornecimento em um único fornecedor sem justificativa técnica.
- › Avaliar desempenho apenas quando já houve problema grave.

POP-SUP-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Cadastro do fornecedor, com documentos e respectivas validades.
- › Registro da verificação das vedações, com data e função responsável.
- › Histórico de fornecimento, com prazo cumprido e divergências ocorridas.
- › Avaliação periódica consolidada e as providências decorrentes.

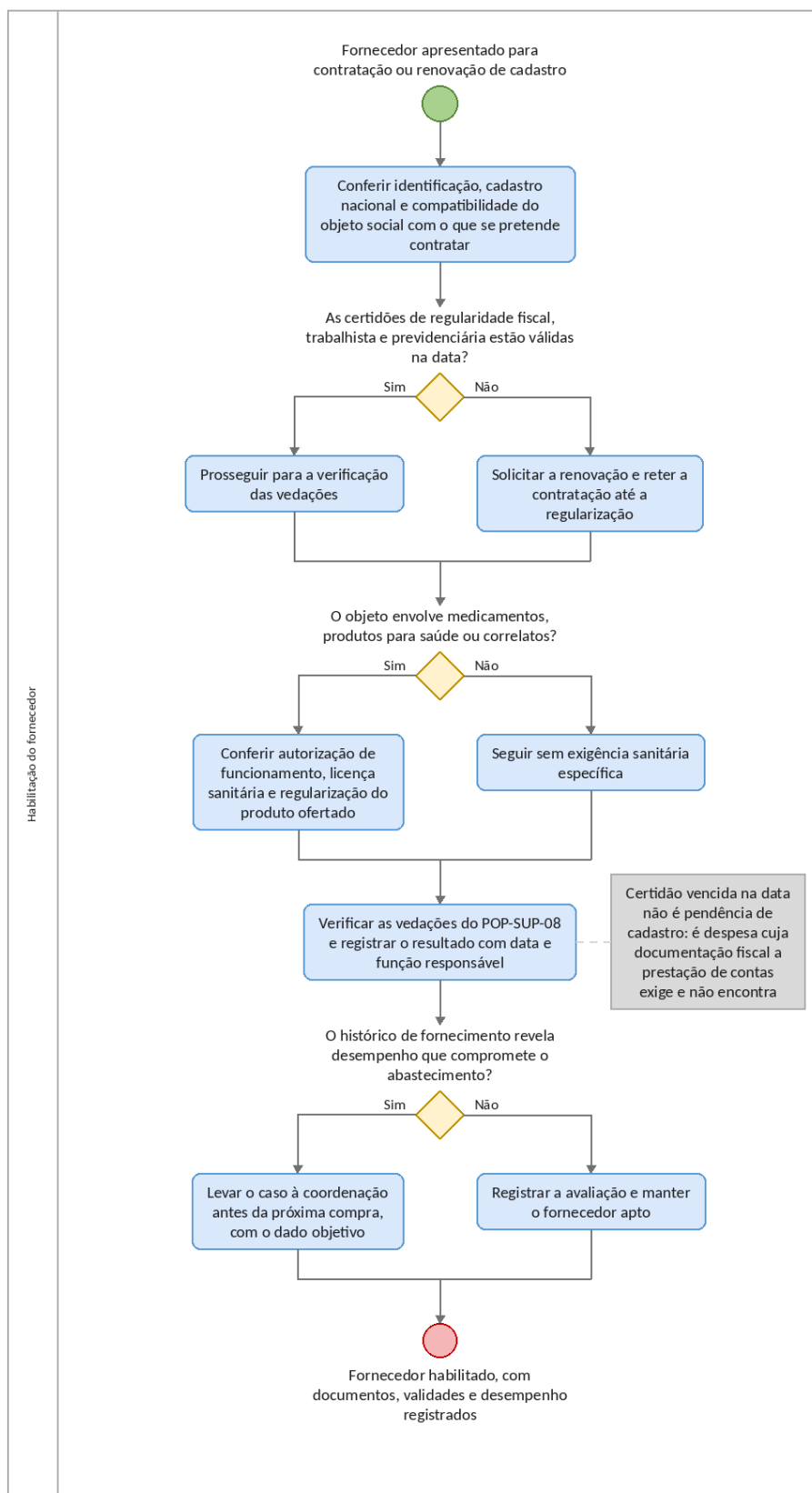
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Certidão válida na data	O item 18.13.3, alínea b, exige certidões válidas nas contas.
Vedação se checa antes	Penalizado e vinculado à Administração Municipal não se contrata.
Sanitário é habilitação	Produto e fornecedor regularizados, antes da entrega.
Diversificar é diretriz	Fornecedor único exige justificativa técnica.
Desempenho é dado	Prazo e conformidade alimentam a decisão seguinte.

POP-SUP-03.5 Fluxograma

O fluxograma da habilitação tem três decisões que mudam o percurso: a validade das certidões na data, que retém a contratação até a regularização; a natureza sanitária do objeto, que acrescenta a verificação de autorização e registro; e o histórico de desempenho, que leva o caso à coordenação antes da próxima compra.

POP-SUP-03 — Cadastro, habilitação e avaliação de fornecedores



POP-SUP-04. Compra emergencial e dispensa justificada

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-04.1 Quando usar

- › Quando a falta iminente de item comprometer a assistência e o prazo ordinário não couber.
- › Quando a inviabilidade de competição por exclusividade for alegada.
- › Sempre que não for possível reunir as três cotações válidas do POP-SUP-02.

POP-SUP-04.2 Fundamento

Item 12.7.1, alínea d, do termo de referência: nas compras emergenciais deverá ser apresentada pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações, acompanhada de justificativa técnica devidamente fundamentada, a qual deverá ser aprovada e ratificada pela direção da Organização Social. Alínea e: a inviabilidade de competição por exclusividade deverá ser comprovada mediante apresentação de Carta de Exclusividade válida. Alínea j, quanto ao planejamento de compras para prevenção de desabastecimento, e item 12.34.6.1, quanto à vedação de empréstimos. Seção 4.8 do protocolo.

✕ O QUE A URGÊNCIA NÃO DISPENSA

- › As três cotações permanecem exigidas na compra emergencial. O que a urgência comprime é o prazo, não a comparação.
- › A justificativa técnica é fundamentada e é aprovada e ratificada pela direção da Organização Social. Sem a ratificação, a despesa chega à prestação de contas sem o documento que a sustenta.
- › Exclusividade de marca não é exclusividade de fornecimento. A prova é a Carta de Exclusividade válida, vigente na data e emitida por quem tem legitimidade para atestá-la.
- › O empréstimo de medicamentos e materiais entre unidades é vedado, e a exceção depende de autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde. Não é atalho disponível ao processo de compra.

POP-SUP-04.3 Sequência de execução

1. Caracterizar a situação por escrito: qual item, qual a consequência assistencial da falta e por que o prazo ordinário não é praticável.
2. Verificar se a hipótese é de urgência ou de inviabilidade de competição, porque a prova de cada uma é diferente.
3. Na urgência, realizar a pesquisa de preços com, no mínimo, três cotações, ainda que em prazo comprimido.
4. Redigir a justificativa técnica fundamentada, indicando a causa da urgência e a providência adotada para que ela não se repita.
5. Submeter a justificativa à direção da Organização Social para aprovação e ratificação.
6. Na exclusividade, obter a Carta de Exclusividade e conferir a sua vigência na data e a legitimidade de quem a emitiu.
7. Registrar, em qualquer das hipóteses, a impossibilidade que afastou o rito ordinário.
8. Emitir a ordem de compra apenas após a aprovação, e conservar no processo a justificativa ratificada ou a carta conferida.
9. Classificar a causa da urgência: previsão de consumo, ponto de reposição, prazo do fornecedor, falha de entrega ou demanda não previsível.
10. Devolver a causa ao ponto do processo em que ela nasceu, para correção.
11. Acompanhar a série das compras emergenciais por item e por causa, e levá-la à análise periódica com as áreas envolvidas.

Hipótese	O que a caracteriza	Documento que a sustenta
Compra emergencial	Falta iminente com consequência assistencial e prazo ordinário inviável	Pesquisa com no mínimo três cotações e justificativa técnica ratificada pela direção
Inviabilidade de competição	Exclusividade de fornecimento, e não apenas de marca	Carta de Exclusividade válida, vigente e de emitente legítimo
Empréstimo entre unidades	Vedado como regra, admitido em extrema excepcionalidade	Autorização prévia e expressa do Secretário, com relatório, registros e planilha de saldo

Tabela POP-SUP-04.1 — As duas hipóteses e a prova de cada uma.

✓ O QUE SUSTENTA A EXCEÇÃO
› Caracterizar a urgência pelo efeito assistencial, e não pela conveniência do calendário.
› Manter as três cotações, mesmo com prazo comprimido.
› Ratificação pela direção antes da ordem de compra, nunca depois.

✓ O QUE SUSTENTA A EXCEÇÃO

- › Classificar a causa e devolvê-la ao ponto do processo em que nasceu.

✗ O QUE TRANSFORMA A EXCEÇÃO EM ACHADO

- › Emitir a ordem de compra e buscar a justificativa depois.
- › Aceitar declaração do próprio fornecedor como prova de exclusividade.
- › Repetir a emergência no mesmo item sem tratar a causa.
- › Recorrer ao empréstimo entre unidades como solução de abastecimento.

POP-SUP-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Justificativa técnica fundamentada, aprovada e ratificada pela direção.
- › Pesquisa de preços com as cotações obtidas no prazo comprimido.
- › Carta de Exclusividade conferida, com data e emitente, quando for a hipótese.
- › Classificação da causa da urgência e a providência adotada sobre ela.

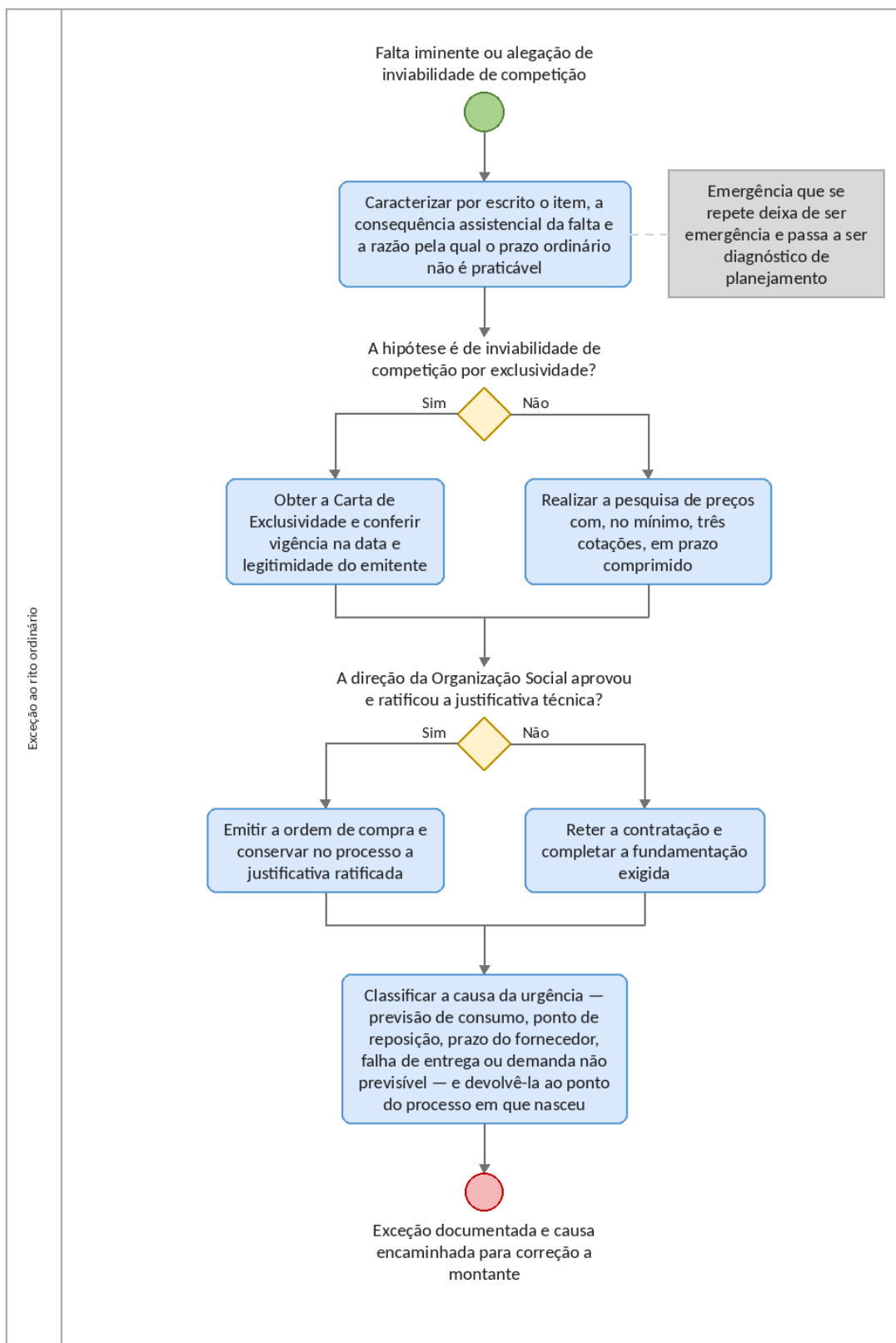
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três cotações permanecem	A alínea d as exige também na compra emergencial.
Ratificação da direção	É exigência expressa, e vem antes da ordem de compra.
Carta válida	Exclusividade se prova com documento vigente e emitente legítimo.
Emergência repetida é diagnóstico	A causa está no planejamento, não na agilidade.
Empréstimo é vedado	A exceção depende de autorização prévia e expressa do Secretário.

POP-SUP-04.5 Fluxograma

O fluxograma da exceção separa desde o início as duas hipóteses, porque a prova de cada uma é diferente: a exclusividade se comprova com carta válida, e a urgência com pesquisa de preços e justificativa técnica. A segunda decisão é a que efetivamente libera a compra — a ratificação pela direção da Organização Social.

POP-SUP-04 — Compra emergencial e dispensa justificada



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.7.1, alíneas d, e e j; 12.34.6.1.

POP-SUP-05. Aquisição de bem permanente e documentação de patrimonialização

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-05.1 Quando usar

- › Em toda aquisição classificada como investimento, desde a requisição.
- › No recebimento de mobiliário, equipamento médico-hospitalar, de informática ou de apoio.
- › No deslocamento de bem permanente entre setores e na permuta de bem permitido em uso.

POP-SUP-05.2 Fundamento

Item 12.8.1 do termo de referência: as aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão realizadas mediante transferência de recursos conforme o item de Investimentos da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, devendo ser incorporadas e patrimonializadas pela SEMUS/NI, com apresentação tempestiva da documentação pertinente pela CONTRATADA. Item 12.8.2, quanto à atualização cadastral por inventário completo, e item 12.8.3, quanto ao deslocamento previamente informado. Item 12.7.5, quanto à incorporação ao patrimônio, e item 15.5, quanto aos critérios de execução dos investimentos. Seções 4.5 e 4.11 do protocolo.

! O BEM NÃO É DA ENTIDADE QUE O COMPRA

- › Os bens adquiridos durante a vigência do contrato de gestão são incorporados ao patrimônio da SEMUS/NI. A entidade compra, usa e responde pela guarda; a propriedade é do Município.
- › A incorporação depende de apresentação tempestiva da documentação pertinente. Documentação reunida meses depois é incorporação atrasada, e atraso aqui é achado de prestação de contas.
- › A execução dos investimentos observa justificativa técnica da necessidade, pesquisa de preços, aderência à padronização eventualmente adotada pela SEMUS/NI e prévia autorização do órgão gestor do contrato quando exigido.

! O BEM NÃO É DA ENTIDADE QUE O COMPRA

› Certificado de garantia e termo de instalação são os documentos que mais se perdem. Exigi-los na entrega custa menos do que procurá-los depois.

POP-SUP-05.3 Sequência de execução

1. Confirmar, na requisição, a classificação como investimento e a previsão no item de investimentos da planilha de despesas.
2. Reunir a justificativa técnica da necessidade, com a análise de impacto assistencial quando aplicável.
3. Verificar a aderência à padronização eventualmente adotada pela SEMUS/NI antes de definir a especificação.
4. Verificar a necessidade de prévia autorização do órgão gestor do contrato e obtê-la quando exigida.
5. Conduzir a pesquisa de preços conforme o POP-SUP-02 e emitir a ordem de compra com a exigência documental declarada.
6. No recebimento, conferir o bem contra a especificação e exigir do fornecedor a documentação que acompanha o equipamento.
7. Concluir o recebimento definitivo com o atesto, conforme o POP-SUP-07.
8. Reunir a documentação de patrimonialização e encaminhá-la tempestivamente para a incorporação pela SEMUS/NI.
9. Identificar fisicamente o bem e registrar localização, identificação, tipo e número de patrimônio no cadastro.
10. Informar previamente à SEMUS/NI qualquer deslocamento do bem, com atualização da respectiva ficha cadastral.
11. Manter o cadastro atualizado por inventário completo, incluídos os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão.

Documento	Quem o entrega ou produz	Momento em que se reúne
Nota fiscal de aquisição	Fornecedor	Na entrega
Termo de recebimento definitivo e atesto	Almoxarifado e função que atesta	No recebimento definitivo
Manual e certificado de garantia	Fornecedor	Na entrega, junto com o equipamento
Registro sanitário do equipamento	Fornecedor	Na entrega, quando aplicável
Termo de instalação e registro de treinamento	Fornecedor e setor usuário	Na instalação, quando exigida

Documento	Quem o entrega ou produz	Momento em que se reúne
Identificação física e ficha cadastral	Responsável pelo patrimônio	Após o recebimento definitivo

Tabela POP-SUP-05.1 — Documentação que acompanha o bem permanente.

✓ O QUE FAZ A PATRIMONIALIZAÇÃO ANDAR

- › Exigência documental declarada na ordem de compra, e não pedida depois.
- › Documentação encaminhada tempestivamente para a incorporação.
- › Identificação física feita logo após o recebimento definitivo.
- › Ficha cadastral atualizada antes do deslocamento, e não depois dele.

✗ O QUE GERA DIVERGÊNCIA NO INVENTÁRIO

- › Colocar o equipamento em uso antes de reunir a documentação.
- › Deslocar bem permanente entre setores sem informar previamente e sem atualizar a ficha.
- › Aceitar a entrega sem manual, garantia e registro sanitário quando aplicáveis.
- › Tratar bem permanente como material de consumo na classificação da despesa.

POP-SUP-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Documentação de patrimonialização completa, encaminhada para a incorporação.
- › Ficha cadastral do bem, com localização, identificação, tipo e número de patrimônio.
- › Comunicação prévia de deslocamento e a atualização cadastral correspondente.
- › Inventário completo atualizado, incluídos os bens adquiridos com recursos do contrato.

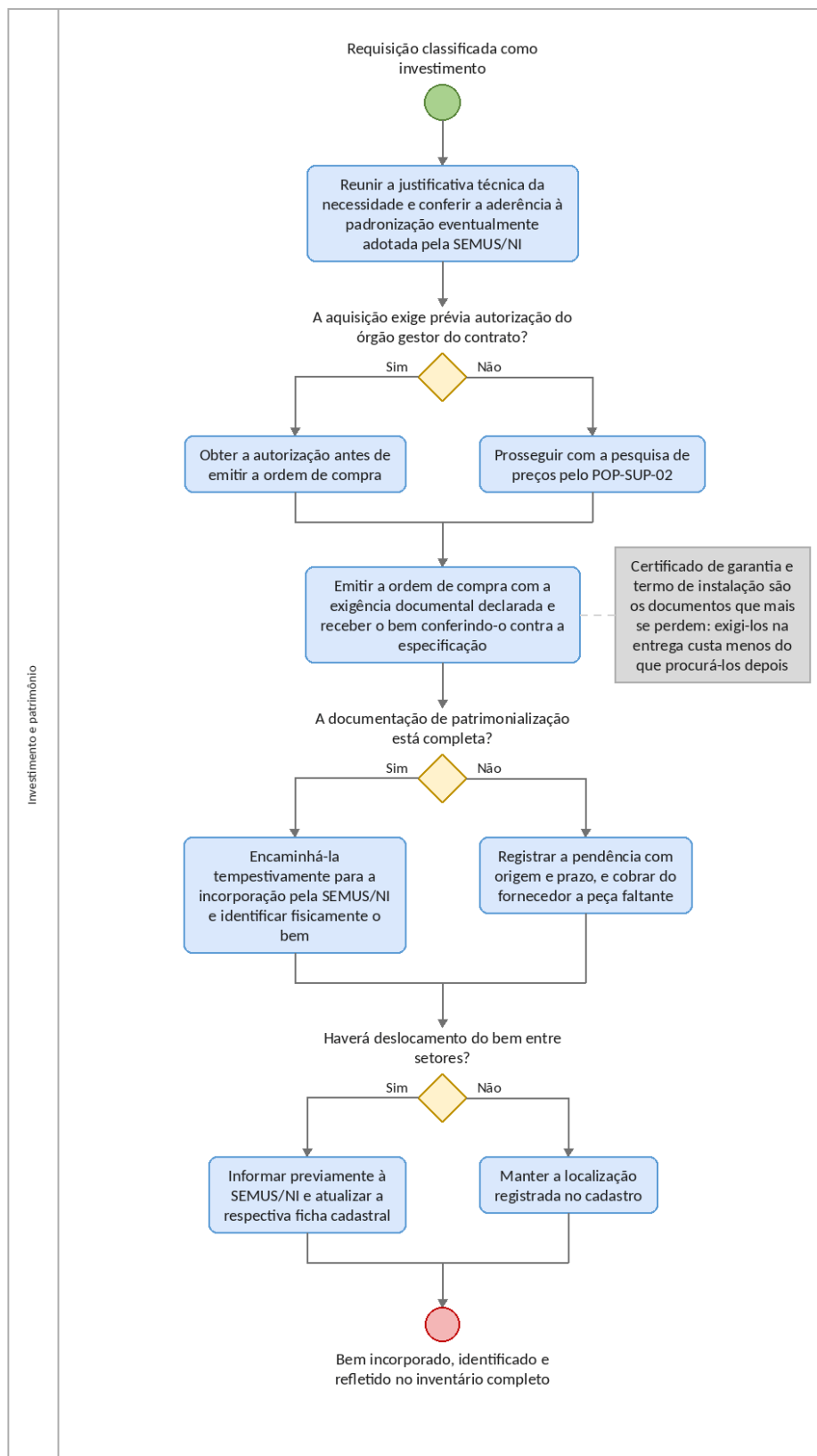
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A propriedade é do Município	A entidade compra; a SEMUS/NI incorpora e patrimonializa.
Tempestividade é do texto	O item 12.8.1 exige apresentação tempestiva da documentação.
Padronização e autorização	O item 15.5 as inclui entre os critérios do investimento.
Cadastro por inventário	Localização, identificação, tipo e número de patrimônio.
Deslocamento se informa antes	Com atualização da ficha cadastral, na forma do 12.8.3.

POP-SUP-05.5 Fluxograma

O fluxograma do bem permanente mostra as três decisões que o organizam: a exigência de autorização prévia do órgão gestor, que antecede a ordem de compra; a completude da documentação de patrimonialização, que separa a incorporação da pendência; e o deslocamento do bem, que aciona a comunicação prévia e a atualização da ficha cadastral.

POP-SUP-05 — Bem permanente e documentação de patrimonialização



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.7.5; 12.8.1 a 12.8.3; 15.5.

POP-SUP-06. Aquisição de OPME — checklist operacional e ordem de compra

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-06.1 Quando usar

- › Sempre que a indicação cirúrgica envolver órtese, prótese ou material especial.
- › Desde a requisição, e não apenas no fechamento da nota fiscal.
- › Antes do encaminhamento da nota fiscal à prestação de contas.

POP-SUP-06.2 Fundamento

Item 12.29.1 do termo de referência: as notas fiscais de OPME deverão ser encaminhadas em pasta específica e separada das notas fiscais de materiais hospitalares, considerando a existência de rubrica orçamentária distinta, devendo ser identificadas na planilha financeira. Item 12.29.2, incisos I a XII, que enumera a documentação que deve acompanhá-las obrigatoriamente, entre a qual o relatório de ordem de compra, no inciso VI, e o checklist operacional, no inciso IX. Seção 4.10 do protocolo.

! O DOSSIÊ MONTA-SE AO LONGO DO PROCESSO

- › A aquisição é nominal: vincula-se a um paciente identificado e a uma indicação clínica documentada, desde a requisição.
- › Três das doze peças nascem no processo de compra — o mapa de cotação, o relatório de ordem de compra e o documento de entrada. As demais nascem na assistência, no centro cirúrgico e no almoxarifado.
- › A nota fiscal, sozinha, não sustenta o dispêndio. O item 12.29.2 exige que ela esteja acompanhada, obrigatoriamente, dos doze documentos.
- › Pasta específica e rubrica distinta permitem responder a diligência sobre material especial sem revolver o conjunto da documentação financeira.

POP-SUP-06.3 Sequência de execução

1. Receber a requisição com a identificação do paciente e a indicação clínica documentada.
2. Abrir o processo nominal de compra e vincular a ele o número que acompanhará o item até o atesto.
3. Conferir que constam do processo os exames e laudos que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico.
4. Conduzir a pesquisa de preços conforme o POP-SUP-02 e produzir o mapa de cotação.
5. Emitir a ordem de compra vinculada ao paciente e ao processo, e produzir o relatório de ordem de compra.
6. Verificar a habilitação do fornecedor e a regularidade sanitária do produto conforme o POP-SUP-03.
7. No recebimento, emitir o documento de entrada e conferir o romaneio vinculado ao paciente.
8. Acompanhar a emissão, no momento em que ocorre, da documentação de saída do material e da documentação de saída individualizada por paciente.
9. Reunir o checklist operacional produzido pelo centro cirúrgico e o atesto dos responsáveis.
10. Conferir a completude dos doze documentos contra a lista, item a item, antes de encaminhar a nota fiscal.
11. Arquivar em pasta específica, com rubrica orçamentária distinta, e identificar a despesa na planilha financeira.

Inciso	Documento	Onde nasce
I	Nota fiscal emitida em nome do paciente	Fornecedor e compras
II	Registro da ortopedia	Especialidade responsável
III	Exames e laudos que comprovem a necessidade	Assistência e apoio diagnóstico
IV	Documentação de saída do material	Almoxarifado
V	Documentação de saída individualizada por paciente	Almoxarifado e centro cirúrgico
VI	Relatório de ordem de compra	Compras
VII	Documento de entrada	Almoxarifado
VIII	Romaneio vinculado ao paciente	Almoxarifado
IX	Checklist operacional de OPME	Centro cirúrgico
X	Mapa de cotação	Compras
XI	Atesto dos responsáveis	Responsáveis designados
XII	Radiografia, quando aplicável	Apoio diagnóstico

Tabela POP-SUP-06.1 — Os doze documentos exigidos e onde cada um nasce.

✓ O QUE SUSTENTA A AQUISIÇÃO DE OPME

- › Processo nominal aberto na requisição, com o paciente e a indicação identificados.
- › Ordem de compra vinculada ao paciente, e não apenas ao item.
- › Documento de entrada e romaneio emitidos no momento em que o material chega.
- › Conferência dos doze documentos item a item antes do encaminhamento.

✗ O QUE COMPROMETE A COMPROVAÇÃO

- › Reconstituir o mapa de cotação depois de emitida a nota fiscal.
- › Emitir ordem de compra genérica, sem vínculo com o paciente.
- › Misturar a documentação de OPME com a documentação de materiais hospitalares.
- › Encaminhar a nota fiscal com o dossiê incompleto e completá-lo depois.

POP-SUP-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Processo nominal de compra, com paciente, indicação e número de acompanhamento.
- › Mapa de cotação e relatório de ordem de compra.
- › Documento de entrada e romaneio vinculado ao paciente.
- › Dossiê completo em pasta específica, com rubrica orçamentária distinta.

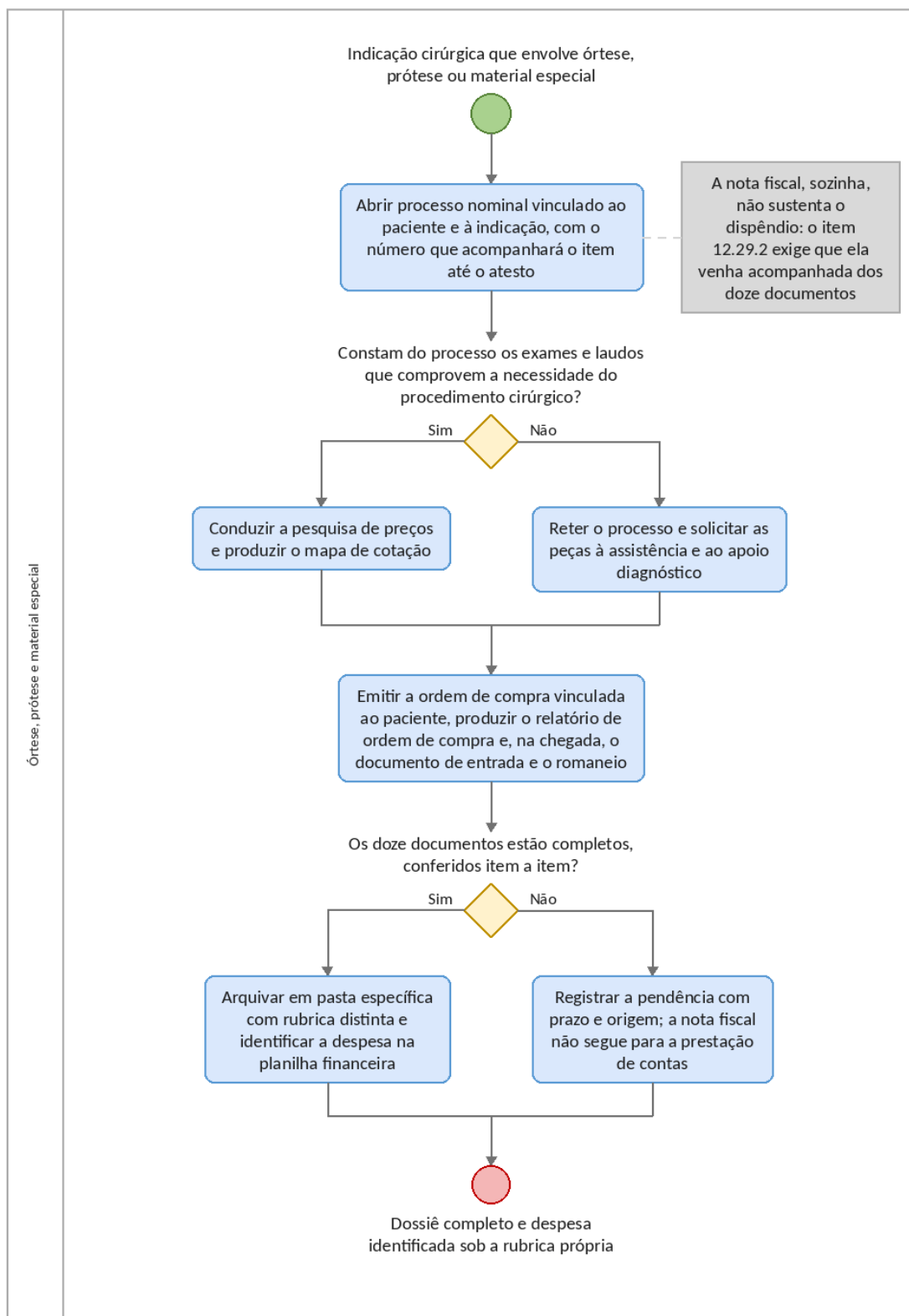
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Doze documentos	A nota fiscal sozinha não sustenta o dispêndio.
Compra nominal	Paciente e indicação identificados desde a requisição.
Três peças são da compra	Mapa de cotação, ordem de compra e documento de entrada.
Pasta e rubrica próprias	Exigência expressa do item 12.29.1.
Monta-se ao longo	O que não se emite no momento não se reconstitui com fidelidade.

POP-SUP-06.5 Fluxograma

O fluxograma do material especial é curto e tem duas bifurcações decisivas: a presença dos exames e laudos que comprovam a necessidade do procedimento, sem os quais o processo não avança para a cotação, e a completude dos doze documentos, sem a qual a nota fiscal não segue para a prestação de contas.

POP-SUP-06 — Aquisição de OPME: processo nominal e dossiê



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.29.1 e 12.29.2, incisos I a XII.

POP-SUP-07. Recebimento provisório e definitivo com atesto

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-07.1 Quando usar

- › Na chegada de qualquer bem, insumo ou medicamento adquirido pela unidade.
- › Na conclusão de serviço contratado, antes da liberação do pagamento.
- › Sempre que houver divergência entre o entregue e o contratado.

POP-SUP-07.2 Fundamento

Itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4 do termo de referência, que fixam os procedimentos mínimos de controle para o recebimento físico de medicamentos e insumos na hipótese do item 12.34.5 — rescisão, suspensão ou interrupção do contrato firmado pela SEMUS com a empresa prestadora de serviços logísticos. Item 12.34.6, que determina submeter previamente à análise e à aprovação da SEMUS qualquer fluxo, procedimento ou rotina relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares. Seção 4.12 do protocolo.

! ESTE DESENHO É MINUTA A SUBMETER, E NÃO ROTINA JÁ VIGENTE

- › O item 12.34.6 determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos seja previamente submetido à análise e à aprovação da SEMUS, não podendo ser implementado sem a devida autorização.
- › Os procedimentos mínimos dos itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4 são enunciados para a hipótese de rescisão, suspensão ou interrupção do contrato de logística, quando a entrega passa a ser feita diretamente na unidade.
- › Enquanto vigente aquele contrato, o armazenamento e a distribuição são executados por empresa especializada contratada pela SEMUS/NI, cabendo à Organização Social disponibilizar espaços e infraestrutura adequados.

! ESTE DESENHO É MINUTA A SUBMETER, E NÃO ROTINA JÁ VIGENTE

› O que se submete é este desenho; o que vigora é o que a SEMUS/NI aprovar.

POP-SUP-07.3 Sequência de execução

1. Conferir, antes da descarga, que existe ordem de compra ou contrato correspondente à entrega.
2. Realizar o recebimento físico no momento da descarga do veículo, mediante conferência quantitativa dos itens constantes da nota fiscal.
3. Fazer a conferência por, no mínimo, dois colaboradores designados, que atestam por assinatura o recebimento dos itens entregues.
4. Verificar quantidades, integridade das embalagens e identificação dos produtos, incluídos o número de lote e o prazo de validade.
5. Emitir e assinar a documentação de conferência e recebimento no ato da entrega.
6. Emitir o documento de entrada dos medicamentos e insumos, assinado pelo farmacêutico responsável, atestando a regularidade da entrada no estoque.
7. Havendo divergência, registrá-la com a sua natureza, recusar ou receber com ressalva conforme o caso, e comunicar o fornecedor.
8. Concluir o recebimento definitivo com o atesto, após a verificação da conformidade do entregue com o contratado.
9. Assegurar que quem atesta não é quem conduziu a compra.
10. Tratando-se de bem permanente, acionar o POP-SUP-05 antes de concluir o recebimento definitivo.
11. Encaminhar a documentação de conferência e recebimento junto à documentação da prestação de contas.

Verificação	Onde a exigência consta	O que a omissão produz
Conferência quantitativa contra a nota fiscal	Item 12.34.5.1	Pagamento por quantidade não recebida
Assinatura de, no mínimo, dois colaboradores designados	Item 12.34.5.1	Recebimento sem responsável identificável
Integridade das embalagens e identificação dos produtos	Item 12.34.5.2	Produto impróprio incorporado ao estoque
Número de lote e prazo de validade	Item 12.34.5.2	Perda por validade e rastreabilidade interrompida
Documentação emitida e assinada no ato	Item 12.34.5.3	Comprovação reconstituída depois, sem valor de conferência

Verificação	Onde a exigência consta	O que a omissão produz
Documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável	Item 12.34.5.4	Entrada no estoque sem atesto de regularidade

Tabela POP-SUP-07.1 — O que se confere no ato da entrega.

✓ O QUE PROTEGE O RECEBIMENTO
› Conferir sobre a carga, e não apenas sobre a nota fiscal.
› Lote e validade verificados em toda entrega de medicamento e insumo.
› Documentação assinada no ato, porque depois ela não prova o mesmo.
› Atesto por função distinta da que conduziu a compra.

✗ O QUE NÃO FAZER NO RECEBIMENTO
› Assinar o canhoto da nota sem abrir volume.
› Receber sem ordem de compra ou contrato correspondente.
› Aceitar item com validade incompatível com o consumo previsto, sem registrar a ressalva.
› Liberar o pagamento antes do recebimento definitivo com atesto.

POP-SUP-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

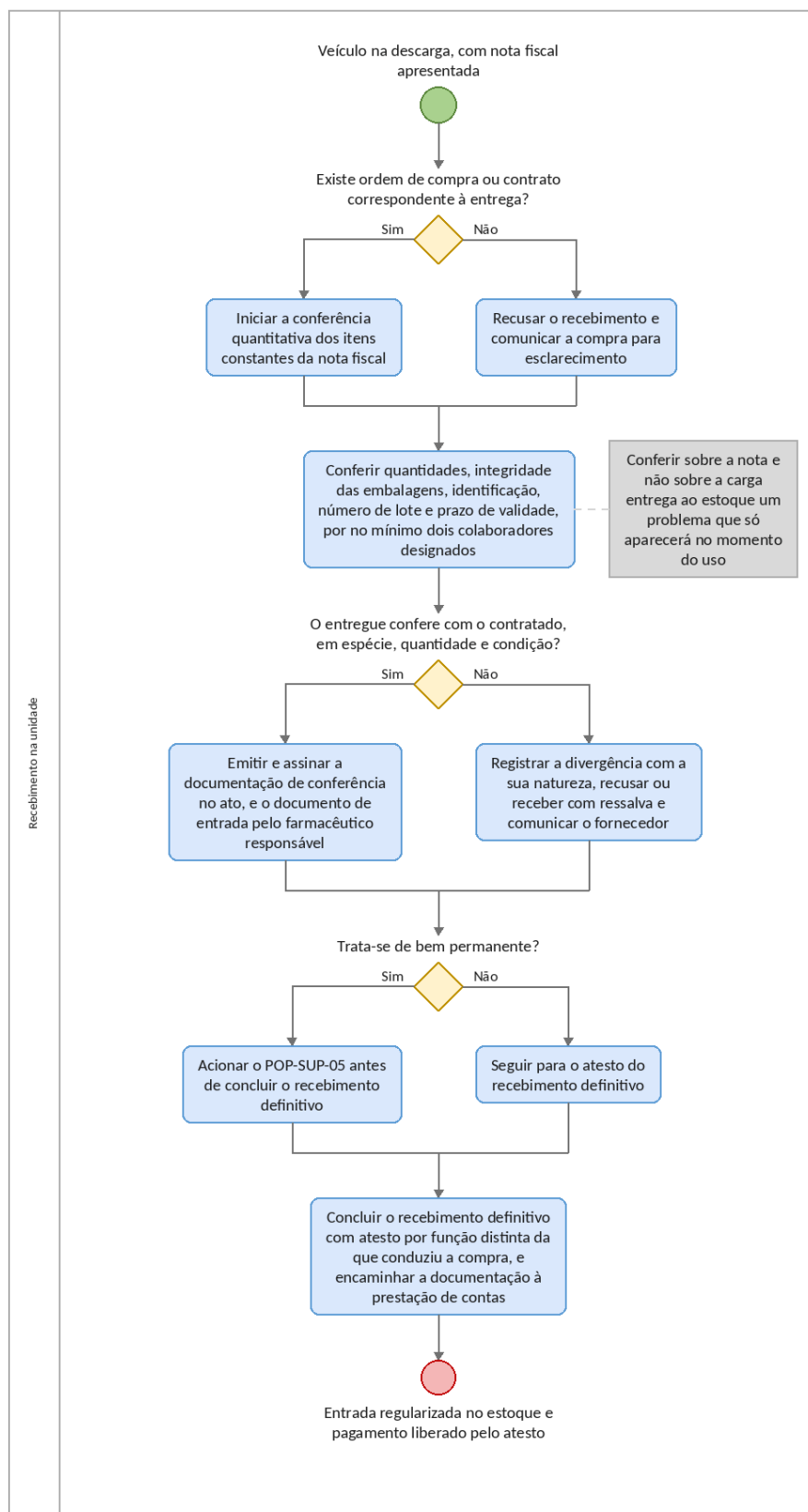
- › Documentação de conferência e recebimento, assinada no ato da entrega.
- › Documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável.
- › Termo de recebimento definitivo com o atesto e a função responsável.
- › Registro da divergência, da comunicação ao fornecedor e do desfecho.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Minuta a submeter	O item 12.34.6 exige aprovação prévia da SEMUS/NI para o fluxo.
Conferência no ato	Recebimento físico no momento da descarga do veículo.
Dois colaboradores	Designados, atestando por assinatura, na forma do 12.34.5.1.
Lote e validade	Verificação expressa do item 12.34.5.2.
Atesto separado da compra	Quem atesta não é quem comprou.

POP-SUP-07.5 Fluxograma

O fluxograma do recebimento tem três travas: a existência de ordem de compra correspondente à entrega, que decide entre conferir e recusar; a conformidade do entregue, que separa o atesto do registro da divergência; e a natureza permanente do bem, que remete à documentação de patrimonialização antes do recebimento definitivo.

POP-SUP-07 — Recebimento provisório e definitivo com atesto



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4 e 12.34.6.

POP-SUP-08. Segregação de funções e conflito de interesses na compra

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SUP-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 4 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SUP-08.1 Quando usar

- › Na designação das funções que executam cada etapa do ciclo de compra.
- › Na habilitação de todo fornecedor, antes da contratação.
- › Diante de indício de direcionamento ou de conflito de interesses não declarado.

POP-SUP-08.2 Fundamento

Item 12.3.7 do termo de referência, que veda a contratação de empresas, instituições ou consórcios das quais participem, direta ou indiretamente, diretores, administradores, conselheiros e empregados da entidade parceira, bem como seus cônjuges ou parentes até o terceiro grau. Item 12.7.1, alíneas i e l, quanto à vedação de contratar penalizados e quem possua vínculo com a Administração Pública Municipal. Item 12.35.17, que obriga a possuir e manter programa de integridade nos termos da Lei Estadual n.º 7.753/2017. Seção 4.13 do protocolo.

✕ O QUE A CONCENTRAÇÃO DE ETAPAS PRODUZ

- › Quem requisita, cota e aprova sozinho decide sem que ninguém confira — e a ausência de conferência não aparece em nenhum documento.
- › Quem compra e atesta o recebimento fecha o circuito: a divergência entre o contratado e o entregue deixa de ter quem a registre.
- › As vedações do item 12.3.7 alcançam a participação indireta e os parentes até o terceiro grau. Verificação superficial de quadro societário não as detecta.
- › A compra é, em qualquer instituição, o processo de maior exposição ao risco de integridade. É por isso que o programa exigido pelo item 12.35.17 encontra aqui a sua aplicação mais direta.

POP-SUP-08.3 Sequência de execução

1. Distribuir as etapas do ciclo entre funções distintas, de modo que nenhuma acumule as combinações vedadas pela matriz deste procedimento.
2. Declarar, no processo de compra, qual função executou cada etapa.
3. Obter de quem participa da decisão de compra a declaração de ausência de conflito de interesses em relação àquele processo.
4. Afastar do processo específico quem se declare impedido, e registrar o afastamento.
5. Na habilitação, consultar o quadro societário do fornecedor e confrontá-lo com a relação de dirigentes, conselheiros e empregados da entidade.
6. Verificar a existência de vínculo, direto ou indireto, incluídos cônjuges e parentes até o terceiro grau.
7. Consultar os cadastros públicos de penalidades e verificar a vedação de contratar quem possua vínculo com a Administração Pública Municipal.
8. Registrar o resultado das verificações no processo, com data e função responsável.
9. Diante de indício de direcionamento ou de conflito não declarado, encaminhar imediatamente ao responsável pelo programa de integridade.
10. Conduzir a apuração na forma prevista no programa, preservando a informação e quem a prestou.
11. Registrar o desfecho da apuração e a providência adotada sobre a causa.

Etapa	Função que a executa	Função que não pode acumulá-la
Requisição	Setor requisitante	Aprovação da própria requisição
Aprovação na alçada	Instância competente da governança interna	Condução da pesquisa de preços
Pesquisa de preços e mapa de cotação	Analista de compras	Decisão final de contratação
Emissão da ordem de compra	Analista de compras	Recebimento e atesto
Recebimento e conferência	Almoxarifado e farmacêutico responsável	Condução da compra
Atesto do recebimento definitivo	Função designada, distinta da compra	Liberação do pagamento
Pagamento e prestação de contas	Financeiro	Atesto do recebimento

Tabela POP-SUP-08.1 — Matriz de segregação: quem executa e o que não se acumula.

✓ O QUE MANTÉM A COMPRA IMPESSOAL

- › Etapas distribuídas entre funções distintas, declaradas no processo.
- › Declaração de ausência de conflito de quem participa da decisão.
- › Verificação de vínculo antes da contratação, com evidência registrada.
- › Canal de integridade acessível e desfecho da apuração registrado.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Concentrar requisição, cotação e aprovação na mesma função.
- › Atestar recebimento de compra que a própria função conduziu.
- › Tratar declaração de impedimento como confissão de irregularidade.
- › Deixar indício de direcionamento para a análise periódica em vez de encaminhá-lo de imediato.

POP-SUP-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro da função que executou cada etapa do processo de compra.
- › Declaração de ausência de conflito de interesses e os afastamentos registrados.
- › Resultado da verificação das vedações, com data e função responsável.
- › Apuração conduzida pelo programa de integridade, com desfecho e providência.

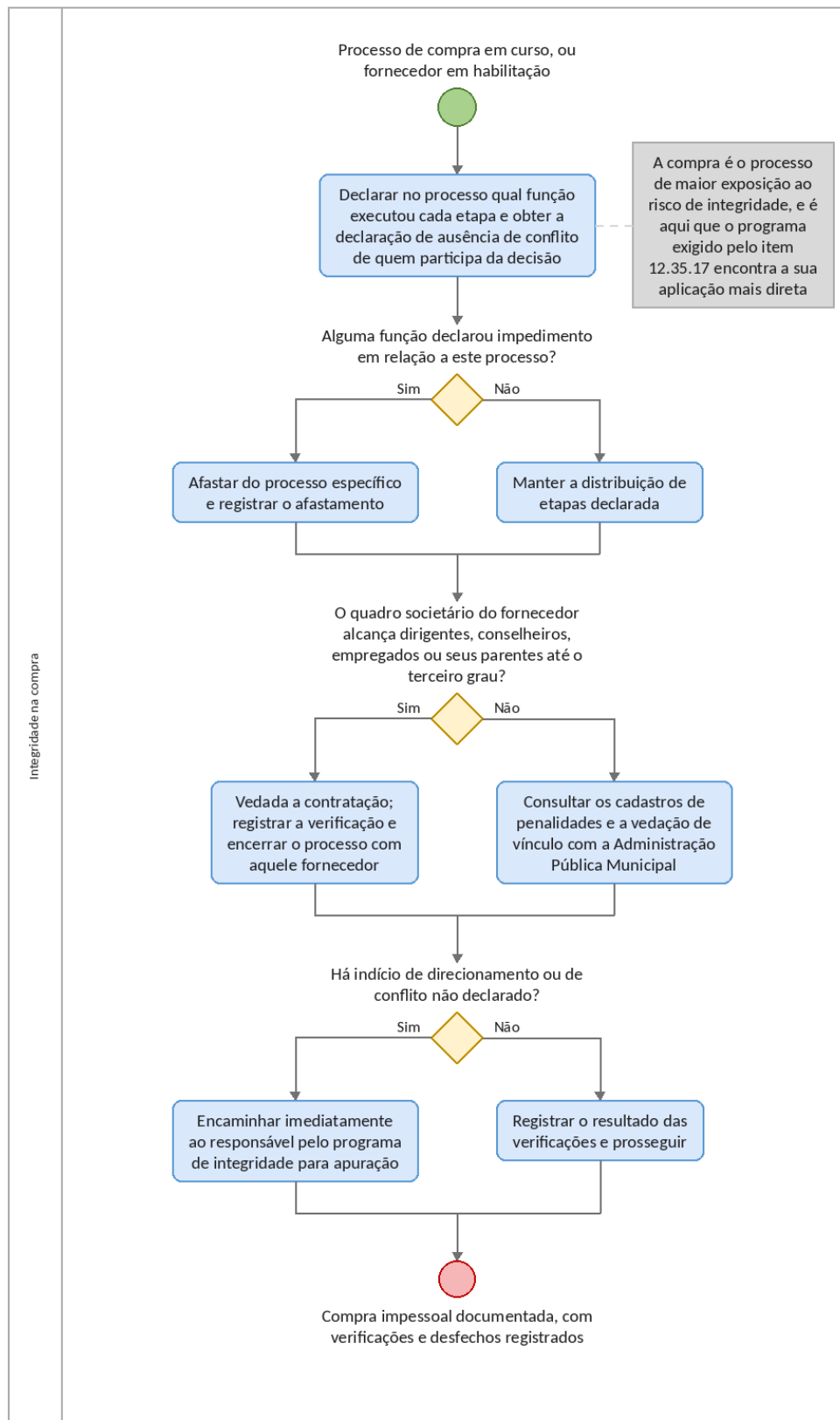
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Segregar é distribuir	Não é etapa nova: é a mesma etapa em função distinta.
Vedação alcança o indireto	Participação indireta e parentes até o terceiro grau.
Verificar antes	A habilitação é o momento; depois da contratação é tarde.
Declarar impedimento protege	É ato institucional, não admissão de falta.
Integridade é contratual	O item 12.35.17 obriga a manter o programa da Lei 7.753/2017.

POP-SUP-08.5 Fluxograma

O fluxograma da integridade mostra as três verificações que mudam o percurso da compra: a declaração de impedimento, que afasta a função daquele processo; o alcance do quadro societário sobre dirigentes, conselheiros, empregados e parentes, que veda a contratação; e o indício de direcionamento, que abre a apuração pelo programa de integridade.

POP-SUP-08 — Segregação de funções e conflito de interesses



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.3.7; 12.7.1, alíneas i e l; 12.35.17.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0430_08_10_2020.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1.º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14133.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16360.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e Anexo VII — Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n.º 7.753, de 17 de outubro de 2017. Dispõe sobre a instituição do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ALERJ, 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/512381203/lei-7753-17-rio-de-janeiro-rj>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Almoxarifado, Estoque e Logística de Insumos

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

5.1 Âmbito e finalidade.....	264
5.2 Condição de vigência: submissão prévia e aprovação antes da implantação	265
5.3 Base normativa.....	266
5.4 Organização do almoxarifado e o fluxo do insumo	267
5.5 Recebimento físico e fiscal: lote, validade e integridade	268
5.6 Armazenamento, endereçamento e cadeia de temperatura	269
5.7 Dispensação e transferência interna por centro de custo.....	270
5.8 Validade, primeiro que vence primeiro que sai, e o item próximo do vencimento	270
5.9 Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência.....	271
5.10 Curva de criticidade, ponto de pedido e estoque mínimo	272
5.11 Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais.....	273
5.12 Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote	273
5.13 Descarte de material vencido, avariado ou impróprio.....	274
5.14 Os relatórios mensais que compõem a prestação de contas	275
5.15 Atribuições e responsabilidades das equipes	276
5.16 Interface com farmácia, compras e finanças	277
5.17 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	278
5.18 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle.....	279
5.19 Indicadores e monitoramento.....	280
5.20 Revisão, versão e governança do protocolo.....	281
5.21 Fluxograma	282

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	287
POP-ALM-01 Recebimento físico e fiscal, com conferência de lote, validade e integridade	288
POP-ALM-02 Armazenamento, endereçamento e controle de temperatura	293
POP-ALM-03 Dispensação e transferência interna por setor e centro de custo	297
POP-ALM-04 Controle de validade, saída pelo vencimento mais próximo e itens próximos ao vencimento.....	301
POP-ALM-05 Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência	305
POP-ALM-06 Curva ABC, ponto de pedido e estoque mínimo de item crítico.....	309
POP-ALM-07 Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais	313
POP-ALM-08 Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote	317
POP-ALM-09 Emissão dos relatórios mensais da prestação de contas	321
POP-ALM-10 Descarte de material vencido, avariado ou impróprio.....	325
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	329

Protocolo 5. Almoxarifado, Estoque e Logística de Insumos

5.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade recebe, guarda, controla e distribui medicamentos, materiais hospitalares e demais insumos empregados na assistência. Ele governa o percurso que começa na chegada física da carga, acompanhada da nota fiscal, e termina em duas saídas simultâneas: a entrega do item ao setor assistencial que dele necessita e a composição dos relatórios de controle que instruem a prestação de contas. Alcança o setor de almoxarifado e o centro de abastecimento farmacêutico, e vale para todo item que ingressa no estoque da unidade, qualquer que seja a sua origem.

A finalidade não é a de guardar bem, e convém dizê-lo logo, porque a confusão entre as duas coisas explica a maior parte dos achados de auditoria nesta matéria. A finalidade é que o repasse financeiro se converta em disponibilidade efetiva do arsenal terapêutico necessário aos pacientes — a expressão é do próprio instrumento contratual, no item 12.35.15.1. Insumo adquirido e não localizado no momento em que é requisitado, item vencido na prateleira e material dispensado sem registro da destinação são, todos, recurso público consumido sem o efeito assistencial que o justificava.

Duas premissas organizam o conjunto. A primeira é que o dado que governa o estoque é o registro informatizado com número de lote e prazo de validade em todas as etapas de movimentação, na forma exigida pelo item 12.32.23 do termo de referência, e não um controle paralelo mantido à margem do sistema. A segunda é que a grade dos itens é da secretaria e não do serviço: o item 12.9.6 torna obrigatória a utilização da grade de medicamentos padronizada pela SEMUS/NI, e o item 8.7.4.21 remete a aquisição à grade mínima definida pelas resoluções que enumera, cabendo à unidade, na forma do item 8.7.4.22, pleitear junto à secretaria a autorização de compra do que estiver fora dela.

Delimitar o que este protocolo faz é tão importante quanto enunciar o que ele determina. Ele não define a grade de medicamentos e materiais, que é padronizada pela secretaria, e tampouco substitui o regime de logística fixado no item 12.34 do instrumento, examinado na seção seguinte. O que ele descreve é como a unidade opera dentro desses dois condicionantes, com que registro, sob que responsabilidade declarada por função e com que evidência, de modo que cada movimentação de item seja reconstituível por quem fiscaliza.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de almoxarifado, estoque e logística de insumos observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

5.2 Condição de vigência: submissão prévia e aprovação antes da implantação

Este protocolo tem uma condição de vigência que o distingue dos demais do conjunto, e ela vem do próprio instrumento contratual. O item 12.34.6 determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina que venha a ser estabelecido pela Organização Social de Saúde, relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares, deverá ser previamente submetido à análise e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, não podendo ser implementado sem a devida autorização.

A consequência para a redação é direta e foi assumida deliberadamente. Este protocolo e os dez procedimentos operacionais padrão que o encerram são minuta a submeter à secretaria no início da execução contratual, e não rotina já implantada por decisão unilateral da contratada. Apresentá-los como já vigentes seria incompatível com o dispositivo que os condiciona. O que a proposta oferece, portanto, é o desenho pronto para análise, com o percurso, os registros e as responsabilidades já articulados, de modo que a apreciação pela secretaria recaia sobre matéria acabada e não sobre intenção genérica.

A mesma seção do instrumento fixa o regime em que esse desenho opera. O item 12.34.1 define a empresa de logística como a pessoa jurídica contratada pelo Município para o recebimento, o armazenamento e a distribuição de medicamentos e insumos; o item 12.34.2 atribui a essa empresa especializada, contratada pela SEMUS/NI, o gerenciamento logístico de armazenamento e distribuição dos itens adquiridos com recursos transferidos; o item 12.34.3 põe a cargo da Organização Social a disponibilização de espaços e infraestrutura adequados, nomeando o setor de almoxarifado e o centro de abastecimento farmacêutico; e o item 12.34.4 faculta à Organização Social solicitar, com anuência da secretaria, os relatórios atinentes à atuação da empresa especializada.

Há, ainda, um segundo regime, e o protocolo precisa dizer quando cada um se aplica. O item 12.34.5 estabelece que, em caso de rescisão, suspensão ou interrupção do contrato firmado pela secretaria com a empresa prestadora de serviços logísticos, a entrega e o recebimento de medicamentos e insumos passarão a ser realizados diretamente na unidade de saúde, observados os procedimentos mínimos de controle que os seus subitens enumeram. As seções seguintes descrevem o percurso do insumo de modo a atender aos dois regimes: no ordinário, a unidade opera a interface com a empresa especializada e responde pela guarda e pela distribuição interna; no de contingência, assume também o recebimento direto, com os controles que o instrumento nomeia.

A submissão prevista no item 12.34.6 alcança tanto esta minuta quanto qualquer alteração posterior de fluxo, procedimento ou rotina nas matérias ali indicadas. A finalidade declarada é a transparência: submeter antes de implantar permite que a fiscalização conheça o desenho que vai conferir, e evita que a unidade construa uma prática que depois precise ser desfeita.

5.3 Base normativa

O protocolo se apoia em quatro camadas normativas, e distingue-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa o regime logístico, os documentos da prestação de contas, os relatórios de controle e os requisitos do sistema informatizado. A segunda é a da regulação sanitária, que governa o armazenamento, a conservação, a dispensação e o descarte. A terceira é a da regulação profissional farmacêutica, que define quem responde tecnicamente por cada ato. A quarta é a do controle especial, com regime próprio de guarda e escrituração.

Na camada contratual, seis conjuntos de dispositivos sustentam o processo. O item 12.28.1 relaciona, em onze incisos, os documentos que instruem obrigatoriamente a prestação de contas quanto à aquisição de medicamentos, insumos e materiais hospitalares. O item 12.28.2 enumera, em sete incisos, os relatórios de controle e acompanhamento a apresentar junto com ela. Os itens 12.32.20 a 12.32.26 tratam da integração sistêmica com o sistema de logística da secretaria e do controle por lote e validade, qualificando a ausência de qualquer deles como falha grave de controle. Os itens 12.34.1 a 12.34.6.1.5 fixam o regime logístico, o recebimento direto em contingência, a submissão prévia dos fluxos e a vedação de empréstimos. O item 12.35.15.1 exige o demonstrativo de abastecimento de insumos críticos. E o item 12.30.3 fixa a guarda por cinco anos, após o término do contrato de gestão, dos arquivos encaminhados na entrega mensal da prestação de contas.

Na camada sanitária, o instrumento não remete a normas genéricas: ele as nomeia. O item 8.7.4.2 vincula a dispensação e as boas práticas à Resolução da Diretoria Colegiada n.º 44, de 2009. O item 8.7.4.3 submete o armazenamento, a distribuição e o transporte de medicamentos à Resolução n.º 304, de 2019. O item 8.7.4.5 remete o controle das condições ambientais, e em especial a temperatura e o monitoramento das áreas de armazenamento e dispensação, à Resolução n.º 430, de 2020. O item 8.7.4.6 sujeita o gerenciamento dos resíduos decorrentes das atividades farmacêuticas à Resolução n.º 222, de 2018. E o item 8.7.4.7 qualifica o descumprimento dessas normas como falha grave na execução contratual.

Na camada profissional e na do controle especial, os itens 8.7.4.9 e 8.7.4.11 tratam do licenciamento sanitário da farmácia e da regularidade junto ao conselho regional, com a exigência de responsabilidade técnica; o item 8.7.4.4 e o item 8.7.4.18 submetem o controle, a guarda, a dispensação e o registro dos medicamentos sujeitos a controle especial à portaria federal da vigilância sanitária de 1998 e às normas que a complementam; o item 8.7.4.19 determina que tais medicamentos sejam guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo e sob a responsabilidade do farmacêutico; e o item 8.7.4.20 exige a escrituração em livro de registro específico, mantido na farmácia para efeito de fiscalização e controle.

Uma precisão merece registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. É usual invocar, em matéria de armazenamento hospitalar, a resolução da agência nacional que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Conferido o texto do termo de referência, as resoluções que ele efetivamente nomeia para armazenamento, conservação, dispensação e descarte são as de números 44, de 2009, 304, de 2019, 430, de 2020, e 222, de 2018 — e é sobre essas que o protocolo se apoia. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma. Na mesma direção, o dever de evitar a perda de insumos e medicamentos por data de validade vencida consta do Anexo II do edital, ao tratar da grade mínima de insumos, e é ali que ele se encontra expresso, com a sujeição às penalidades contratuais previstas.

5.4 Organização do almoxarifado e o fluxo do insumo

O serviço organiza-se em quatro frentes que operam simultaneamente e que exigem perfis distintos. A primeira é a da entrada: recebimento físico e fiscal, conferência e documentação do ingresso. A segunda é a da guarda: endereçamento, conservação, controle de validade e inventário. A terceira é a da saída: atendimento da requisição, dispensação, transferência interna e baixa por centro de custo. A quarta atravessa as outras três e é a que a fiscalização lê: a informação, isto é, o registro de cada movimentação com lote e validade e a consolidação dos relatórios que compõem a prestação de contas.

Separar as quatro importa por uma razão prática. As três primeiras têm ritmo imposto de fora — a carga chega quando chega, o setor requisita quando precisa — e consomem a atenção da equipe no momento em que ocorrem. A quarta tem ritmo próprio e é a que se posterga quando a operação aperta. O resultado conhecido é o estoque que funciona no corredor e falha no relatório: o item está lá, foi entregue a quem precisava, e ainda assim a prestação de contas fica incompleta porque a movimentação não foi registrada no momento em que aconteceu. Por isso a frente de informação tem responsável declarado por função, e não é tratada como sobra do que restar depois do expediente.

O fluxo do insumo, do ponto de vista documental, é linear e tem três pontos de retorno. A carga chega e é conferida; havendo divergência de quantidade, integridade, identificação, lote ou validade, o item divergente é retido e a ocorrência registrada antes de qualquer entrada no estoque — este é o primeiro retorno. Conferido, o item recebe entrada com lote e validade e é endereçado segundo a sua classe e a sua exigência de conservação. Da guarda ele sai por

requisição, com baixa no centro de custo do setor de destino. O segundo retorno abre-se na conferência de validade, quando um lote se aproxima do vencimento e precisa ser remanejado, trocado ou segregado. O terceiro abre-se no inventário, quando a contagem física diverge do saldo do sistema e a causa precisa ser apurada antes do ajuste.

A separação física entre o almoxarifado e o centro de abastecimento farmacêutico corresponde a essa lógica e está nomeada no item 12.34.3 do instrumento, que atribui à Organização Social a disponibilização de espaços e infraestrutura adequados para ambos. A distinção é de natureza do item guardado e do regime que lhe é aplicável: medicamento exige responsabilidade técnica farmacêutica, condições de conservação declaradas e, em parte dos casos, guarda sob chave com escrituração própria; material de consumo geral exige endereçamento, rotatividade e controle de saldo. Tratar os dois pelo mesmo padrão produz excesso de controle onde ele não acrescenta e falta de controle onde ele é exigido.

5.5 Recebimento físico e fiscal: lote, validade e integridade

O recebimento é o único momento em que a divergência custa pouco. Depois dele, o item está no saldo, foi endereçado, pode ter sido dispensado, e o que era uma recusa simples no ato da descarga passa a ser apuração de inventário, glosa ou perda. É por essa razão que o instrumento contratual descreve o recebimento com detalhe raro em matéria administrativa, e o protocolo reproduz essa descrição sem acrescentar exigência que ela não contenha.

O item 12.34.5.1 determina que o recebimento físico seja realizado no momento da descarga do veículo, mediante conferência quantitativa dos itens constantes na nota fiscal, por no mínimo dois colaboradores devidamente designados pela unidade, os quais atestam por assinatura o recebimento dos itens entregues. O item 12.34.5.2 fixa o conteúdo da conferência: quantidades, integridade das embalagens e identificação dos produtos, incluindo número de lote e prazo de validade. O item 12.34.5.3 exige que a documentação de conferência e recebimento seja emitida e assinada no ato da entrega e encaminhada junto à documentação de prestação de contas. O item 12.34.5.4 obriga à emissão de documento de entrada dos medicamentos e insumos na unidade, assinado pelo farmacêutico responsável, atestando a regularidade da entrada no estoque. E o item 12.34.5.5 reconhece a esses documentos validade para fins de controle, auditoria e prestação de contas.

A conferência tem, portanto, duas naturezas que não se confundem. A conferência física recai sobre o que chegou: quantidade contada, embalagem íntegra, produto identificado, lote e validade legíveis e compatíveis com o que se espera do item. A conferência fiscal recai sobre o documento: nota fiscal em nome correto, descrição que corresponde ao recebido, valores e quantidades coerentes com a ordem de compra que a originou. Divergência em qualquer das duas impede a entrada do item divergente no estoque, e a razão é simples: item que entra no saldo com dado errado contamina toda a cadeia de movimentação que dele decorre, inclusive a rastreabilidade por lote de que trata a seção 5.12.

A instrução da prestação de contas quanto à aquisição segue o item 12.28.1, que enumera onze documentos: o comprovante de pagamento; a ordem de compra, contendo a indicação da quantidade atual em estoque e do consumo médio mensal que justifique a aquisição; o capeante de recebimento, a folha de galpão, a chancela e o documento de conferência e recebimento

emitidos pela empresa de logística; o documento de entrada preenchido e assinado pelo farmacêutico responsável da unidade recebedora, confirmando o recebimento e a conferência dos insumos na unidade; no mínimo dois atestos por nota fiscal; o registro das cotações realizadas por sistema informatizado, com no mínimo três cotações; a documentação pertinente carimbada, datada e assinada pelo representante da Organização Social; e a carta de comprometimento emitida pelo fornecedor, assegurando a troca dos medicamentos que possuam prazo de validade inferior a um ano.

O ingresso encerra-se no sistema, e não na prateleira. O item 12.32.24 exige que o sistema possibilite o registro do lote e da validade no momento da entrada dos medicamentos e materiais, mantendo essas informações vinculadas a todas as movimentações subsequentes, incluindo saídas, transferências internas, devoluções, empréstimos autorizados, ajustes de estoque e dispensação. Lançar a entrada sem lote e sem validade, ainda que com a intenção de completar depois, quebra o vínculo no ponto de origem e torna irreconstituível toda a cadeia posterior daquele item.

5.6 Armazenamento, endereçamento e cadeia de temperatura

Armazenar é conservar a aptidão do item para o uso a que se destina, e não apenas guardá-lo em segurança. O item 8.7.4.3 do instrumento submete o armazenamento, a distribuição e o transporte de medicamentos à resolução sanitária que os disciplina, com a finalidade declarada de manter qualidade, segurança e eficácia ao longo de toda a cadeia logística. O item 8.7.4.5 acrescenta o controle das condições ambientais, com destaque para a temperatura e o monitoramento das áreas de armazenamento e de dispensação, remetendo à resolução própria e enunciando a finalidade: garantir a estabilidade e a integridade dos medicamentos e insumos.

O endereçamento é o instrumento que torna tudo o mais possível. Cada item ocupa um endereço declarado, e é esse endereço que consta do sistema: sem ele, a contagem rotativa de que trata a seção 5.9 se transforma em procura, a separação da requisição depende da memória de quem separa, e a segregação de um lote recolhido passa a exigir varredura de todo o depósito. O critério de endereçamento combina classe do item, exigência de conservação e frequência de movimentação, de modo que o que sai muito fique acessível e o que exige cuidado fique protegido. Alteração de endereço é movimentação e como tal se registra, sob pena de o sistema apontar um lugar e o item estar noutro.

A cadeia de temperatura tem tratamento próprio porque a sua falha é silenciosa: o item permanece íntegro à vista, e o dano só aparece na perda de efeito terapêutico junto ao paciente. As áreas de conservação têm faixa de temperatura declarada para o que nelas se guarda, com acompanhamento e registro das leituras em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de dispor de série histórica capaz de demonstrar a conservação. Excursão de temperatura é ocorrência: registra-se a leitura, a duração e os lotes expostos, e a decisão sobre a manutenção ou a segregação do item cabe ao farmacêutico responsável. Quando o registrador automático não estiver disponível no momento, o registro é feito de forma manual, com a mesma finalidade de preservar a série e permitir a decisão técnica.

Os medicamentos sujeitos a controle especial obedecem a regime distinto, e o instrumento o descreve sem margem. O item 8.7.4.19 determina que sejam guardados sob chave ou outro

dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para esse fim e sob a responsabilidade do farmacêutico. O item 8.7.4.20 exige a escrituração em livro de registro específico, mantido na farmácia para efeito de fiscalização e controle, e reserva a dispensação ao farmacêutico, vedada a delegação da responsabilidade sobre o controle desses medicamentos a outros funcionários administrativos. A guarda e a escrituração desses itens são, por isso, atividade da farmácia, ainda que fisicamente contígua ao almoxarifado.

5.7 Dispensação e transferência interna por centro de custo

A saída do item é o momento em que o estoque cumpre a sua função e, ao mesmo tempo, o momento em que a informação mais frequentemente se perde. A regra que organiza a seção é que toda saída tem destino nomeado: o item sai para um setor assistencial identificado, que é também um centro de custo, e é essa identificação que permite responder à pergunta que a fiscalização faz — para onde foi o que se comprou. O item 12.28.2, inciso VII, exige exatamente isso ao determinar a apresentação de relatório sintético de dispensação de medicamentos e insumos por setor assistencial, de modo a permitir a identificação da destinação dos itens dispensados.

A dispensação de medicamento ao paciente internado tem forma determinada pelo item 12.14.1 do instrumento, que exige que se realize através de dose individualizada por horário e de sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária. A consequência para o estoque é relevante: a saída do centro de abastecimento farmacêutico para a unidade de internação e a dispensação ao paciente são movimentações distintas, e o que retorna sem uso precisa voltar registrado, sob pena de o consumo aparente superar o consumo real e distorcer todo o cálculo de reposição de que trata a seção 5.10.

A transferência interna entre setores segue a mesma disciplina da dispensação e não pode ser tratada como acerto informal entre equipes. O item 12.32.24 nomeia expressamente as transferências internas, as devoluções e os ajustes de estoque entre as movimentações que devem manter vinculados o lote e a validade registrados na entrada. Transferência feita de mão em mão, sem lançamento, produz dois efeitos: o setor de origem continua a aparecer como consumidor de um item que não usou, e o lote transferido desaparece da cadeia de rastreabilidade justamente no trecho em que ela seria necessária, que é o do uso.

O atendimento da requisição observa a segregação de funções adotada pelo serviço entre quem separa e quem confere a entrega, princípio que o serviço aplica com a finalidade de reduzir o erro involuntário de item e de quantidade. A requisição declara o setor solicitante, o item, a quantidade e a justificativa quando se tratar de item crítico ou de alto custo; o atendimento declara o lote e a validade efetivamente entregues. É essa declaração, e não a estimativa posterior, que alimenta o relatório de dispensação por setor e a apuração de custos por centro de responsabilidade prevista no item 12.30.5.

5.8 Validade, primeiro que vence primeiro que sai, e o item próximo do vencimento

A regra de saída do estoque é a do vencimento mais próximo: entre dois lotes do mesmo item, sai primeiro aquele cuja validade expira antes, ainda que tenha entrado depois. O critério prevalece sobre a ordem de chegada porque o que se protege é a aptidão do item para uso, e não

a antiguidade do registro. A sua aplicação depende inteiramente de duas condições descritas noutras seções: o registro do lote e da validade na entrada, exigido pelo item 12.32.24, e o endereçamento que posiciona fisicamente o lote de vencimento mais próximo à frente do outro.

O item próximo do vencimento é uma categoria de gestão, e não um defeito. Todo estoque tem itens nessa condição, e o que distingue o serviço organizado do desorganizado é o momento em que ele os identifica: com prazo suficiente para agir, ou depois de vencidos. A identificação é feita por consulta periódica ao sistema, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de permitir correção tempestiva. Identificado o lote, abrem-se três providências possíveis, e a escolha entre elas é técnica e registrada: o remanejamento para o setor de maior consumo do item, a devolução ou troca junto ao fornecedor e a segregação com sinalização para consumo prioritário.

A troca junto ao fornecedor tem apoio expresso no instrumento. O item 12.28.1, inciso XI, exige que a prestação de contas seja instruída com carta de comprometimento emitida pelo fornecedor, assegurando a troca dos medicamentos que possuam prazo de validade inferior a um ano. O dispositivo é mais do que uma formalidade documental: ele cria, no momento da compra, o instrumento que permitirá tratar o lote de validade curta antes que ele se perca. Deixar de exigir a carta na aquisição é abrir mão, meses depois, da única via de recuperação do item.

O dever de evitar a perda por vencimento é expresso e tem consequência declarada. O Anexo II do edital, ao tratar da grade mínima de insumos, determina que a contratada evite a perda dos insumos e medicamentos por data de validade vencida, sujeita às penalidades contratuais previstas no contrato de gestão. O item vencido deixa de ser insumo e passa a ser resíduo: é segregado do estoque disponível no momento em que a condição é identificada, tem a baixa registrada com lote e quantidade e segue para o destino descrito na seção 5.13. A série das perdas por vencimento, por item e por causa, é o que permite corrigir a compra a montante em vez de repetir a perda no ciclo seguinte.

5.9 Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência

Inventário é a conferência entre o saldo que o sistema afirma e o que efetivamente existe na prateleira. A sua finalidade não é encontrar culpado, e sim manter confiável o dado que governa a reposição: estoque cujo saldo não corresponde à realidade produz compra desnecessária de um lado e desabastecimento do outro, e ambas as falhas se manifestam longe do almoxarifado, na assistência. O instrumento contratual exige, no item 12.28.2, incisos III, IV e V, a apresentação de relatório de posição de estoque, de relatório de estoque analítico e de relatório de estoque sintético, e é a conferência física que dá credibilidade a esses três documentos.

O inventário rotativo percorre o estoque por partes, ao longo do tempo, priorizando as classes em que o erro custa mais: os itens de maior valor, os de maior movimentação, os sujeitos a controle especial e os críticos para a assistência. A contagem é organizada por endereço e por classe, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de manter a acurácia do saldo sem paralisar a operação. O inventário geral alcança a totalidade dos itens e se realiza nas ocasiões em que a fotografia completa é necessária, entre elas o encerramento de exercício e as hipóteses de transição previstas no plano de contingência exigido pelo edital, que menciona

expressamente a preservação do estoque de medicamentos e insumos entre os objetos da transição.

A divergência encontrada tem tratamento em três tempos, e a ordem entre eles é o que distingue o inventário do simples acerto de saldo. Primeiro, a recontagem: confirma-se a diferença antes de qualquer lançamento, porque parte relevante das divergências é erro de contagem ou item endereçado noutro lugar. Segundo, a apuração da causa: entrada não lançada, saída não baixada, transferência informal, troca de lote no registro, avaria não documentada. Terceiro, e só então, o ajuste, que é movimentação como qualquer outra e mantém vinculados o lote e a validade, na forma do item 12.32.24, que nomeia os ajustes de estoque entre as movimentações rastreáveis.

Ajustar sem apurar é o defeito característico desta matéria, e merece ser nomeado. O ajuste isolado faz o saldo voltar a bater e deixa a causa intacta, de modo que a mesma divergência reaparece no ciclo seguinte, com o agravante de já haver um lançamento de acerto anterior a explicar. A segregação de funções adotada pelo serviço entre quem conta e quem lança o ajuste é o princípio que sustenta a credibilidade do resultado, e a série das divergências por causa, mantida ao longo do tempo, é o que permite distinguir o problema pontual do problema estrutural.

5.10 Curva de criticidade, ponto de pedido e estoque mínimo

Nem todo item merece o mesmo esforço de controle, e tratar todos igualmente é a forma mais eficiente de controlar mal. A classificação combina dois eixos que não se confundem. O primeiro é o do valor: a curva de consumo distribui os itens conforme o quanto representam da despesa, e o instrumento a exige expressamente no item 12.28.2, inciso VI, ao determinar a apresentação de relatório de curva ABC de consumo. O segundo é o da criticidade assistencial: itens cuja falta interrompe ou compromete o cuidado, independentemente do que custem.

Cruzar os dois eixos é o que produz a decisão útil. Um item de alto valor e baixa criticidade admite estoque enxuto e reposição just-in-time; um item de baixo valor e alta criticidade admite estoque de segurança generoso, porque a economia obtida ao reduzi-lo é desprezível diante do custo assistencial da sua falta. O erro que se comete com frequência é derivar a política de estoque apenas da curva de valor, o que produz rigor onde ele rende pouco e folga onde ele é caro. O item 12.35.15.1 aponta na mesma direção ao exigir relatório de estoque e dispensação com destaque para os itens da curva A e para os medicamentos de alto custo, assegurando que o repasse financeiro está sendo convertido na disponibilidade efetiva do arsenal terapêutico necessário aos pacientes.

O ponto de pedido é o saldo a partir do qual a reposição é acionada, e resulta de três grandezas: o consumo médio no período, o prazo de reposição do item e a margem de segurança que a criticidade justifica. Ele é calculado por item e revisto quando o consumo, o prazo de entrega ou a criticidade se alteram — e não em data fixa, porque o que o desatualiza é o comportamento do item e não o calendário. O instrumento incorpora a lógica no item 12.28.1, inciso II, ao exigir que a ordem de compra contenha a indicação da quantidade atual em estoque e do consumo médio mensal que justifique a aquisição: a compra tem de ser explicada pelo saldo e pelo consumo, e não pela repetição do pedido anterior.

O planejamento de aquisição orienta-se pela prevenção do desabastecimento, dever que o item 12.7.1, alínea j, do instrumento enuncia entre as diretrizes das compras da contratada, e que a minuta contratual reforça ao obrigar a manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular necessários à execução do objeto. Item cujo saldo se aproxima do ponto de pedido gera acionamento tempestivo da área de compras, com a informação de saldo e consumo já consolidada; item cuja aquisição depende de autorização da secretaria, por estar fora da grade padronizada, tem o pleito formulado na forma do item 8.7.4.22, e o intervalo dessa tramitação é parte do prazo de reposição a considerar no cálculo.

5.11 Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais

Esta seção enuncia uma vedação, e não uma rotina. O item 12.34.6.1.1 do instrumento veda a realização de empréstimos de medicamentos e materiais hospitalares entre unidades, instituições ou terceiros no âmbito da execução do contrato, em razão da impossibilidade de fiscalização efetiva e de rastreabilidade adequada das movimentações, especialmente diante do elevado volume de registros gerados por esse tipo de operação. A regra é explícita e a sua leitura correta é a de proibição, e não a de procedimento a regulamentar.

O fundamento da vedação está declarado no item 12.34.6.1.2 e merece ser reproduzido, porque explica por que a prática não se resolve com mais controle. A grande movimentação de entradas e saídas decorrente de empréstimos, ainda que apresentada de forma sintetizada ou consolidada, não permite o acompanhamento material e individualizado das operações, o que inviabiliza a verificação da equivalência entre os itens emprestados e aqueles eventualmente recebidos em contrapartida, bem como a conferência da regularidade, da economicidade e da finalidade pública das movimentações realizadas.

A exceção é estreita e tem porta única. O item 12.34.6.1.3 admite o empréstimo em caráter emergencial apenas em situações de extrema excepcionalidade, devidamente justificadas sob o ponto de vista assistencial e operacional, mediante autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde, com definição clara dos itens envolvidos, dos quantitativos, dos prazos de devolução e da forma de comprovação. A autorização é, portanto, condição de existência da operação: sem ela, o que se pratica é movimentação vedada, e não empréstimo excepcional.

Autorizada a exceção, o item 12.34.6.1.4 impõe a apresentação obrigatória de três peças: relatório detalhado da movimentação, com informações completas de rastreabilidade, incluindo a identificação da unidade de origem e de destino, a descrição dos itens, os quantitativos, os números de lote, os prazos de validade quando aplicável, as datas de saída e de entrada e os responsáveis pelas movimentações; registros informatizados de entrada e saída, devidamente assinados, que permitam a verificação individualizada de cada operação; e planilha de controle do saldo de empréstimos entre as unidades envolvidas, demonstrando de forma clara e atualizada os itens pendentes de devolução, os quantitativos compensados e os respectivos saldos. O item 12.34.6.1.5 fecha a disciplina: a ausência, a incompletude ou a inconsistência dessas informações implica a descaracterização da excepcionalidade, podendo a movimentação ser considerada irregular para fins de controle, auditoria e prestação de contas.

5.12 Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote

A rastreabilidade por lote existe para responder, em minutos, a uma pergunta que costuma chegar sem aviso: onde está, e para quem foi, cada unidade de um determinado lote. O item 12.32.25 do instrumento fixa exatamente esse resultado ao exigir que os registros permitam a consulta, o rastreamento e a geração de relatórios que identifiquem, de forma clara e individualizada, os lotes e prazos de validade dos itens em estoque ou já movimentados, garantindo a rastreabilidade necessária para fins de controle, fiscalização, auditoria, gestão de riscos e eventuais recolhimentos sanitários.

A capacidade de responder depende de decisões tomadas muito antes do evento. O lote é registrado na entrada, na forma do item 12.32.24, e permanece vinculado a cada saída, transferência interna, devolução, ajuste e dispensação. Quando esse vínculo é mantido, o recolhimento é uma consulta; quando é rompido em qualquer ponto da cadeia, o recolhimento se transforma em varredura física de todo o estoque e em busca documental setor a setor, com resultado incerto justamente na parcela que já saiu — que é a parcela que importa, porque é a que pode ter chegado ao paciente.

O acionamento do recolhimento pode vir de três origens, e as três são acompanhadas. A primeira é externa e regulatória: o item 8.7.4.17 do instrumento atribui ao serviço de farmácia o monitoramento ativo dos alertas de farmacovigilância publicados pela agência nacional de vigilância sanitária, que comunicam novas informações relacionadas à segurança dos medicamentos comercializados no país, de modo a prevenir o uso de medicamentos impróprios. A segunda é do fornecedor ou do fabricante, que comunica o desvio de qualidade do lote. A terceira é interna e nasce da observação da equipe assistencial ou do próprio almoxarifado: alteração de aspecto, embalagem comprometida, suspeita de inefetividade terapêutica, que o item 8.7.4.16 relaciona entre as questões relevantes para a farmacovigilância.

O tratamento tem sequência definida. Identificado o lote, o saldo é bloqueado no sistema e segregado fisicamente com identificação visível, para que não haja dispensação enquanto a análise corre. Em seguida levanta-se a movimentação já realizada daquele lote, com os setores de destino e as quantidades, e comunica-se a cada um deles a interrupção do uso e a devolução do saldo remanescente. Concluída a apuração, define-se o destino do material bloqueado, que pode ser a devolução ao fornecedor, a liberação quando o alerta não se confirma ou o descarte na forma da seção 5.13. Todo o percurso é registrado, porque é ele que se apresenta à fiscalização e à autoridade sanitária.

5.13 Descarte de material vencido, avariado ou impróprio

O descarte é a última etapa do ciclo do insumo e a que mais frequentemente se executa sem registro, justamente porque nada mais dela decorre em termos operacionais. O protocolo trata o descarte como movimentação de estoque, e não como remoção de lixo: o item sai do saldo por baixa registrada, com identificação de lote, quantidade, motivo e destino, e é essa baixa que fecha a cadeia de rastreabilidade aberta na entrada. Descarte sem baixa produz um saldo que existe no sistema e não existe na prateleira, e transfere para o inventário seguinte uma divergência cuja causa já se conhecia.

A disciplina sanitária é expressa no instrumento. O item 8.7.4.6 submete o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde decorrentes das atividades farmacêuticas à resolução sanitária que os disciplina, observando as boas práticas de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final dos resíduos. O item 8.7.4.7 acrescenta a consequência: o descumprimento das normas legais e regulamentares mencionadas naquela cláusula é considerado falha grave na execução contratual, sujeitando a contratada às sanções administrativas cabíveis, sem prejuízo das responsabilidades sanitárias, civis e administrativas.

Três situações levam um item ao descarte e não devem ser confundidas, porque a apuração que cada uma exige é diferente. O material vencido decorre de falha de giro ou de planejamento de compra, e a sua análise pertence às seções 5.8 e 5.10. O material avariado decorre de transporte, manuseio ou armazenamento, e a sua análise indica onde a cadeia física falhou. O material impróprio decorre de desvio de qualidade, de excursão de temperatura ou de recolhimento sanitário, e a sua análise conecta-se à seção 5.12 e pode exigir comunicação à autoridade sanitária. Registrar o motivo com essa distinção é o que transforma o descarte em informação de gestão.

Os medicamentos sujeitos a controle especial têm procedimento próprio de inutilização, conduzido sob a responsabilidade do farmacêutico e escriturado no livro de registro específico de que trata o item 8.7.4.20, de modo que a baixa do item conste tanto do sistema quanto da escrituração legal. Em todos os casos, o descarte é precedido de conferência do que se vai inutilizar contra o que o sistema aponta como saldo daquele lote, e o termo resultante identifica os responsáveis pela conferência e pela destinação, com a finalidade de assegurar a rastreabilidade até o encerramento do ciclo.

5.14 Os relatórios mensais que compõem a prestação de contas

A prestação de contas é o ponto em que o controle interno se torna verificável por quem está de fora, e por isso os relatórios não são subproduto do trabalho do almoxarifado: são um dos seus produtos. O item 12.28.2 do instrumento contratual enumera, em sete incisos, os relatórios de controle e acompanhamento que a contratada deverá apresentar juntamente com a prestação de contas. A lista é taxativa e conhecida de antemão, o que significa que a sua produção pode e deve ser desenhada na origem: cada relatório é uma consulta ao mesmo registro de movimentação, e não um levantamento próprio feito ao final do mês.

Inciso	Relatório exigido	O que ele demonstra
I	Relatório de estoque com registro das entradas por notas fiscais	Que cada entrada tem lastro fiscal e documental
II	Relatório de movimentação do estoque	O conjunto das entradas, saídas e ajustes do período
III	Relatório de posição de estoque	O saldo existente ao fim do período, por item
IV	Relatório de estoque analítico	A composição do saldo item a item, com o detalhe da movimentação
V	Relatório de estoque sintético	A visão consolidada por grupo, para leitura gerencial

Inciso	Relatório exigido	O que ele demonstra
VI	Relatório de curva ABC de consumo	A distribuição do consumo por participação na despesa
VII	Relatório sintético de dispensação por setor assistencial	A destinação dos itens dispensados, por setor de consumo

Tabela 5.1 — Os sete relatórios de controle e acompanhamento exigidos pelo item 12.28.2 do instrumento contratual e o que cada um demonstra.

Aos sete relatórios soma-se o demonstrativo de abastecimento de insumos críticos, previsto no item 12.35.15.1, que exige a apresentação de relatório de estoque e dispensação de medicamentos e insumos padronizados, com destaque para itens da curva A e medicamentos de alto custo, assegurando que o repasse financeiro está sendo convertido na disponibilidade efetiva do arsenal terapêutico necessário aos pacientes. É o documento que liga o dado de estoque ao resultado assistencial, e por isso é o que melhor responde ao que a fiscalização procura verificar.

A competência dos relatórios é mensal porque mensal é a entrega da prestação de contas à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e não porque este protocolo institua periodicidade própria. A guarda desses arquivos segue o item 12.30.3 do instrumento, que determina o arquivamento, na unidade ou em outro local à escolha da contratada, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, dos arquivos encaminhados quando da entrega mensal da prestação de contas. Nos demais registros deste protocolo observa-se o prazo aplicável a cada documento, sem que aqui se institua prazo mais extenso do que o exigível.

A consistência entre os relatórios é conferida antes do envio, e a razão é que eles se explicam mutuamente. A posição de estoque ao fim do período deve corresponder à posição anterior somada às entradas e deduzidas as saídas e os ajustes do relatório de movimentação; o analítico deve reconstituir o sintético; o relatório de dispensação por setor deve fechar com as saídas do período. Divergência entre relatórios é indício de movimentação não registrada, e tratá-la antes do envio custa menos do que respondê-la depois em diligência.

5.15 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação: quem recebe não é quem confere o documento fiscal, quem conta no inventário não é quem lança o ajuste, e quem separa a requisição não é quem confere a entrega. Essa separação não desconfia de ninguém — reconhece apenas que a leitura por olhos diferentes é o controle mais barato que existe contra o erro involuntário, e que em matéria de estoque o erro involuntário é a causa dominante.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação do almoxarifado	Responde pelo percurso do insumo da entrada à baixa, pela integridade do endereçamento e pela apresentação tempestiva dos relatórios de controle
Farmacêutico responsável	Assina o documento de entrada atestando a regularidade do ingresso no estoque, e responde pela guarda e pela escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial

Função	Responsabilidade neste protocolo
Colaboradores designados para o recebimento	Realizam a conferência quantitativa no momento da descarga e atestam por assinatura o recebimento dos itens entregues
Responsável pela conservação	Acompanha e registra as condições de temperatura das áreas de armazenamento e de dispensação e trata a ocorrência de excursão
Responsável pelo inventário	Organiza a contagem rotativa e a geral, apura a causa da divergência antes do ajuste e mantém a série histórica por causa
Coordenação de suprimentos e compras	Instrui a ordem de compra com saldo e consumo médio, acompanha o ponto de pedido e conduz o pleito de item fora da grade padronizada
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Instância obrigatória do item 12.14.3, manifesta-se sobre padronização e sobre a necessidade de item não contemplado na grade
Responsável pela prestação de contas	Consolida documentos e relatórios do período e os encaminha à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização
Direção administrativa	Responde pela submissão prévia dos fluxos à secretaria e pela interlocução com a empresa especializada de logística

Tabela 5.2 — As nove funções que respondem pelo almoxarifado e pelo estoque e o que cabe a cada uma.

A matriz que segue declara, por função, o que cabe a cada uma no percurso do insumo. Ela é lida em conjunto com a seção 5.17, que diz qual registro cada ato produz, e com a seção 5.4, que diz em que frente do serviço ele se insere. Nenhuma linha atribui responsabilidade a pessoa nomeada nem fixa quantitativo de pessoal ou de tempo de dedicação: o que se declara é a competência da função, de modo que a substituição de quem a exerce não altere o desenho do controle nem exija revisão do protocolo.

O que não se delega, e por isso se enuncia expressamente: a assinatura do documento de entrada, que o item 12.34.5.4 reserva ao farmacêutico responsável; o controle e a dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial, que o item 8.7.4.20 reserva ao farmacêutico, vedada a delegação a funcionários administrativos; e a decisão sobre o destino de item bloqueado por suspeita de desvio de qualidade, que é técnica e cabe ao responsável técnico.

5.16 Interface com farmácia, compras e finanças

O almoxarifado é setor de passagem, e por isso a qualidade das suas interfaces determina o seu resultado com mais peso do que a sua organização interna. Três delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. O que as une é a natureza do problema: em todas, a informação existe num setor e é necessária noutro, e o que se perde na passagem reaparece semanas depois como pendência de prestação de contas.

Com a farmácia, a interface é o medicamento e o ato técnico que o acompanha. O ponto de falha é a fronteira entre o almoxarifado e o centro de abastecimento farmacêutico: item que transita entre os dois sem lançamento aparece consumido num e ausente no outro. O tratamento é tratar essa passagem como movimentação registrada, com lote e validade, na forma do item 12.32.24, e reservar ao farmacêutico responsável os atos que o instrumento lhe atribui — a assinatura do documento de entrada, a guarda dos itens sob controle especial e a decisão técnica sobre conservação e desvio de qualidade.

Com as compras, a interface é a informação que justifica a aquisição. O ponto de falha é a ordem de compra instruída com dado desatualizado de saldo ou de consumo, que produz compra em duplicidade ou compra insuficiente. O tratamento tem base no item 12.28.1, inciso II, que exige a indicação da quantidade atual em estoque e do consumo médio mensal a justificar a aquisição, e apoia-se nas diretrizes do item 12.7.1: descrição clara e objetiva do objeto, pesquisa de preços com no mínimo três cotações, diversificação de fornecedores sempre que possível e planejamento de compras com vistas à prevenção do desabastecimento. Cabe também a esta interface a exigência da carta de comprometimento de troca dos medicamentos com validade inferior a um ano, prevista no inciso XI do item 12.28.1.

Com as finanças e a prestação de contas, a interface é o documento. O ponto de falha é a peça que existe fisicamente e chega incompleta: nota sem os dois atestos exigidos pelo inciso VIII do item 12.28.1, documentação sem o carimbo, a data e a assinatura do representante da Organização Social exigidos pelo inciso X, ou documento de entrada sem a assinatura do farmacêutico. Há ainda a interface específica das órteses, próteses e materiais especiais: o item 12.29.1 exige pasta separada e rubrica orçamentária distinta, e quatro dos doze documentos que o item 12.29.2 relaciona nascem no almoxarifado — a documentação de saída do material, a documentação de saída individualizada por paciente, o documento de entrada e o romaneio vinculado ao paciente. São peças que precisam ser emitidas no momento em que o fato ocorre, porque não se reconstituem com fidelidade semanas depois.

5.17 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do percurso do insumo produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — a conferência anotada depois da descarga, a baixa lançada ao fim do turno e a leitura de temperatura preenchida de memória corrompem exatamente o dado que depois se pretende usar como prova.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Documento de conferência e recebimento, assinado no ato da entrega	Colaboradores designados	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato
Documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável	Farmácia	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato
Registro de entrada com lote e validade no sistema	Almoxarifado	Sistema de gestão de estoque	Prazo aplicável ao documento
Registro de leitura e de excursão de temperatura	Responsável pela conservação	Pasta de conservação do setor	Prazo aplicável ao documento
Requisição atendida e baixa por centro de custo	Almoxarifado e setor solicitante	Sistema de gestão de estoque	Prazo aplicável ao documento
Relatório de inventário, divergência apurada e ajuste	Responsável pelo inventário	Pasta de inventário	Prazo aplicável ao documento

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Registro de bloqueio, segregação e recolhimento de lote	Farmácia e almoxarifado	Pasta de rastreabilidade	Prazo aplicável ao documento
Termo de descarte de material vencido, avariado ou impróprio	Almoxarifado, com atesto técnico	Pasta de descarte	Prazo aplicável ao documento
Livro de registro específico de medicamentos sob controle especial	Farmacêutico responsável	Farmácia	Prazo previsto na norma sanitária

Tabela 5.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos após o término do contrato de gestão alcança os arquivos encaminhados na entrega mensal da prestação de contas, e decorre do item 12.30.3 do instrumento contratual, não de decisão deste protocolo. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, e os relativos a medicamentos sujeitos a controle especial seguem o prazo previsto na norma sanitária que os disciplina. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e o acesso ao registro é controlado por perfil, com identificação de quem lançou cada movimentação — exigência que decorre da própria rastreabilidade que o item 12.32.25 impõe.

5.18 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: entrada lançada sem lote e validade, item endereçado fora do seu lugar, saída sem baixa no centro de custo, leitura de temperatura ausente da série, divergência de inventário ajustada sem apuração de causa, descarte executado sem termo. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

Há, contudo, duas espécies que o próprio instrumento contratual retira do campo da gestão interna e qualifica com a expressão mais dura que emprega em matéria administrativa. A primeira é a da integração sistêmica: o item 12.32.20 exige a integração do sistema informatizado da farmácia e do almoxarifado ao sistema de logística utilizado pela empresa contratada pela secretaria, garantindo compatibilidade, compartilhamento e conciliação das informações, e o item 12.32.21 fixa o prazo máximo de dois meses a contar do início da execução contratual. A segunda é a do controle por lote e validade, exigido pelo item 12.32.23 em todas as etapas de movimentação.

▣ AS DUAS FALHAS GRAVES DE CONTROLE NOMEADAS PELO INSTRUMENTO

- Item 12.32.22 — a ausência de integração no prazo estabelecido, ou a manutenção de soluções que impeçam ou dificultem o acompanhamento, a conferência e a fiscalização das informações pela secretaria, será caracterizada como falha grave de controle, sujeitando a Organização Social às medidas administrativas cabíveis.

▣ AS DUAS FALHAS GRAVES DE CONTROLE NOMEADAS PELO INSTRUMENTO

- Item 12.32.26 — a ausência de funcionalidade que permita o controle por lote e validade, bem como a utilização de sistema que não assegure a integridade, a confiabilidade e a rastreabilidade dessas informações, será considerada falha grave de controle, sujeitando a contratada às medidas administrativas cabíveis.
- Item 8.7.4.7 — o descumprimento das normas sanitárias nomeadas na cláusula de assistência farmacêutica é considerado falha grave na execução contratual, sem prejuízo das responsabilidades sanitárias, civis e administrativas.
- Item 12.34.6.1.5 — a ausência, a incompletude ou a inconsistência das informações exigidas no empréstimo excepcional implica a descaracterização da excepcionalidade, podendo a movimentação ser considerada irregular para controle, auditoria e prestação de contas.
- A leitura conjunta destes dispositivos define a prioridade do protocolo: o que precisa funcionar antes de tudo é o registro rastreável por lote e validade, integrado ao sistema que a secretaria utiliza.

A consequência prática dessa qualificação é que o tratamento das duas espécies não se esgota na correção do caso concreto. Achado que toque a integração ou o controle por lote e validade é levado imediatamente à direção administrativa e à interlocução com a secretaria, porque o que está em causa não é um item mal lançado, e sim a capacidade declarada do sistema de sustentar a fiscalização. Nas demais não conformidades, o tratamento segue o percurso ordinário: registro do desvio, apuração da causa no processo, providência sobre a causa com responsável declarado por função, e desfecho registrado.

Toda não conformidade encerra com desfecho declarado, e a série consolidada é levada à análise periódica com as áreas envolvidas, em rotina definida pelo serviço. A finalidade declarada é a correção tempestiva e a rastreabilidade: o registro existe para que a causa seja tratada onde ela nasce — na compra, na conferência, no endereçamento ou na baixa —, e não para compor estatística de falhas alheias.

5.19 Indicadores e monitoramento

O quadro de indicadores de desempenho mensal do instrumento contratual mede resultados assistenciais, de produção e de gestão de pessoas, e não traz indicador específico de almoxarifado. Registrar essa constatação é preferível a atribuir ao quadro um indicador que ele não contém. O monitoramento deste protocolo apoia-se, por isso, em duas fontes: as exigências documentais do próprio instrumento, que são verificáveis e cujo cumprimento se mede, e um conjunto de indicadores internos adotados pelo serviço para acompanhar o que o almoxarifado governa diretamente.

Indicador	Fórmula	Parâmetro	Origem
Cobertura do registro de lote e validade	Movimentações com lote e validade registrados ÷ movimentações do período × 100	Funcionalidade exigida	Itens 12.32.23 e 12.32.26
Conformidade documental do recebimento	Entradas com documento de conferência e documento de entrada assinados ÷ entradas do período × 100	Exigência documental	Itens 12.34.5.1 a 12.34.5.4

Indicador	Fórmula	Parâmetro	Origem
Compleitude dos relatórios da prestação de contas	Relatórios apresentados ÷ sete relatórios exigidos × 100	Exigência documental	Item 12.28.2, incisos I a VII
Acurácia do inventário	Itens sem divergência entre saldo e contagem ÷ itens contados × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno
Perda por vencimento	Valor dos itens baixados por vencimento ÷ valor dispensado no período × 100	Série acompanhada pelo serviço	Dever previsto no Anexo II do edital
Disponibilidade dos itens críticos	Itens da curva A e de alto custo com saldo no ou acima do ponto de pedido ÷ itens críticos × 100	Série acompanhada pelo serviço	Item 12.35.15.1

Tabela 5.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, parâmetro e origem — os três primeiros medem exigências do instrumento, os três últimos são internos ao serviço.

Os três primeiros indicadores medem o cumprimento de exigências que o instrumento já impõe, e por isso o seu parâmetro é a própria exigência: o sistema registra lote e validade em todas as etapas, o recebimento produz os documentos que o item 12.34.5 nomeia e a prestação de contas é instruída com os sete relatórios do item 12.28.2. Medi-los tem finalidade de verificação: transformam em número aquilo que, sem medição, só se descobre na diligência.

Os três últimos são internos e explicam os primeiros. A acurácia do inventário revela se o dado que sustenta os relatórios corresponde ao que existe na prateleira. A perda por vencimento revela se o giro e o planejamento de compra estão calibrados, e liga-se ao dever expresso de evitar a perda por validade vencida. A disponibilidade dos itens críticos é a que mais se aproxima do resultado assistencial, porque responde à pergunta que o item 12.35.15.1 formula: se o repasse financeiro está sendo convertido em arsenal terapêutico efetivamente disponível.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e a análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do almoxarifado. A razão é a mesma que organiza a seção 5.16: dois dos indicadores mais importantes não pertencem ao almoxarifado — a perda por vencimento nasce em boa parte na decisão de compra, e a disponibilidade do item crítico depende do prazo de reposição e da tramitação de autorização de itens fora da grade. Medi-los em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falha foi do outro, e é o que transforma o número em pauta de correção.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

5.20 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria, com uma particularidade que decorre da seção 5.2: a sua implantação e a de qualquer alteração posterior dependem da submissão prévia à secretaria exigida pelo item 12.34.6. A governança interna, portanto, prepara e fundamenta a proposta; a vigência depende da autorização externa. Essa articulação precisa estar clara para quem opera, sob pena de se implantar por decisão interna aquilo que o instrumento condiciona.

A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da grade padronizada pela secretaria, mudança no regime da empresa especializada de logística, alteração das normas sanitárias que disciplinam armazenamento, conservação e descarte, alteração do sistema informatizado ou da sua integração, e achado de auditoria que revele falha estrutural do processo. Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale, observada a condição de aprovação prévia.

A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, e a aderência é acompanhada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de identificar onde o desenho e a prática se afastam.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação do almoxarifado, com validação do farmacêutico responsável quanto ao que toca medicamento, conservação e controle especial, e da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas e a interlocução com a secretaria. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

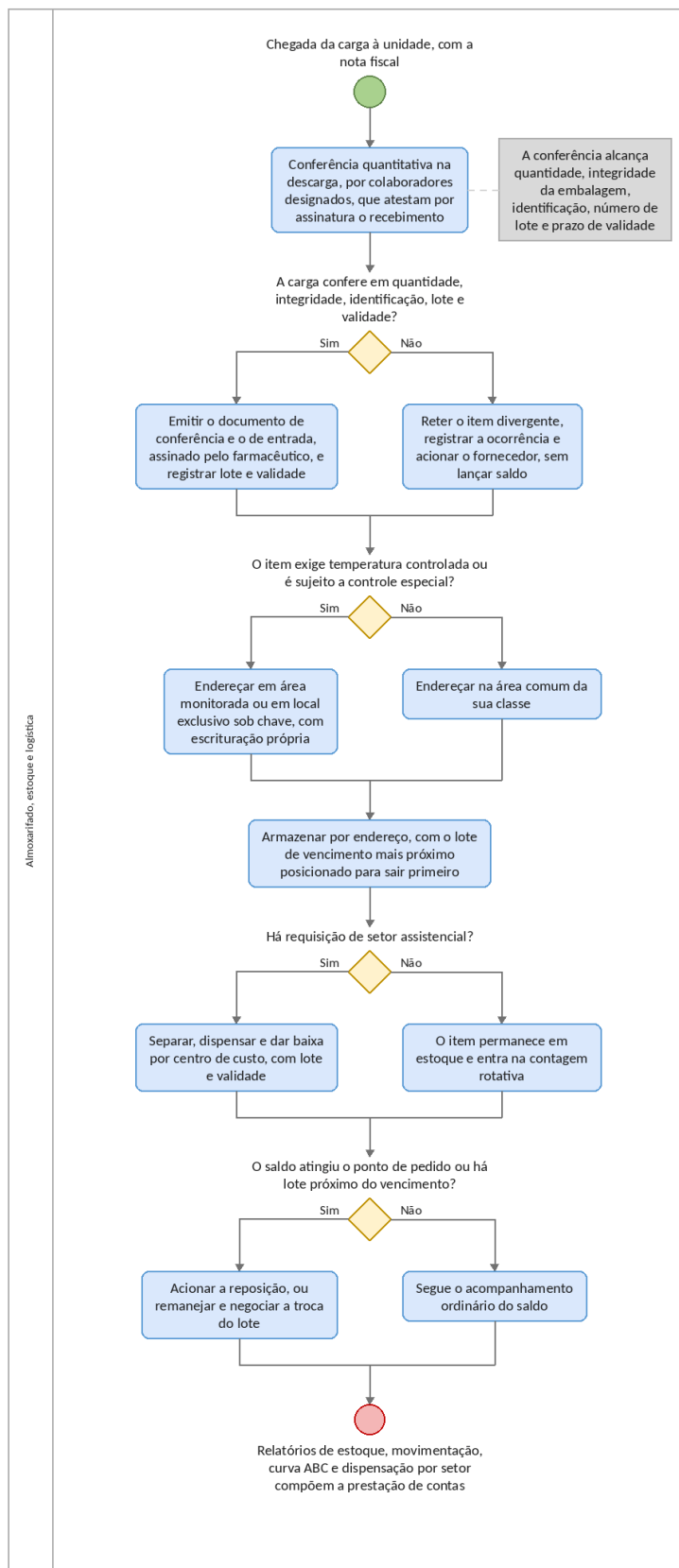
5.21 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da chegada da carga até a composição dos relatórios da prestação de contas, e foi desenhado para conter apenas as decisões que efetivamente mudam o

percurso do insumo. A primeira é a conferência da carga em quantidade, integridade, identificação, lote e validade, que decide entre dar entrada e reter o item divergente sem lançar saldo. A segunda é a exigência de conservação em temperatura controlada ou o regime de controle especial, que define o endereçamento e, no segundo caso, a guarda em local exclusivo sob chave com escrituração própria. A terceira é a existência de requisição de setor assistencial, que separa a dispensação com baixa por centro de custo da permanência em estoque. A quarta é a posição do saldo diante do ponto de pedido e a proximidade do vencimento, que aciona a reposição ou o tratamento do lote a vencer.

As demais etapas são de tronco porque não comportam alternativa: a conferência na descarga, o registro de lote e validade no momento da entrada, o armazenamento por endereço com o lote de vencimento mais próximo posicionado para sair primeiro. Cada uma delas é condição da seguinte, e a sua omissão não abre um caminho diferente — apenas compromete o percurso inteiro a partir dali. O desenho encerra na composição dos relatórios de controle e acompanhamento, que é o ponto em que o trabalho do almoxarifado se torna verificável por quem fiscaliza, e cada procedimento operacional padrão da parte final traz o seu próprio fluxograma, com as bifurcações daquele percurso específico.

Do recebimento da carga à prestação de contas do insumo



Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.4.2 a 8.7.4.22, 12.7.1, 12.9.6, 12.14.1, 12.14.3, 12.28.1, 12.28.2, 12.29.1, 12.29.2, 12.30.3, 12.30.5, 12.32.20 a 12.32.26, 12.34.1 a 12.34.6.1.5 e 12.35.15.1. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial o Anexo II — Grade de Exames Laboratoriais e o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0044_17_08_2009.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 304, de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0304_17_09_2019.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/boas-praticas>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria SVS/MS n.º 6, de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n.º 344/1998. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1999/prt0006_29_01_1999.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Brasília, DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n.º 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. Brasília, DF: CFF, 2001. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n.º 600, de 19 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre a regulamentação da assistência técnica e da responsabilidade técnica farmacêutica. Brasília, DF: CFF, 2014. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/600.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 4 set. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Orientações para aquisições públicas de medicamentos. Brasília, DF: TCU, 2019. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os dez procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação, que depende da aprovação prévia de que trata a seção 5.2. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 5.21 e descreve o ciclo inteiro do insumo.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-ALM-01	Recebimento físico e fiscal, com conferência de lote, validade e integridade	5.5 e 5.3
POP-ALM-02	Armazenamento, endereçamento e controle de temperatura	5.6
POP-ALM-03	Dispensação e transferência interna por setor e centro de custo	5.7
POP-ALM-04	Controle de validade, saída pelo vencimento mais próximo e itens próximos ao vencimento	5.8 e 5.5
POP-ALM-05	Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência	5.9
POP-ALM-06	Curva ABC, ponto de pedido e estoque mínimo de item crítico	5.10
POP-ALM-07	Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais	5.11
POP-ALM-08	Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote	5.12
POP-ALM-09	Emissão dos relatórios mensais da prestação de contas	5.14 e 5.17
POP-ALM-10	Descarte de material vencido, avariado ou impróprio	5.13 e 5.8

Tabela 5.5 — Os dez procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-ALM-01. Recebimento físico e fiscal, com conferência de lote, validade e integridade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-01.1 Quando usar

- › Na chegada de qualquer carga de medicamentos, materiais hospitalares ou insumos à unidade.
- › No momento da descarga do veículo, e não em conferência posterior ao armazenamento.
- › Nas hipóteses de recebimento direto na unidade previstas no item 12.34.5 do instrumento contratual.

POP-ALM-01.2 Fundamento

Itens 12.34.5.1 a 12.34.5.5 do termo de referência, que fixam o recebimento no momento da descarga, a conferência de quantidades, integridade das embalagens, identificação, lote e validade, a emissão e assinatura da documentação no ato da entrega e a emissão de documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável; item 12.28.1, quanto à instrução da prestação de contas; item 12.32.24, quanto ao registro de lote e validade na entrada. Seções 5.5 e 5.3 do protocolo.

! NÃO DAR ENTRADA NO ESTOQUE SE FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Conferência quantitativa dos itens da nota fiscal feita no momento da descarga, com atesto por assinatura dos colaboradores designados.
- › Integridade das embalagens verificada e identificação do produto legível.
- › Número de lote e prazo de validade conferidos e registráveis no sistema.
- › Correspondência entre o que chegou e o que a nota fiscal e a ordem de compra descrevem.

! NÃO DAR ENTRADA NO ESTOQUE SE FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável, atestando a regularidade da entrada no estoque.
- › Faltando qualquer um: reter o item divergente, registrar a ocorrência e acionar o fornecedor antes de qualquer lançamento de saldo.

POP-ALM-01.3 Sequência de execução

1. Receber o veículo e conferir a nota fiscal contra a ordem de compra que a originou.
2. Realizar a conferência quantitativa dos itens constantes da nota fiscal no momento da descarga, com os colaboradores designados pela unidade.
3. Verificar a integridade das embalagens e a identificação dos produtos, item a item.
4. Registrar, para cada item, o número de lote e o prazo de validade constantes da embalagem.
5. Comparar a validade recebida com a expectativa de consumo do item e sinalizar lote de validade curta para o tratamento previsto no POP-ALM-04.
6. Havendo divergência de quantidade, integridade, identificação, lote ou validade, reter o item divergente, registrar a ocorrência e comunicar o fornecedor, sem lançar o saldo.
7. Colher a assinatura dos colaboradores designados no documento de conferência e recebimento, emitido no ato da entrega.
8. Encaminhar o documento de entrada ao farmacêutico responsável para assinatura, atestando a regularidade da entrada no estoque.
9. Lançar a entrada no sistema com lote e validade, de modo a vinculá-los às movimentações subsequentes.
10. Encaminhar o item ao endereçamento conforme o POP-ALM-02.
11. Reunir a documentação do recebimento para a instrução da prestação de contas.

Elemento	Onde se confere	Consequência da ausência
Quantidade	Contagem física contra a nota fiscal	Saldo divergente desde a origem e divergência de inventário
Integridade da embalagem	Inspecção visual na descarga	Item impróprio dispensado ao setor assistencial
Identificação do produto	Rótulo e nota fiscal	Item lançado em código errado e indisponível na busca
Número de lote	Embalagem e sistema	Cadeia de rastreabilidade rompida na origem
Prazo de validade	Embalagem e sistema	Impossibilidade de aplicar a saída pelo vencimento mais próximo

Elemento	Onde se confere	Consequência da ausência
Assinaturas do recebimento	Documento emitido no ato da entrega	Prestação de contas instruída de forma incompleta

Tabela POP-ALM-01.1 — O que se confere no recebimento e a consequência da falta.

✓ O QUE SUSTENTA O RECEBIMENTO
› Conferir na descarga, quando a devolução ainda é simples e não há saldo lançado.
› Registrar lote e validade no momento da entrada, e não em complementação posterior.
› Emitir e assinar a documentação no ato da entrega, na forma que o instrumento exige.
› Reter o item divergente em área identificada, separado do estoque disponível.

✗ O QUE COMPROMETE A ENTRADA
› Lançar o saldo antes de concluir a conferência para liberar o veículo.
› Aceitar embalagem violada ou rótulo ilegível com a intenção de conferir depois.
› Dar entrada sem lote e sem validade, deixando o campo para preenchimento futuro.
› Assinar documento de conferência sem ter realizado a contagem correspondente.

POP-ALM-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

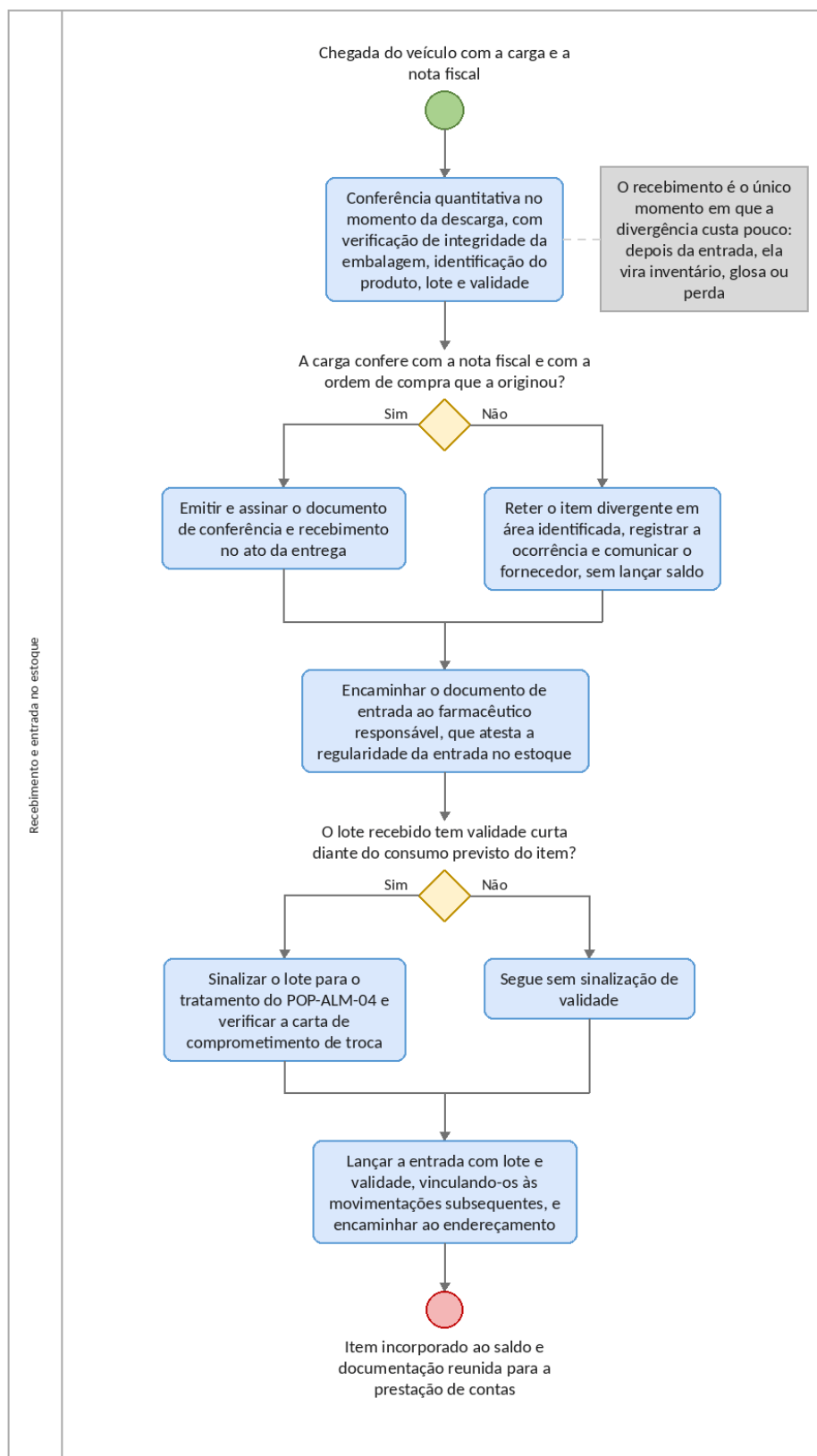
- › Documento de conferência e recebimento, emitido e assinado no ato da entrega.
- › Documento de entrada assinado pelo farmacêutico responsável.
- › Lançamento de entrada no sistema, com lote e validade por item.
- › Registro da ocorrência de divergência, com item, quantidade e providência adotada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Conferir na descarga	Depois da entrada, a divergência vira inventário, glosa ou perda.
Lote e validade na entrada	É o vínculo que sustenta toda a movimentação seguinte.
Documento no ato	A documentação é emitida e assinada na entrega, não depois.
Farmacêutico atesta	O documento de entrada é assinado pelo farmacêutico responsável.
Divergência retém o item	O item divergente fica separado e não entra no saldo.

POP-ALM-01.5 Fluxograma

O fluxograma do recebimento tem duas bifurcações que mudam o percurso: a conferência da carga contra a nota fiscal e a ordem de compra, que decide entre emitir a documentação de entrada e reter o item divergente sem lançar saldo, e a verificação da validade recebida, que aciona desde já o tratamento do lote de validade curta.

POP-ALM-01 — Recebimento físico e fiscal, com lote, validade e integridade



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.34.5.1 a 12.34.5.5, 12.28.1 e 12.32.24.

POP-ALM-02. Armazenamento, endereçamento e controle de temperatura

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-02.1 Quando usar

- › Imediatamente após a entrada do item no estoque, na guarda inicial.
- › Na alteração de endereço de qualquer item já armazenado.
- › No acompanhamento das condições ambientais das áreas de armazenamento e de dispensação.

POP-ALM-02.2 Fundamento

Itens 8.7.4.3 e 8.7.4.5 do termo de referência, que submetem o armazenamento, a distribuição e o transporte de medicamentos e o controle das condições ambientais, em especial a temperatura e o monitoramento das áreas de armazenamento e dispensação, às resoluções sanitárias que nomeia; itens 8.7.4.19 e 8.7.4.20, quanto à guarda sob chave em local exclusivo e à escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial. Seção 5.6 do protocolo.

! A FALHA DE CONSERVAÇÃO É SILENCIOSA

- › O item mantém aparência íntegra depois da excursão de temperatura: o dano só aparece na perda de efeito junto ao paciente.
- › Endereço não registrado transforma a contagem rotativa em procura e a segregação de lote recolhido em varredura de todo o depósito.
- › Medicamento sujeito a controle especial é guardado sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo e sob a responsabilidade do farmacêutico.
- › Quando o registrador automático não estiver disponível no momento, o registro é feito de forma manual, para preservar a série e permitir a decisão técnica.

POP-ALM-02.3 Sequência de execução

1. Receber o item conferido e identificar a sua classe e a exigência de conservação aplicável.
2. Definir o endereço conforme classe, exigência de conservação e frequência de movimentação.
3. Registrar o endereço no sistema, de modo que a consulta localize o item sem depender de memória.
4. Posicionar fisicamente à frente o lote de vencimento mais próximo do mesmo item.
5. Encaminhar o item termolábil à área de conservação monitorada, sem interrupção da cadeia.
6. Encaminhar o medicamento sujeito a controle especial à guarda sob chave, em local exclusivo, com a escrituração no livro de registro específico.
7. Acompanhar e registrar as leituras de temperatura das áreas de armazenamento e dispensação, em rotina definida pelo serviço.
8. Diante de excursão de temperatura, registrar a leitura, a duração e os lotes expostos, e segregar o material até a decisão do farmacêutico responsável.
9. Registrar toda alteração de endereço como movimentação, mantendo o sistema fiel ao depósito.
10. Comunicar à coordenação a área cuja condição de conservação exigir providência.

Natureza do item	Regime de guarda	Registro próprio
Material de consumo geral	Endereço por classe e giro, em área comum	Endereço no sistema
Medicamento em temperatura ambiente	Endereço em área da farmácia, protegido de luz e umidade	Endereço e leitura ambiental
Item termolábil	Área de conservação monitorada, com faixa declarada	Série de leituras e registro de excursão
Medicamento sob controle especial	Local exclusivo, sob chave, responsabilidade do farmacêutico	Livro de registro específico
Item bloqueado ou retido	Área identificada, separada do estoque disponível	Registro de bloqueio e motivo

Tabela POP-ALM-02.1 — Regime de guarda conforme a natureza do item.

✓ O QUE PROTEGE O ITEM ARMAZENADO
› Endereço declarado no sistema para todo item, inclusive o de baixo giro.
› Lote de vencimento mais próximo posicionado para sair primeiro.
› Série de leituras de temperatura mantida sem lacuna, com a finalidade de comprovar a conservação.
› Excursão tratada como ocorrência, com lotes expostos identificados.

✕ O QUE COMPROMETE A CONSERVAÇÃO

- › Guardar item termolábil fora da área monitorada enquanto se conclui a conferência.
- › Mudar item de lugar sem registrar a alteração de endereço.
- › Preencher a leitura de temperatura de memória ao fim do turno.
- › Manter medicamento sujeito a controle especial fora do local exclusivo sob chave.

POP-ALM-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Endereço de cada item no sistema de gestão de estoque.
- › Série de leituras de temperatura das áreas de armazenamento e dispensação.
- › Registro de excursão de temperatura, com duração, lotes expostos e decisão técnica.
- › Escrituração no livro de registro específico dos medicamentos sujeitos a controle especial.

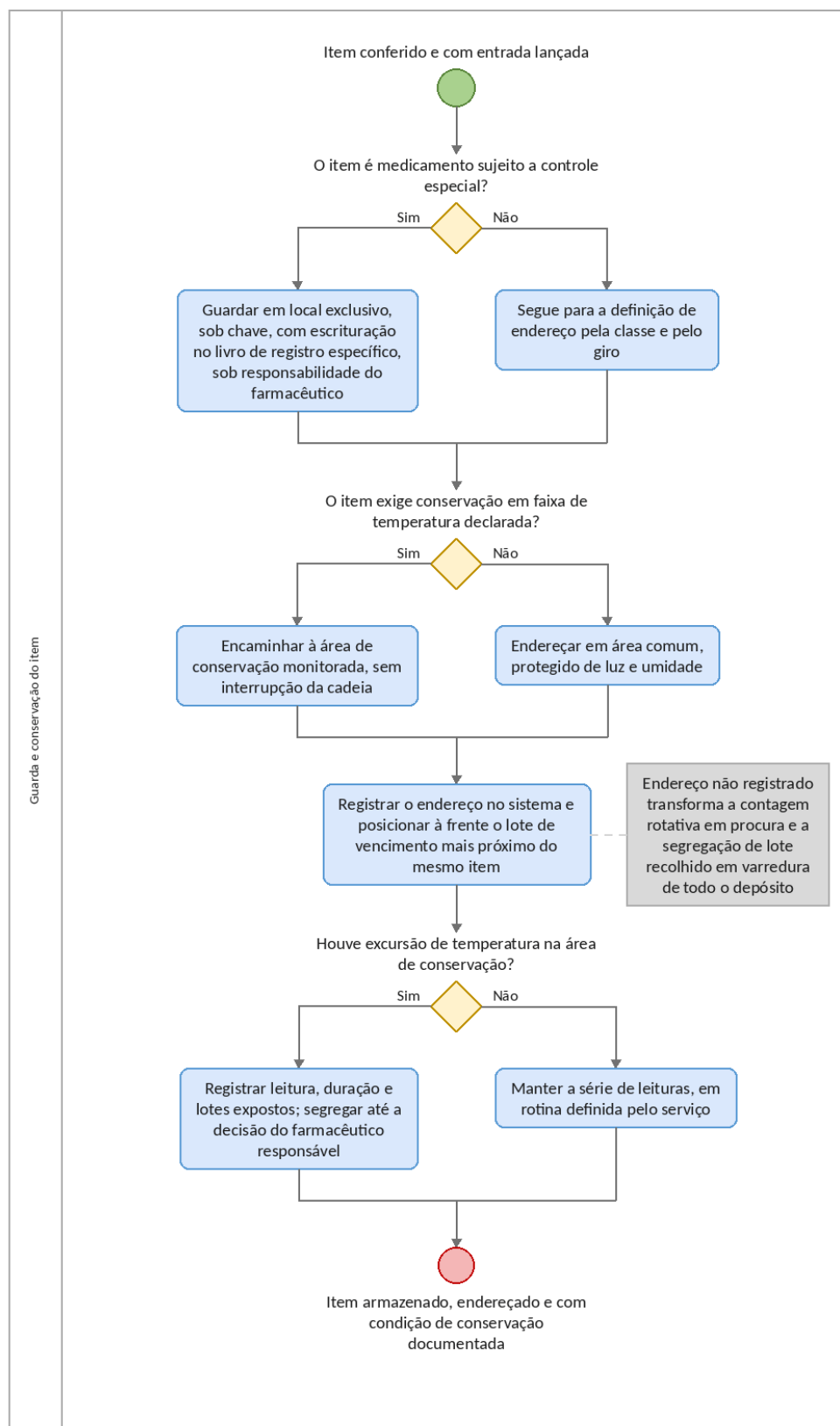
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Endereço é controle	Sem ele, contagem e segregação viram procura.
Conservação é aptidão	Guardar em segurança não é o mesmo que conservar para uso.
Excursão é ocorrência	Registra-se leitura, duração e lotes expostos.
Controle especial é da farmácia	Local exclusivo, sob chave e com escrituração própria.
Mudança de lugar se registra	O sistema tem de apontar onde o item efetivamente está.

POP-ALM-02.5 Fluxograma

O fluxograma da guarda mostra as três decisões que definem o regime de armazenamento: se o item é sujeito a controle especial, o que o leva ao local exclusivo sob chave; se exige faixa de temperatura declarada, o que o encaminha à área monitorada; e se houve excursão, o que separa a manutenção da segregação até a decisão técnica.

POP-ALM-02 — Armazenamento, endereçamento e controle de temperatura



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.4.3, 8.7.4.5, 8.7.4.19 e 8.7.4.20.

POP-ALM-03. Dispensação e transferência interna por setor e centro de custo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-03.1 Quando usar

- › No atendimento de requisição de setor assistencial ou de centro de custo.
- › Na transferência de itens entre o almoxarifado e o centro de abastecimento farmacêutico.
- › Na devolução de item não utilizado pelo setor de destino.

POP-ALM-03.2 Fundamento

Item 12.28.2, inciso VII, do termo de referência, que exige relatório sintético de dispensação de medicamentos e insumos por setor assistencial, de modo a permitir a identificação da destinação dos itens dispensados; item 12.14.1, quanto à dispensação por dose individualizada por horário e por dose unitária; item 12.32.24, que nomeia saídas, transferências internas e devoluções entre as movimentações rastreáveis por lote e validade. Seção 5.7 do protocolo.

✕ TODA SAÍDA TEM DESTINO NOMEADO

- › Item entregue sem baixa no centro de custo do setor de destino desaparece da resposta à pergunta que a fiscalização faz, que é para onde foi o que se comprou.
- › Transferência feita de mão em mão, sem lançamento, faz o setor de origem aparecer como consumidor de item que não usou.
- › Devolução não registrada faz o consumo aparente superar o consumo real e distorce o cálculo de reposição.
- › A saída para a unidade de internação e a dispensação ao paciente são movimentações distintas, e ambas se registram.

POP-ALM-03.3 Sequência de execução

1. Receber a requisição com setor solicitante, item, quantidade e justificativa quando se tratar de item crítico ou de alto custo.
2. Conferir a pertinência da requisição contra o perfil de consumo do setor e o saldo disponível.
3. Separar o item pelo endereço, tomando o lote de vencimento mais próximo.
4. Conferir a separação contra a requisição, observada a segregação de funções adotada pelo serviço entre quem separa e quem confere.
5. Registrar a saída com lote, validade, quantidade e centro de custo do setor de destino.
6. Entregar ao setor com identificação de quem entregou e de quem recebeu.
7. Para medicamento ao paciente internado, observar a dispensação por dose individualizada por horário e por dose unitária.
8. Registrar a devolução do que retornar sem uso, com lote e validade, antes de recompor o saldo.
9. Tratar a transferência entre almoxarifado e centro de abastecimento farmacêutico como movimentação registrada.
10. Consolidar as saídas do período por setor, para compor o relatório de dispensação.

Movimentação	Quando ocorre	O que o registro precisa conter
Dispensação ao setor	Atendimento da requisição do setor assistencial	Item, lote, validade, quantidade e centro de custo
Dispensação ao paciente	Entrega por dose individualizada e dose unitária	Identificação do paciente, item, lote e horário
Transferência interna	Passagem entre almoxarifado e centro de abastecimento	Origem, destino, item, lote e quantidade
Devolução	Retorno de item não utilizado pelo setor	Setor de origem, item, lote, validade e estado do item
Ajuste de estoque	Correção decorrente de apuração de inventário	Causa apurada, item, lote e quantidade

Tabela POP-ALM-03.1 — As movimentações de saída e o que cada uma registra.

✓ O QUE SUSTENTA A DISPENSAÇÃO
› Baixa no centro de custo do setor de destino, no momento da entrega.
› Lote e validade declarados na saída, e não apenas na entrada.
› Devolução registrada antes de o item voltar a compor o saldo disponível.
› Requisição com justificativa quando o item for crítico ou de alto custo.

✕ O QUE FAZ PERDER A INFORMAÇÃO

- › Entregar item mediante acerto informal entre equipes, sem lançamento.
- › Consolidar as saídas do mês por estimativa em vez de por movimentação registrada.
- › Recompôr o saldo com material devolvido sem conferir estado e validade.
- › Registrar a saída em centro de custo genérico quando o destino é identificável.

POP-ALM-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Requisição atendida, com item, quantidade e setor solicitante.
- › Movimentação de saída no sistema, com lote, validade e centro de custo.
- › Registro de devolução, com estado e validade do item retornado.
- › Relatório sintético de dispensação por setor assistencial, para a prestação de contas.

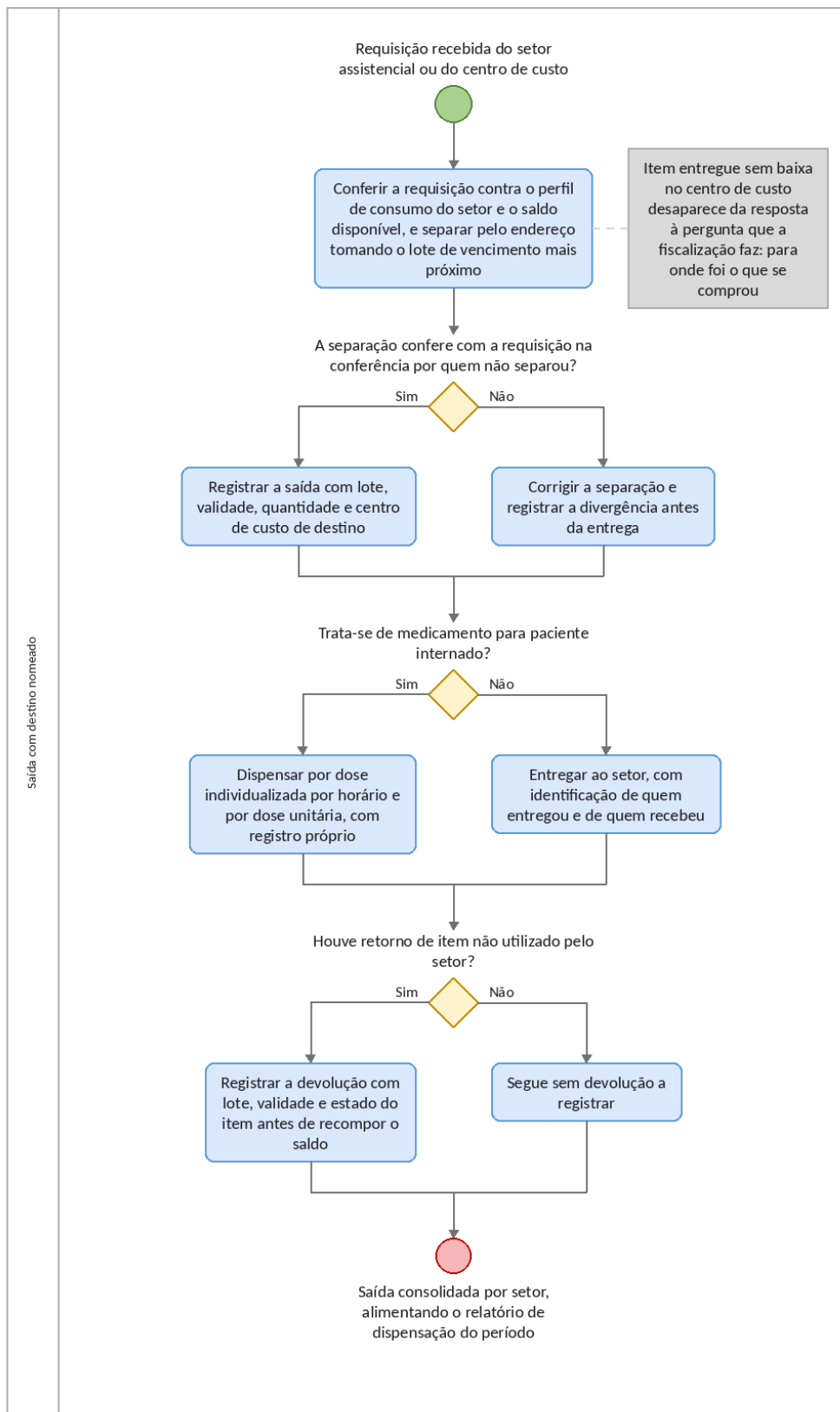
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Destino nomeado	A saída identifica o setor, que é também o centro de custo.
Dose unitária	O instrumento determina dose individualizada por horário e dose unitária.
Transferência é movimentação	Entre setores também se registra lote e validade.
Devolução recompõe saldo	Sem registro, o consumo aparente supera o real.
O relatório nasce da baixa	Não se levanta a dispensação no fim do mês.

POP-ALM-03.5 Fluxograma

O fluxograma da saída tem três bifurcações: a conferência da separação por quem não separou, que retém a entrega quando não confere; a natureza do destino, que distingue a dispensação por dose individualizada e unitária da entrega ao setor; e o retorno de item não utilizado, que só recompõe o saldo depois de registrado.

POP-ALM-03 — Dispensação e transferência interna por setor e centro de custo



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.28.2, VII; 12.14.1 e 12.32.24.

POP-ALM-04. Controle de validade, saída pelo vencimento mais próximo e itens próximos ao vencimento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-04.1 Quando usar

- › Na entrada de todo lote, para posicionamento conforme a validade.
- › Na consulta periódica ao sistema para identificação de lotes próximos do vencimento.
- › Sempre que um lote atingir a condição de proximidade do vencimento definida pelo serviço.

POP-ALM-04.2 Fundamento

Itens 12.32.23 e 12.32.24 do termo de referência, que exigem o registro, o controle e a rastreabilidade por número de lote e prazo de validade em todas as etapas de movimentação; item 12.28.1, inciso XI, que exige carta de comprometimento do fornecedor assegurando a troca dos medicamentos com prazo de validade inferior a um ano; Anexo II do edital, quanto ao dever de evitar a perda por data de validade vencida. Seções 5.8 e 5.5 do protocolo.

! O ITEM PRÓXIMO DO VENCIMENTO É CATEGORIA DE GESTÃO

- › Todo estoque tem itens nessa condição: o que distingue o serviço organizado é o momento em que ele os identifica, com prazo para agir ou depois de vencidos.
- › Entre dois lotes do mesmo item, sai primeiro o de validade mais próxima, ainda que tenha entrado depois.
- › A carta de comprometimento de troca é exigida na aquisição: sem ela, meses depois já não há via de recuperação do lote.
- › Item vencido deixa de ser insumo e passa a ser resíduo, com o tratamento do POP-ALM-10.

POP-ALM-04.3 Sequência de execução

1. Registrar lote e validade na entrada, conforme o POP-ALM-01.

2. Posicionar o lote de vencimento mais próximo à frente, no endereço do item.
3. Consultar periodicamente o sistema para listar os lotes que se aproximam do vencimento, em rotina definida pelo serviço.
4. Classificar cada lote listado pela margem de tempo restante e pelo consumo médio do item.
5. Verificar se o consumo previsto do item absorve o lote antes do vencimento.
6. Não absorvendo, decidir entre remanejar para o setor de maior consumo, acionar a troca junto ao fornecedor ou segregar com sinalização para consumo prioritário.
7. Acionar a carta de comprometimento do fornecedor, quando se tratar de medicamento adquirido com validade inferior a um ano.
8. Registrar a decisão adotada e o seu resultado, para compor a série de tratamento de lotes.
9. Vencido o lote sem consumo, segregá-lo do estoque disponível no momento em que a condição é identificada e registrar a baixa com lote e quantidade.
10. Encaminhar o material vencido ao POP-ALM-10 e levar a causa à análise com a área de compras.

Providência	Quando cabe	Registro que gera
Remanejamento interno	Há setor com consumo capaz de absorver o lote no prazo	Transferência interna com lote e validade
Troca junto ao fornecedor	Há carta de comprometimento ou cláusula que a ampare	Devolução ao fornecedor e registro da troca
Consumo prioritário sinalizado	O item é de giro e o prazo remanescente é suficiente	Sinalização no endereço e registro da decisão
Segregação e baixa	O lote venceu ou perdeu a aptidão para uso	Baixa registrada e termo de descarte

Tabela POP-ALM-04,1 — Providências diante do lote próximo do vencimento.

✓ O QUE EVITA A PERDA POR VALIDADE

- › Registro de lote e validade na entrada, que é o que torna a consulta possível.
- › Consulta periódica ao sistema, com a finalidade de agir com prazo suficiente.
- › Exigência da carta de comprometimento no momento da aquisição.
- › Série das perdas por item e por causa, para corrigir a compra a montante.

✗ O QUE PRODUZ A PERDA

- › Separar pela ordem de chegada, ignorando a validade do lote.
- › Descobrir a proximidade do vencimento apenas na contagem de inventário.
- › Aceitar lote de validade curta sem verificar a via de troca.

✕ O QUE PRODUZ A PERDA

- › Manter item vencido no endereço do estoque disponível.

POP-ALM-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Consulta periódica de lotes próximos do vencimento, com a lista gerada.
- › Decisão adotada para cada lote e o seu resultado.
- › Acionamento da carta de comprometimento do fornecedor, quando houver.
- › Baixa de item vencido, com lote, quantidade e motivo.

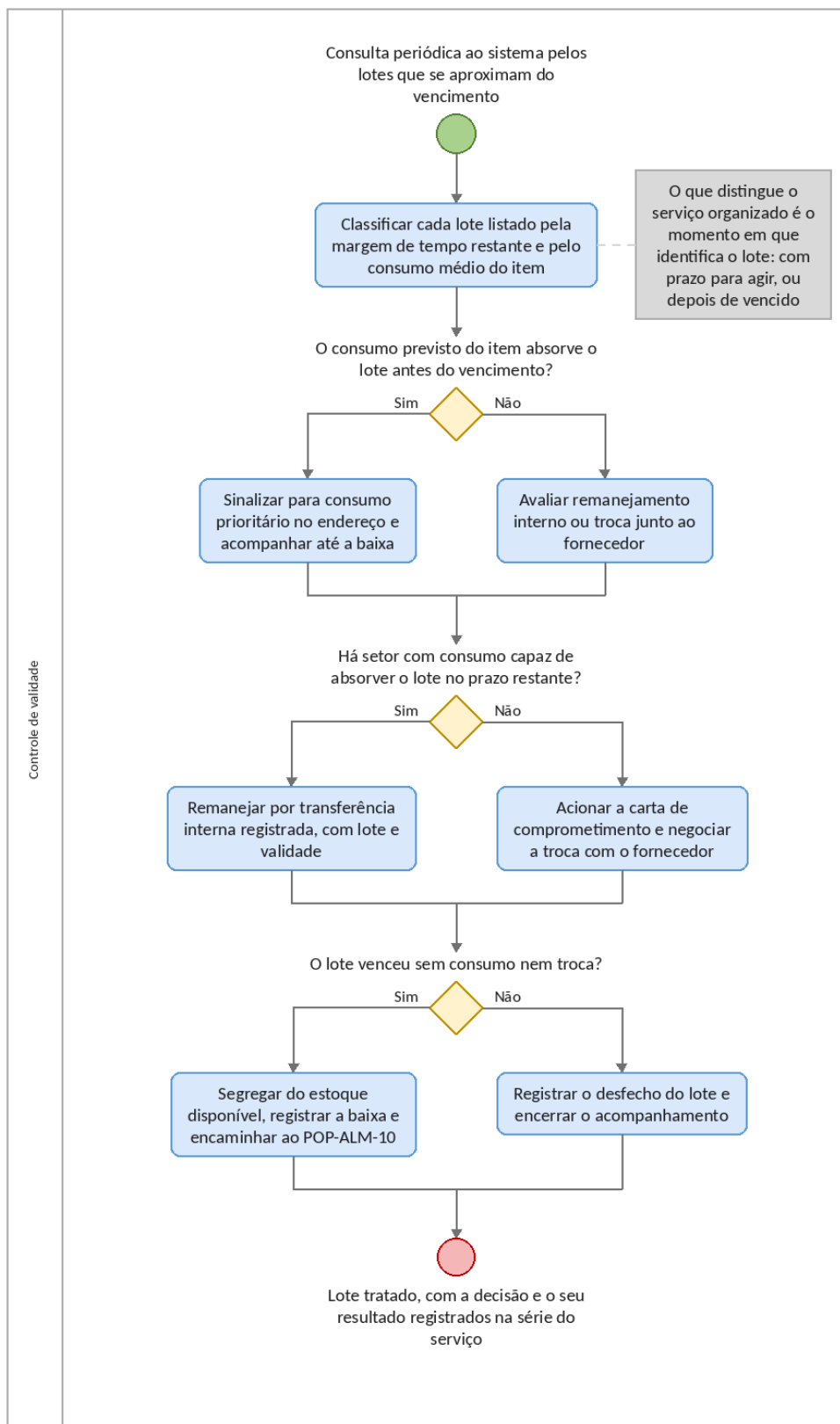
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Vencimento manda na saída	Sai primeiro o lote que vence antes, não o que chegou antes.
Identificar com prazo	A providência só existe enquanto há tempo para executá-la.
Carta de troca	Exigida na aquisição para medicamento com validade inferior a um ano.
Três providências	Remanejar, trocar ou sinalizar para consumo prioritário.
A perda tem causa	A série por item e por causa corrige a compra, não o depósito.

POP-ALM-04.5 Fluxograma

O fluxograma da validade mostra as três decisões que definem o destino do lote a vencer: se o consumo previsto o absorve, se há setor capaz de recebê-lo por remanejamento e se ele venceu sem consumo nem troca — sendo esta última a que encaminha o item ao descarte.

POP-ALM-04 — Validade, saída pelo vencimento mais próximo e lote a vencer



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.23, 12.32.24 e 12.28.1, XI; Anexo II do edital.

POP-ALM-05. Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-05.1 Quando usar

- › Na contagem rotativa das classes de itens priorizadas pelo serviço.
- › No inventário geral, quando a fotografia completa do estoque for necessária.
- › Sempre que houver indício de divergência entre o saldo do sistema e a existência física.

POP-ALM-05.2 Fundamento

Item 12.28.2, incisos III, IV e V, do termo de referência, que exige relatório de posição de estoque, relatório de estoque analítico e relatório de estoque sintético na prestação de contas; item 12.32.24, que nomeia os ajustes de estoque entre as movimentações que mantêm vinculados lote e validade. Seção 5.9 do protocolo.

✕ AJUSTAR SEM APURAR É O DEFEITO CARACTERÍSTICO

- › O ajuste isolado faz o saldo voltar a bater e deixa a causa intacta: a mesma divergência reaparece no ciclo seguinte, agora com um lançamento de acerto anterior a explicar.
- › Parte relevante das divergências é erro de contagem ou item endereçado noutro lugar: a recontagem vem antes de qualquer lançamento.
- › O ajuste é movimentação como qualquer outra e mantém vinculados lote e validade.
- › A segregação de funções adotada pelo serviço entre quem conta e quem lança o ajuste é o que sustenta a credibilidade do resultado.

POP-ALM-05.3 Sequência de execução

1. Definir o escopo da contagem: classe, endereço ou totalidade do estoque.

2. Emitir a listagem de saldo do sistema para o escopo definido, antes da contagem.
3. Realizar a contagem física por endereço, registrando também lote e validade encontrados.
4. Comparar o contado com o saldo do sistema e listar as divergências.
5. Recontar os itens divergentes antes de qualquer lançamento.
6. Confirmada a divergência, apurar a causa: entrada não lançada, saída sem baixa, transferência informal, troca de lote no registro ou avaria não documentada.
7. Registrar a causa apurada de cada divergência.
8. Lançar o ajuste, mantendo vinculados lote e validade do item ajustado.
9. Devolver a causa ao ponto do processo em que ela nasceu, com dado objetivo.
10. Consolidar o resultado e alimentar os relatórios de posição, analítico e sintético.
11. Manter a série das divergências por causa, para distinguir o pontual do estrutural.

Causa apurada	Onde nasce	Como se evita
Entrada não lançada	Recebimento	Lançamento no momento da entrada, com lote e validade
Saída sem baixa	Atendimento da requisição	Baixa no centro de custo no ato da entrega
Transferência informal	Passagem entre setores	Transferência tratada como movimentação registrada
Troca de lote no registro	Separação e lançamento	Conferência da separação contra a requisição
Avaria não documentada	Manuseio e armazenamento	Registro da avaria no momento em que é identificada
Item endereçado fora do lugar	Guarda	Alteração de endereço registrada como movimentação

Tabela POP-ALM-05.1 — Causas de divergência e onde cada uma nasce.

✓ O QUE DÁ CREDIBILIDADE AO INVENTÁRIO

- › Listagem de saldo emitida antes da contagem, e não depois dela.
- › Recontagem dos divergentes antes de qualquer lançamento.
- › Causa apurada e registrada antes do ajuste.
- › Série das divergências por causa, mantida ao longo do tempo.

✗ O QUE INVALIDA O RESULTADO

- › Contar com a listagem de saldo à vista, o que induz a contagem ao número esperado.
- › Lançar o ajuste no mesmo ato da contagem, sem apuração.
- › Tratar a divergência como perda sem verificar endereçamento e movimentação.

✕ O QUE INVALIDA O RESULTADO

- › Concentrar contagem e lançamento de ajuste na mesma função.

POP-ALM-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Listagem de saldo do escopo, emitida antes da contagem.
- › Folha de contagem física, com item, endereço, lote e quantidade.
- › Relatório de divergências, com causa apurada e providência.
- › Lançamento de ajuste no sistema, com lote e validade vinculados.

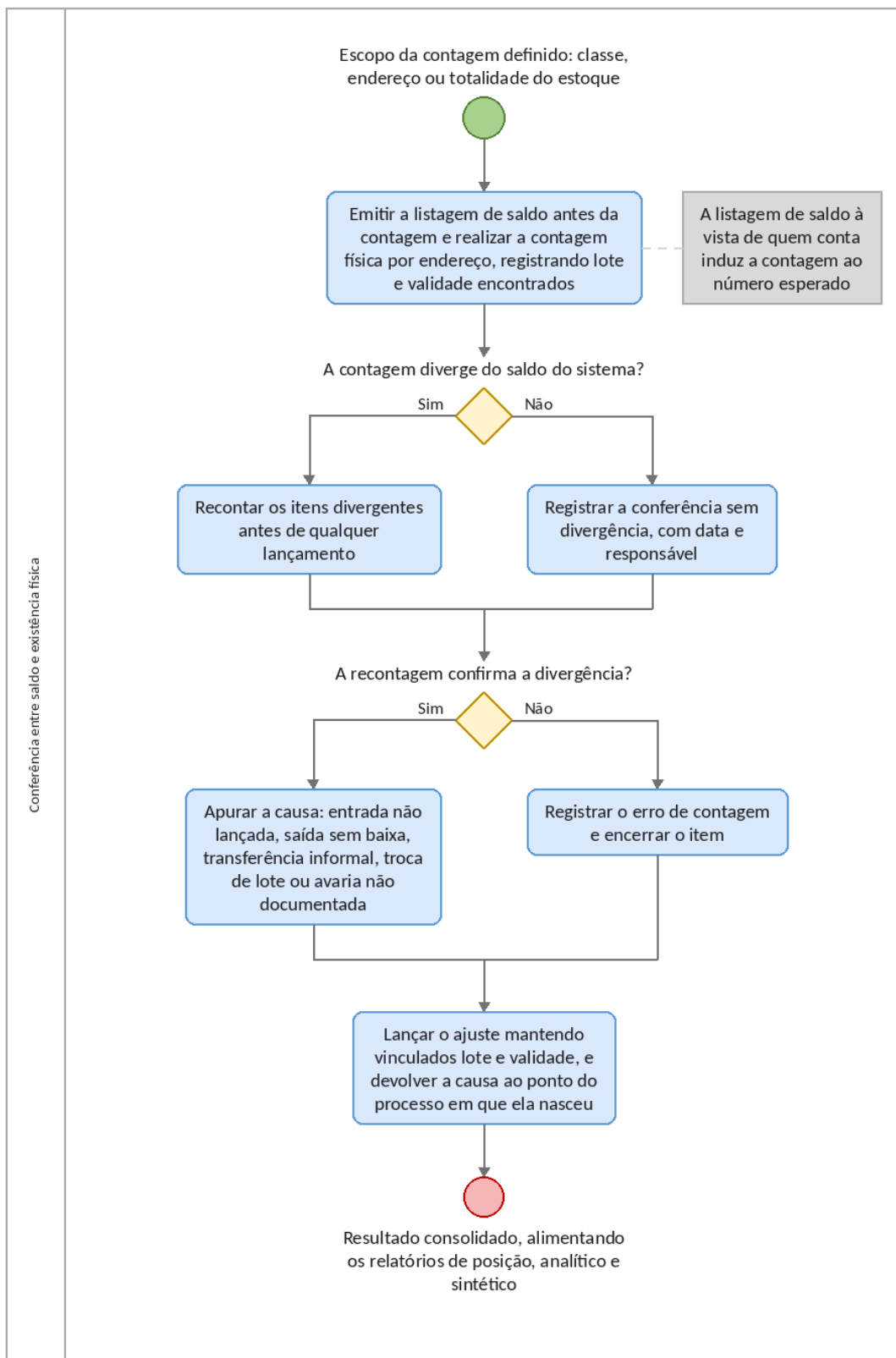
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Contar antes de olhar o saldo	A listagem à vista contamina a contagem.
Recontar o divergente	Boa parte das diferenças é erro de contagem ou endereço.
Apurar antes de ajustar	O ajuste sem causa devolve o problema ao ciclo seguinte.
Ajuste é movimentação	Mantém lote e validade, como qualquer outra saída.
Série revela estrutura	A repetição da mesma causa aponta falha de processo.

POP-ALM-05.5 Fluxograma

O fluxograma do inventário mostra por que a ordem entre as etapas importa: a primeira decisão separa o que confere do que diverge, a segunda distingue o erro de contagem da divergência real, e só depois dela se abre a apuração da causa que antecede o ajuste.

POP-ALM-05 — Inventário rotativo e geral; tratamento de divergência



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.28.2, incisos III a V; item 12.32.24.

POP-ALM-06. Curva ABC, ponto de pedido e estoque mínimo de item crítico

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-06.1 Quando usar

- › Na apuração periódica do consumo para composição da curva ABC.
- › Na definição e na revisão do ponto de pedido de cada item.
- › Sempre que o saldo de um item atingir o ponto de pedido definido.

POP-ALM-06.2 Fundamento

Item 12.28.2, inciso VI, do termo de referência, que exige relatório de curva ABC de consumo; item 12.35.15.1, que exige relatório de estoque e dispensação com destaque para itens da curva A e medicamentos de alto custo; item 12.28.1, inciso II, que exige ordem de compra com indicação da quantidade atual em estoque e do consumo médio mensal; item 12.7.1, alínea j, quanto ao planejamento de compras com vistas à prevenção de desabastecimento. Seção 5.10 do protocolo.

! VALOR E CRITICIDADE SÃO EIXOS DIFERENTES

- › A curva ABC distribui os itens pela participação na despesa; a criticidade assistencial distribui pelo efeito da falta sobre o cuidado.
- › Item de curva C pode ser altamente crítico: derivar a política de estoque apenas do valor produz rigor onde rende pouco e folga onde custa caro.
- › O ponto de pedido é revisto quando o consumo, o prazo de reposição ou a criticidade se alteram, e não em data fixa.
- › Item fora da grade padronizada tem a compra pleiteada junto à secretaria, e essa tramitação integra o prazo de reposição a considerar.

POP-ALM-06.3 Sequência de execução

1. Apurar o consumo do período por item, a partir das movimentações de saída registradas.
2. Ordenar os itens pela participação no valor consumido e compor a curva ABC.
3. Classificar os itens pela criticidade assistencial, com apoio técnico da farmácia e da assistência.
4. Cruzar os dois eixos e definir a política de estoque de cada faixa resultante.
5. Calcular o ponto de pedido por item, a partir do consumo médio, do prazo de reposição e da margem que a criticidade justifica.
6. Parametrizar o ponto de pedido no sistema, de modo que o saldo o acione.
7. Acionar a área de compras quando o saldo atingir o ponto de pedido, com saldo e consumo médio já consolidados.
8. Instruir a ordem de compra com a indicação da quantidade atual em estoque e do consumo médio mensal que justifique a aquisição.
9. Formular o pleito à secretaria quando o item necessário estiver fora da grade padronizada.
10. Rever o ponto de pedido quando o consumo, o prazo de entrega ou a criticidade se alterarem.
11. Compor o demonstrativo de abastecimento de insumos críticos, com destaque para a curva A e os medicamentos de alto custo.

Faixa	Política de estoque	Atenção da gestão
Curva A e alta criticidade	Estoque de segurança dimensionado e acompanhamento nominal	Máxima, com destaque no demonstrativo
Curva A e baixa criticidade	Estoque enxuto e reposição frequente	Sobre o valor imobilizado
Curva B ou C e alta criticidade	Estoque de segurança generoso, de custo baixo	Sobre a disponibilidade, não sobre o valor
Curva B ou C e baixa criticidade	Reposição por lote econômico	Rotina de acompanhamento do saldo

Tabela POP-ALM-06.1 — Cruzamento entre participação no valor e criticidade assistencial.

✓ O QUE SUSTENTA A DISPONIBILIDADE
› Consumo apurado a partir da movimentação registrada, e não por estimativa.
› Ponto de pedido calculado por item, com prazo de reposição real.
› Ordem de compra instruída com saldo e consumo médio, na forma exigida.
› Prazo de tramitação de item fora da grade computado no cálculo.

✕ O QUE PRODUZ DESABASTECIMENTO

- › Repetir o pedido anterior em vez de explicá-lo pelo saldo e pelo consumo.
- › Dimensionar o estoque de segurança apenas pela participação no valor.
- › Acionar a compra quando o saldo já se esgotou, e não no ponto de pedido.
- › Ignorar a variação do prazo de entrega ao calcular a reposição.

POP-ALM-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Relatório de curva ABC de consumo do período.
- › Parâmetros de ponto de pedido por item e o registro das suas revisões.
- › Acionamento da área de compras, com saldo e consumo consolidados.
- › Demonstrativo de abastecimento de insumos críticos.

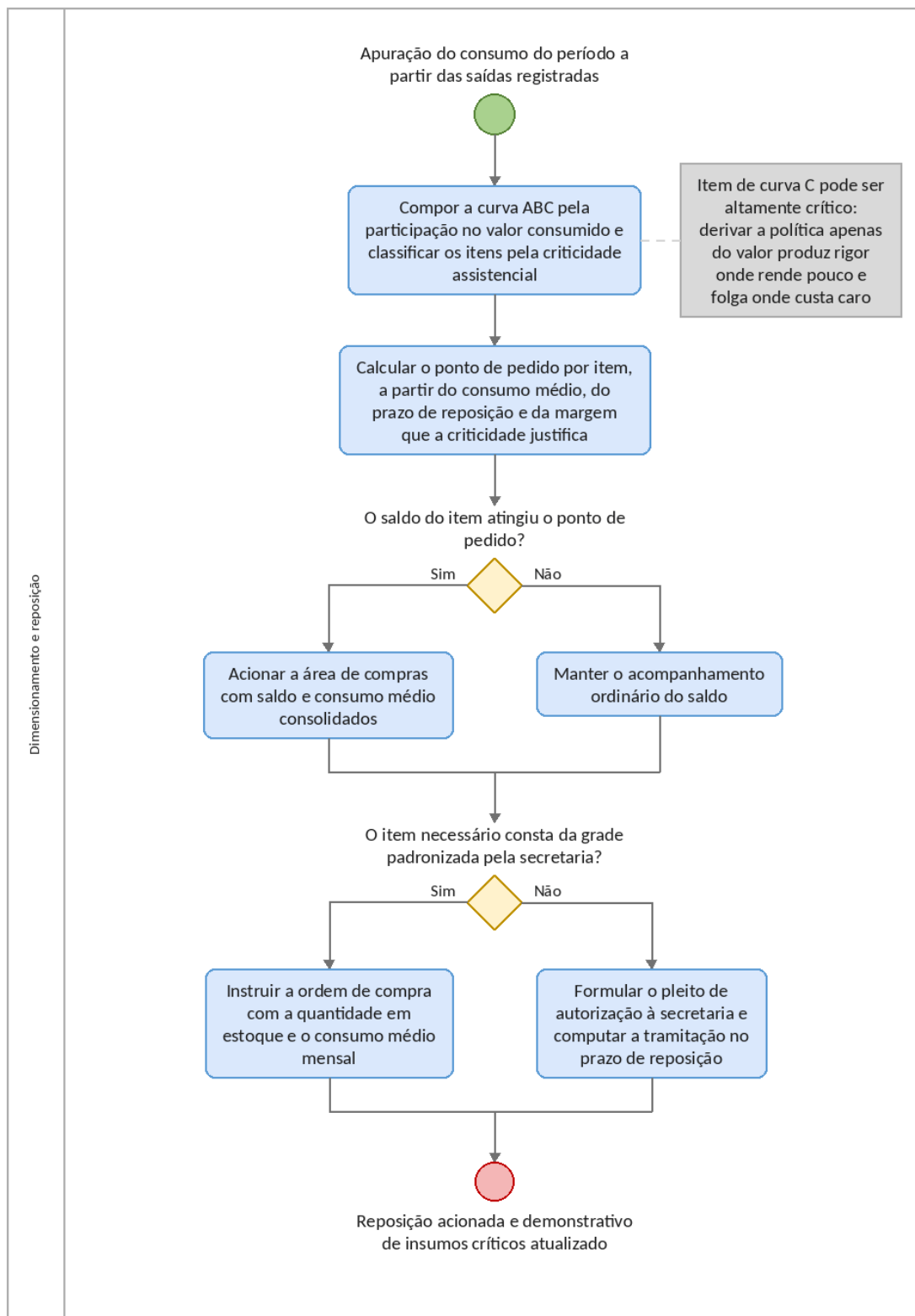
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Dois eixos	Participação no valor e criticidade assistencial não se confundem.
Ponto de pedido é cálculo	Consumo médio, prazo de reposição e margem de segurança.
A compra se explica	Ordem de compra com saldo e consumo médio, por exigência do TR.
Fora da grade tem trâmite	O pleito à secretaria integra o prazo de reposição.
Curva A tem destaque	O demonstrativo de insumos críticos a evidencia.

POP-ALM-06.5 Fluxograma

O fluxograma do dimensionamento tem duas bifurcações que mudam o percurso: se o saldo atingiu o ponto de pedido, que aciona a área de compras, e se o item consta da grade padronizada pela secretaria, que decide entre instruir a ordem de compra e formular o pleito de autorização, cuja tramitação integra o prazo de reposição.

POP-ALM-06 — Curva ABC, ponto de pedido e estoque mínimo de item crítico



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.28.2, VI; 12.35.15.1; 12.28.1, II e 12.7.1, j.

POP-ALM-07. Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-07.1 Quando usar

- › Diante de qualquer solicitação de empréstimo de medicamento ou material entre unidades, instituições ou terceiros.
- › Na hipótese excepcional autorizada previamente e de forma expressa pelo Secretário Municipal de Saúde.
- › No acompanhamento do saldo e da devolução de operação excepcional já autorizada.

POP-ALM-07.2 Fundamento

Item 12.34.6.1.1 do termo de referência, que veda a realização de empréstimos de medicamentos e materiais hospitalares entre unidades, instituições ou terceiros; item 12.34.6.1.3, que admite a operação em caráter emergencial apenas em extrema excepcionalidade, mediante autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde; itens 12.34.6.1.4 e 12.34.6.1.5, quanto à documentação obrigatória e à descaracterização da excepcionalidade. Seção 5.11 do protocolo.

✕ A REGRA É A VEDAÇÃO, NÃO O PROCEDIMENTO

- › O instrumento veda o empréstimo entre unidades, instituições ou terceiros, pela impossibilidade de fiscalização efetiva e de rastreabilidade adequada das movimentações.
- › A exceção depende de autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde, com definição clara dos itens, quantitativos, prazos de devolução e forma de comprovação.
- › Sem essa autorização, o que se pratica é movimentação vedada, e não empréstimo excepcional.
- › A ausência, a incompletude ou a inconsistência da documentação exigida descaracteriza a excepcionalidade, podendo a movimentação ser considerada irregular.

POP-ALM-07.3 Sequência de execução

1. Receber a solicitação e informar de imediato ao solicitante a vedação do item 12.34.6.1.1.
2. Verificar se a situação configura extrema excepcionalidade, justificada sob o ponto de vista assistencial e operacional.
3. Configurando, encaminhar o pleito à direção, com a justificativa técnica e a descrição dos itens e quantitativos.
4. Submeter o pleito à autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde, com prazos de devolução e forma de comprovação.
5. Não havendo autorização, registrar o indeferimento e buscar alternativa de suprimento pela via ordinária de aquisição.
6. Autorizada a operação, registrar a saída com identificação da unidade de destino, itens, quantitativos, lotes, validades e responsáveis.
7. Emitir o relatório detalhado da movimentação, com informações completas de rastreabilidade, incluindo datas de saída e de entrada.
8. Manter os registros informatizados de entrada e saída, devidamente assinados, que permitam a verificação individualizada de cada operação.
9. Manter a planilha de controle do saldo de empréstimos entre as unidades envolvidas, com itens pendentes, quantitativos compensados e saldos.
10. Acompanhar a devolução até o prazo autorizado e registrar o desfecho de cada item.
11. Encaminhar a documentação completa à prestação de contas.

Peça exigida	Conteúdo mínimo	Consequência da falta
Relatório detalhado da movimentação	Unidade de origem e de destino, itens, quantitativos, lotes, validades, datas e responsáveis	Descaracterização da excepcionalidade
Registros informatizados de entrada e saída	Lançamentos assinados que permitam verificação individualizada de cada operação	Descaracterização da excepcionalidade
Planilha de controle do saldo	Itens pendentes de devolução, quantitativos compensados e saldos atualizados	Descaracterização da excepcionalidade

Tabela POP-ALM-07.1 — A documentação obrigatória da operação excepcional autorizada.

✓ O QUE A EXCEÇÃO EXIGE
› Autorização prévia e expressa do Secretário Municipal de Saúde, antes da movimentação.
› Definição clara de itens, quantitativos, prazos de devolução e forma de comprovação.
› Rastreabilidade completa por lote e validade, na saída e na devolução.

✓ O QUE A EXCEÇÃO EXIGE

- › Planilha de saldo atualizada, para acompanhamento contínuo pela fiscalização.

✗ O QUE TORNA A OPERAÇÃO IRREGULAR

- › Praticar a movimentação antes da autorização, ainda que a urgência pareça justificá-la.
- › Apresentar a movimentação de forma sintetizada ou consolidada, sem individualização.
- › Deixar de registrar o lote e a validade dos itens emprestados ou devolvidos.
- › Encerrar a operação sem demonstrar a devolução ou a compensação do saldo.

POP-ALM-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Solicitação recebida e o registro do indeferimento, quando for o caso.
- › Autorização prévia e expressa da autoridade competente, quando houver.
- › Relatório detalhado da movimentação e registros informatizados assinados.
- › Planilha de controle do saldo de empréstimos entre as unidades envolvidas.

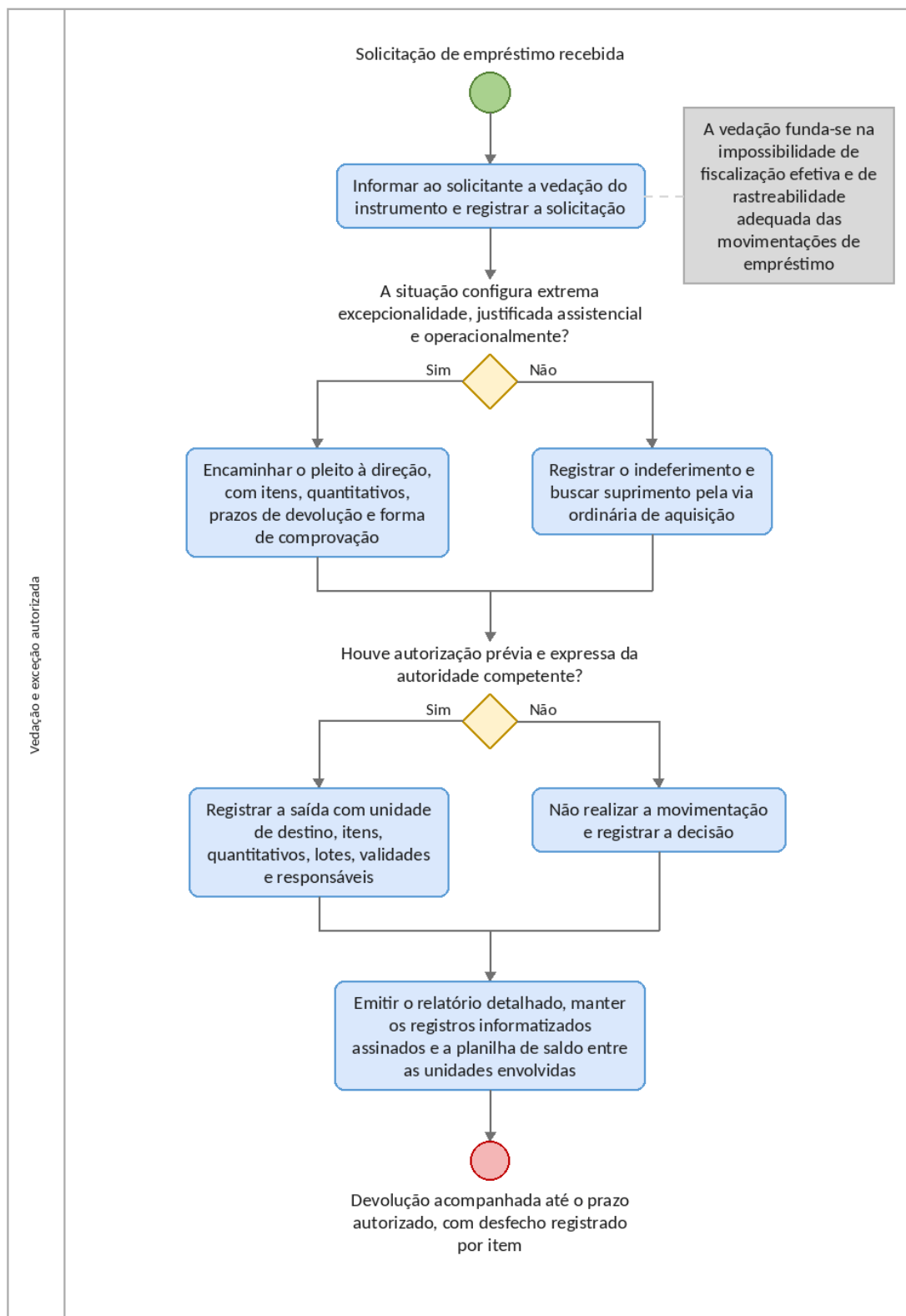
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A regra é a vedação	Empréstimo entre unidades, instituições ou terceiros é vedado.
Autorização é condição	Prévia, expressa e da autoridade que o instrumento indica.
Três peças obrigatórias	Relatório, registros assinados e planilha de saldo.
Individualizado	Apresentação sintetizada não atende à exigência.
Falha descaracteriza	Documentação incompleta torna a movimentação irregular.

POP-ALM-07.5 Fluxograma

O fluxograma do empréstimo parte da vedação e mostra as duas portas que a exceção precisa atravessar: a configuração da extrema excepcionalidade, justificada assistencial e operacionalmente, e a autorização prévia e expressa da autoridade competente, sem a qual a movimentação não se realiza.

POP-ALM-07 — Empréstimo e devolução de medicamentos e materiais



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.34.6.1.1 a 12.34.6.1.5.

POP-ALM-08. Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-08.1 Quando usar

- › No recebimento de alerta de farmacovigilância da autoridade sanitária.
- › Na comunicação de desvio de qualidade pelo fornecedor ou pelo fabricante.
- › Diante de suspeita interna: alteração de aspecto, embalagem comprometida ou indício de inefetividade terapêutica.

POP-ALM-08.2 Fundamento

Item 12.32.25 do termo de referência, que exige registros que permitam a consulta, o rastreamento e a geração de relatórios identificando de forma clara e individualizada lotes e prazos de validade dos itens em estoque ou já movimentados, inclusive para eventuais recolhimentos sanitários; item 12.32.24, quanto ao vínculo do lote com todas as movimentações; itens 8.7.4.16 e 8.7.4.17, quanto à farmacovigilância e ao monitoramento ativo dos alertas da autoridade sanitária. Seção 5.12 do protocolo.

! O RECOLHIMENTO SE DECIDE ANTES DO EVENTO

- › Quando o vínculo entre lote e movimentação é mantido, o recolhimento é uma consulta; quando é rompido, vira varredura física e busca documental setor a setor.
- › A parcela que já saiu é a que importa, porque é a que pode ter chegado ao paciente.
- › O bloqueio do saldo precede a análise: nenhuma dispensação do lote ocorre enquanto a apuração corre.
- › Alerta da autoridade sanitária é monitorado de forma ativa pelo serviço de farmácia, e não apenas recebido quando alguém o encaminha.

POP-ALM-08.3 Sequência de execução

1. Registrar a origem do acionamento: alerta sanitário, comunicação do fornecedor ou suspeita interna.
2. Identificar no sistema o item e o lote alcançados.
3. Bloquear o saldo do lote no sistema, impedindo nova dispensação.
4. Segregar fisicamente o material em área identificada, separada do estoque disponível.
5. Levantar toda a movimentação já realizada do lote, com setores de destino e quantidades.
6. Comunicar a cada setor de destino a interrupção do uso e solicitar a devolução do saldo remanescente.
7. Registrar as devoluções recebidas, com quantidade e estado do material.
8. Comunicar o fornecedor e, quando for o caso, a autoridade sanitária, conforme a natureza do evento.
9. Consolidar o resultado: quantidade recolhida, quantidade já consumida e destino do saldo bloqueado.
10. Definir o destino do material bloqueado: devolução ao fornecedor, liberação quando o alerta não se confirmar, ou descarte pelo POP-ALM-10.
11. Arquivar o registro completo do percurso, para apresentação à fiscalização e à autoridade sanitária.

Origem	Como chega	Primeira providência
Alerta da autoridade sanitária	Monitoramento ativo pelo serviço de farmácia	Identificar o lote e bloquear o saldo
Comunicação do fornecedor	Notificação de desvio de qualidade do lote	Bloquear e confirmar a extensão do lote na unidade
Suspeita interna	Observação da equipe assistencial ou do almoxarifado	Segregar o material e acionar o farmacêutico responsável

Tabela POP-ALM-08.1 — Origem do acionamento e primeira providência.

✓ O QUE TORNA O RECOLHIMENTO POSSÍVEL

- › Lote registrado na entrada e mantido em cada movimentação subsequente.
- › Bloqueio do saldo antes de qualquer análise, para impedir nova dispensação.
- › Levantamento da movimentação já realizada, setor a setor.
- › Registro do percurso completo, do acionamento ao destino do material.

✗ O QUE INVIABILIZA A RESPOSTA

✕ O QUE INVIABILIZA A RESPOSTA

- › Registrar a saída sem o lote, o que rompe a cadeia no ponto que mais importa.
- › Segregar o material sem bloquear o saldo no sistema.
- › Comunicar apenas o setor que reportou a suspeita, deixando os demais sem aviso.
- › Definir o destino do material bloqueado sem registrar a decisão e o seu fundamento.

POP-ALM-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro do acionamento, com origem, data e lote alcançado.
- › Bloqueio do saldo e termo de segregação física.
- › Levantamento da movimentação do lote, por setor de destino.
- › Registro do destino final do material bloqueado e das comunicações realizadas.

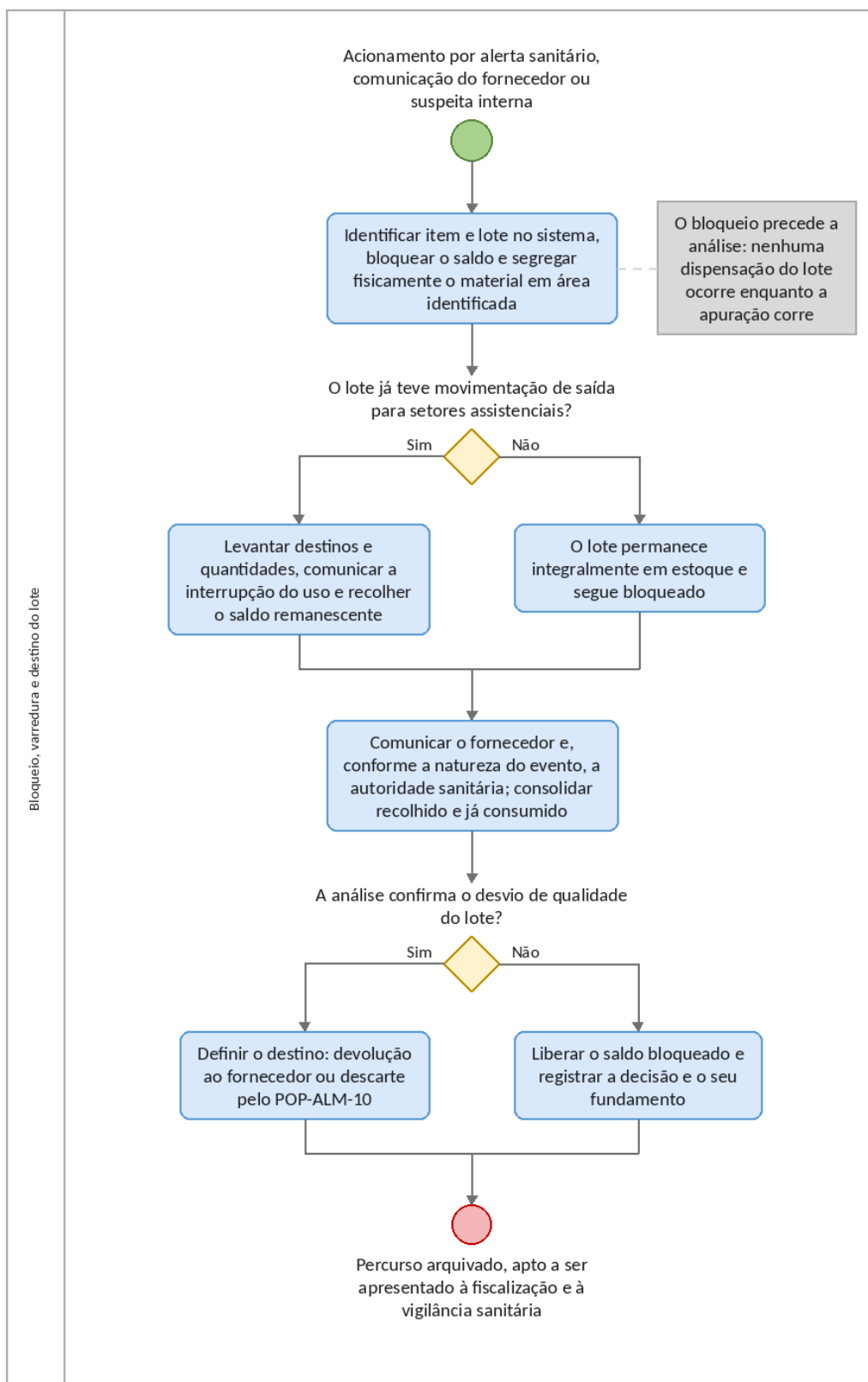
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Rastreabilidade é preparo	O recolhimento se decide na qualidade do registro anterior.
Bloquear primeiro	O saldo é bloqueado antes de a análise começar.
O que saiu importa mais	A parcela dispensada é a que pode ter alcançado o paciente.
Alerta é monitorado	O serviço de farmácia acompanha ativamente as publicações.
O percurso se arquiva	É o registro que responde à fiscalização e à vigilância.

POP-ALM-08.5 Fluxograma

O fluxograma do recolhimento mostra que o bloqueio precede tudo, e depois dele as duas decisões que definem o esforço e o desfecho: se o lote já teve saída para os setores, o que abre a varredura e o recolhimento, e se a análise confirma o desvio, o que separa a devolução ao fornecedor da liberação do saldo.

POP-ALM-08 — Recolhimento sanitário e rastreabilidade por lote



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.24, 12.32.25, 8.7.4.16 e 8.7.4.17.

POP-ALM-09. Emissão dos relatórios mensais da prestação de contas

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-09.1 Quando usar

- › No fechamento da competência, para composição da prestação de contas mensal.
- › Sempre que a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização solicitar relatório do período.
- › Antes do envio, na conferência de consistência entre os relatórios.

POP-ALM-09.2 Fundamento

Item 12.28.2, incisos I a VII, do termo de referência, que enumera os relatórios de controle e acompanhamento a apresentar com a prestação de contas; item 12.28.1, quanto aos documentos que a instruem; item 12.35.15.1, quanto ao demonstrativo de abastecimento de insumos críticos; item 12.30.3, quanto ao arquivamento por cinco anos após o término do contrato de gestão. Seções 5.14 e 5.17 do protocolo.

! OS RELATÓRIOS SE EXPLICAM MUTUAMENTE

- › A posição de estoque ao fim do período deve corresponder à posição anterior somada às entradas e deduzidas as saídas e os ajustes do relatório de movimentação.
- › O relatório analítico deve reconstituir o sintético, e o relatório de dispensação por setor deve fechar com as saídas do período.
- › Divergência entre relatórios é indício de movimentação não registrada, e tratá-la antes do envio custa menos do que respondê-la em diligência.
- › Os sete relatórios são consultas ao mesmo registro de movimentação, e não levantamentos próprios feitos ao final do mês.

POP-ALM-09.3 Sequência de execução

1. Verificar, antes de extrair, se todas as movimentações do período foram lançadas.
2. Extrair o relatório de estoque com registro das entradas por notas fiscais.
3. Extrair o relatório de movimentação do estoque do período.
4. Extrair o relatório de posição de estoque ao fim do período.
5. Extrair os relatórios de estoque analítico e de estoque sintético.
6. Extrair o relatório de curva ABC de consumo.
7. Extrair o relatório sintético de dispensação por setor assistencial.
8. Compor o demonstrativo de abastecimento de insumos críticos, com destaque para a curva A e os medicamentos de alto custo.
9. Conferir a consistência entre os relatórios e apurar a causa de qualquer divergência antes do envio.
10. Reunir a documentação de instrução da aquisição exigida pelo item 12.28.1.
11. Encaminhar o conjunto à área responsável pela prestação de contas e arquivar a cópia do período.

Conferência	O que se compara	O que a divergência indica
Fechamento da posição	Posição anterior mais entradas menos saídas e ajustes	Movimentação não lançada no período
Analítico contra sintético	Soma do analítico por grupo contra o sintético	Erro de classificação ou de agrupamento
Dispensação contra saídas	Relatório por setor contra o total de saídas	Saída sem centro de custo identificado
Entradas contra notas fiscais	Relatório de entradas contra as notas do período	Entrada lançada sem lastro ou nota não lançada

Tabela POP-ALM-09.1 — Conferências de consistência antes do envio.

✓ O QUE TORNA O RELATÓRIO CONFIÁVEL
› Lançamento das movimentações no momento em que ocorrem, ao longo do período.
› Conferência de consistência entre os relatórios antes do envio.
› Apuração da causa de cada divergência, e não apenas o seu acerto.
› Arquivamento da cópia do período, conforme o prazo aplicável.

✗ O QUE COMPROMETE A PRESTAÇÃO DE CONTAS
› Extrair os relatórios com movimentações do período ainda pendentes de lançamento.

✕ O QUE COMPROMETE A PRESTAÇÃO DE CONTAS

- › Enviar relatórios que não fecham entre si, deixando a explicação para a diligência.
- › Reconstituir a dispensação por setor a partir de estimativa.
- › Apresentar o conjunto sem a documentação de instrução da aquisição.

POP-ALM-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Os sete relatórios de controle e acompanhamento do período.
- › Demonstrativo de abastecimento de insumos críticos.
- › Registro das conferências de consistência e das divergências tratadas.
- › Cópia arquivada do conjunto encaminhado, pelo prazo aplicável.

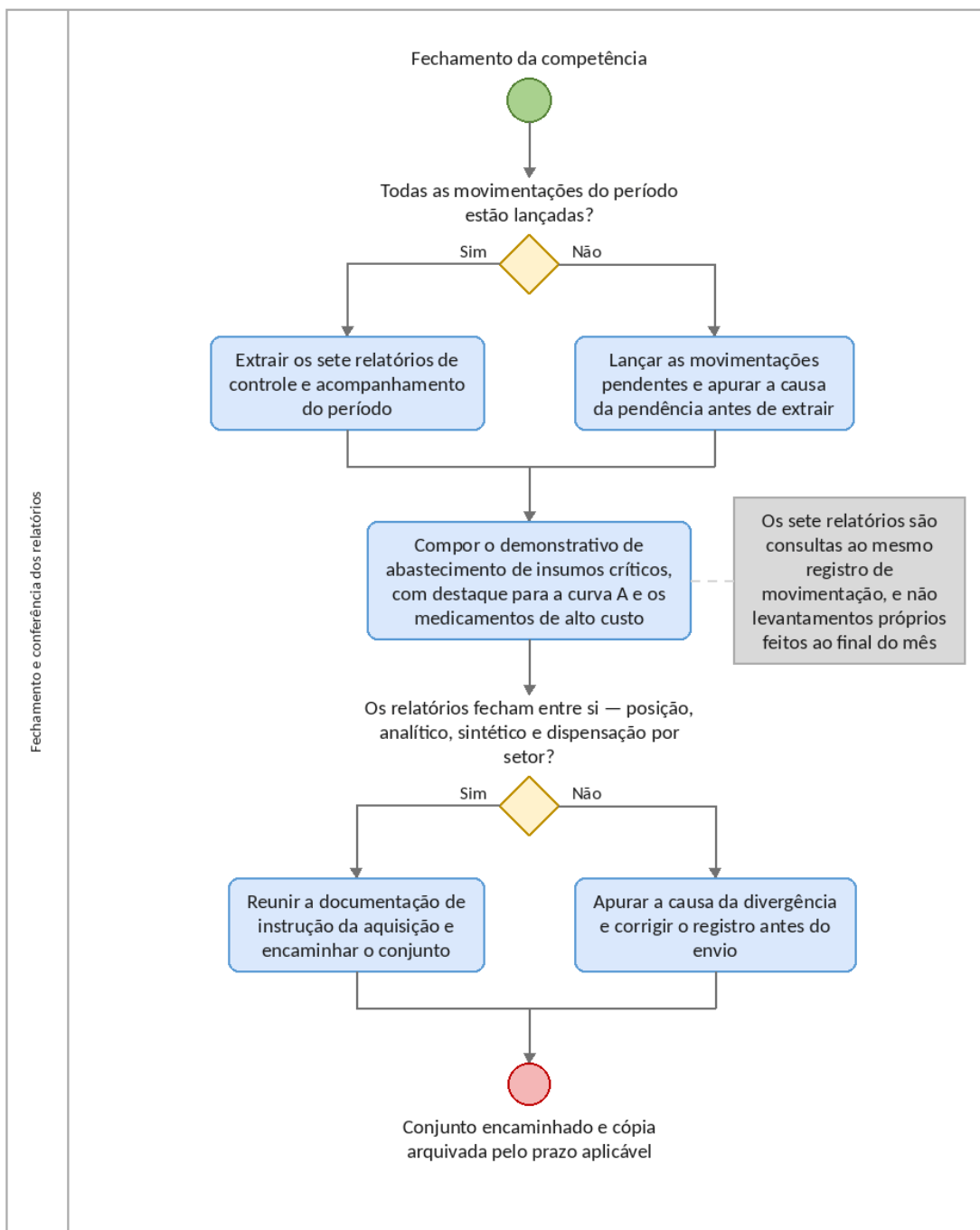
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Sete relatórios	A lista do instrumento é taxativa e conhecida de antemão.
Consulta, não levantamento	Todos saem do mesmo registro de movimentação.
Consistência antes do envio	Relatórios que não fecham viram diligência.
Insumos críticos	O demonstrativo liga o dado de estoque ao resultado assistencial.
Guarda de cinco anos	Alcança os arquivos da entrega mensal, por força do TR.

POP-ALM-09.5 Fluxograma

O fluxograma do fechamento tem duas travas antes do envio: a existência de movimentação do período ainda pendente de lançamento, que impede a extração, e a consistência entre os relatórios, que retém o conjunto enquanto a causa da divergência não é apurada.

POP-ALM-09 — Emissão dos relatórios mensais da prestação de contas



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.28.2, incisos I a VII; itens 12.28.1 e 12.35.15.1.

POP-ALM-10. Descarte de material vencido, avariado ou impróprio

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-ALM-10
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 5 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-ALM-10.1 Quando usar

- › Quando um lote vence sem consumo e é segregado do estoque disponível.
- › Quando o material é avariado no transporte, no manuseio ou no armazenamento.
- › Quando o material se torna impróprio por desvio de qualidade, excursão de temperatura ou recolhimento sanitário.

POP-ALM-10.2 Fundamento

Item 8.7.4.6 do termo de referência, que submete o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde decorrentes das atividades farmacêuticas à resolução sanitária que os disciplina, observando segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final; item 8.7.4.7, que qualifica o descumprimento como falha grave na execução contratual; item 8.7.4.20, quanto à escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial. Seções 5.13 e 5.8 do protocolo.

! DESCARTE É MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE

- › O item sai do saldo por baixa registrada, com lote, quantidade, motivo e destino: é essa baixa que fecha a cadeia de rastreabilidade aberta na entrada.
- › Descarte sem baixa produz saldo que existe no sistema e não existe na prateleira, e transfere ao inventário seguinte uma divergência já conhecida.
- › Vencido, avariado e impróprio têm causas distintas, e registrar o motivo com essa distinção é o que transforma o descarte em informação de gestão.
- › Medicamento sujeito a controle especial tem inutilização conduzida sob responsabilidade do farmacêutico e escriturada no livro de registro específico.

POP-ALM-10.3 Sequência de execução

1. Identificar a condição do material e classificá-la como vencido, avariado ou impróprio.
2. Segregar o material em área identificada, separada do estoque disponível.
3. Conferir o que se vai inutilizar contra o saldo daquele lote no sistema.
4. Registrar a baixa com item, lote, quantidade, motivo e destino previsto.
5. Para medicamento sujeito a controle especial, conduzir a inutilização sob responsabilidade do farmacêutico e escriturá-la no livro de registro específico.
6. Acondicionar o material conforme a classificação do resíduo e a norma sanitária aplicável.
7. Encaminhar ao abrigo de resíduos, observando segregação, acondicionamento e armazenamento temporário.
8. Registrar a destinação final e o responsável pela retirada.
9. Emitir o termo de descarte com identificação dos responsáveis pela conferência e pela destinação.
10. Levar a causa à análise: perda por vencimento retorna às seções de validade e de reposição, avaria retorna ao manuseio e ao armazenamento.
11. Consolidar a série de descartes por motivo, para leitura de gestão.

Motivo	O que a causa indica	Para onde a análise retorna
Vencido	Falha de giro ou de dimensionamento da compra	Controle de validade e política de reposição
Avariado	Falha no transporte, no manuseio ou no armazenamento	Recebimento e guarda
Impróprio por desvio de qualidade	Problema do produto ou do lote	Rastreabilidade e recolhimento sanitário
Impróprio por excursão de temperatura	Falha da cadeia de conservação	Monitoramento ambiental e infraestrutura

Tabela POP-ALM-10.1 — Motivo do descarte e para onde a análise retorna.

✓ O QUE SUSTENTA O DESCARTE
› Baixa registrada com lote, quantidade, motivo e destino.
› Conferência do que se inutiliza contra o saldo do lote no sistema.
› Termo de descarte com os responsáveis pela conferência e pela destinação.
› Análise da causa devolvida ao ponto do processo em que ela nasceu.

✕ O QUE COMPROMETE O ENCERRAMENTO DO CICLO

- › Retirar o material do depósito sem baixa no sistema.
- › Registrar todos os descartes com motivo genérico, perdendo a informação de causa.
- › Manter material segregado misturado ao estoque disponível.
- › Inutilizar medicamento sob controle especial sem escrituração no livro próprio.

POP-ALM-10.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Baixa no sistema, com item, lote, quantidade e motivo.
- › Termo de descarte com responsáveis pela conferência e pela destinação.
- › Escrituração da inutilização de medicamento sob controle especial, quando houver.
- › Registro da destinação final e do responsável pela retirada.

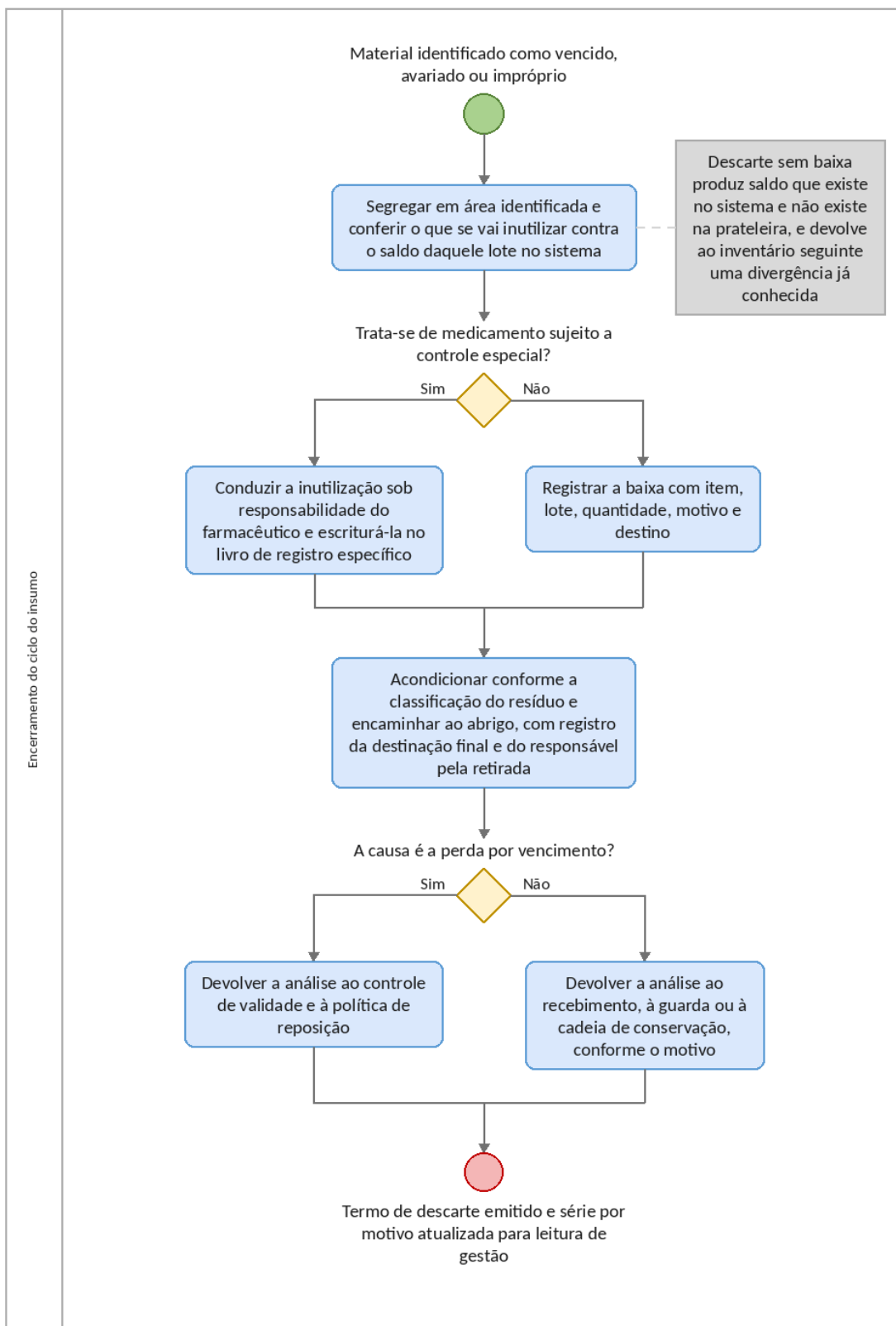
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Descarte é baixa	Fecha a cadeia de rastreabilidade aberta na entrada.
Motivo com distinção	Vencido, avariado e impróprio têm causas diferentes.
Segregar antes	Material a descartar não permanece no estoque disponível.
Controle especial escritura	A inutilização consta do livro de registro específico.
A causa retorna	Perda por vencimento é problema de compra e de giro, não de depósito.

POP-ALM-10.5 Fluxograma

O fluxograma do descarte mostra a decisão que muda o procedimento — se o material é medicamento sujeito a controle especial, que exige inutilização escriturada — e a decisão final, que não altera o destino do material mas define para onde a análise da causa retorna.

POP-ALM-10 — Descarte de material vencido, avariado ou impróprio



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.4.6, 8.7.4.7 e 8.7.4.20.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 304, de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0304_17_09_2019.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/boas-praticas>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0044_17_08_2009.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n.º 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. Brasília, DF: CFF, 2001. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Patrimônio e Bens Cedidos

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

6.1 Âmbito e finalidade.....	332
6.2 Base normativa.....	333
6.3 A natureza do bem cedido e o dever de conservação.....	335
6.4 Inventário de abertura e termo de permissão de uso	335
6.5 Tombamento e etiquetagem do bem adquirido ou doado	336
6.6 Movimentação entre setores, com comunicação prévia	337
6.7 Ficha histórica individualizada do equipamento	338
6.8 Baixa, permuta e tratamento do bem irrecuperável.....	339
6.9 Seguros e acionamento de sinistro	339
6.10 Inventário anual e devolução ao término do contrato	340
6.11 Atribuições e responsabilidades das equipes	341
6.12 Interface com compras, manutenção e engenharia clínica	342
6.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	343
6.14 Tratamento da não conformidade.....	344
6.15 Indicadores e monitoramento	345
6.16 Revisão, versão e governança do protocolo	346
6.17 Fluxograma	347

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	351
POP-PAT-01 Inventário de abertura e termo de permissão de uso.....	352
POP-PAT-02 Tombamento e etiquetagem de bem adquirido ou doado	356
POP-PAT-03 Movimentação de bem entre setores e atualização cadastral.....	360
POP-PAT-04 Ficha histórica individualizada do equipamento	364
POP-PAT-05 Baixa, permuta e tratamento de bem irrecuperável	368
POP-PAT-06 Seguro dos bens cedidos e acionamento de sinistro	372
POP-PAT-07 Inventário anual e devolução dos bens ao término do contrato	376
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	380

Protocolo 6. Patrimônio e Bens Cedidos

6.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a organização recebe, guarda, conserva, movimenta, registra e devolve os bens que servem ao funcionamento do Hospital Geral de Nova Iguaçu. Ele alcança três conjuntos de regime distinto, que o documento trata separadamente porque separadas são as suas consequências: o imóvel e os bens móveis cujo uso é permitido pelo Município, os bens permanentes adquiridos com recursos do contrato de gestão e os bens recebidos em doação para instalação na unidade. O percurso governado começa no inventário detalhado que antecede o termo de permissão de uso e termina na restituição dos bens ao término da vigência.

A premissa que organiza o conjunto precisa ser dita antes de qualquer regra: a organização não é proprietária dos bens que administra. O que ela recebe é a permissão de uso, de caráter precário, instrumental e reversível, que se extingue automaticamente com o término da vigência do contrato de gestão, independentemente de notificação, conforme o item 17.1.9 do termo de referência. Daí decorre a natureza de todos os deveres aqui descritos: são deveres de guarda, conservação, manutenção, utilização adequada e restituição, na literalidade do item 12.5.3, e não deveres de quem dispõe do bem. Nenhuma decisão sobre a situação patrimonial do bem — permuta, substituição definitiva, baixa — pertence a quem apenas o utiliza.

A finalidade do controle patrimonial, num arranjo assim, é dupla e as duas metades se sustentam. A primeira é assistencial: equipamento localizado, conservado e em condição de funcionamento é condição do cuidado, e o item 12.5.5 exige exatamente que os equipamentos necessários à execução dos serviços sejam mantidos em perfeitas condições de funcionamento, conservação e segurança. A segunda é probatória: documentar, ao longo de toda a vigência, a correspondência entre o que se recebeu e o que se devolve. A resposta da organização alcança os danos que extrapolem o desgaste natural decorrente do uso regular, e essa fronteira só é verificável se o estado inicial e o histórico de cada bem estiverem documentados desde o primeiro dia.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de patrimônio e bens cedidos observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um

produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

6.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em cinco camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa o regime da permissão de uso, o da incorporação patrimonial e o das aquisições. A segunda é a do instrumento convocatório e das suas minutas, que trazem o contrato de gestão e o termo de permissão de uso com as cláusulas de conservação, permuta, seguro e devolução. A terceira é a da legislação municipal que disciplina a outorga de uso de bens públicos e a atuação das organizações sociais. A quarta é a da legislação federal das organizações sociais, que dá a matriz da permissão de uso e da permuta. A quinta é a das normas técnicas de gerenciamento de tecnologias em saúde, que governam o registro e a manutenção do parque de equipamentos.

Na camada contratual, o bloco 12.5 trata da permissão de uso: o termo é celebrado após a realização de inventário detalhado e da identificação individualizada dos bens, sob responsabilidade da Coordenação de Patrimônio da contratante; é elaborado por ela, com a descrição minuciosa dos bens, a sua localização e o respectivo estado de conservação; e define expressamente as responsabilidades quanto à guarda, conservação, manutenção, utilização adequada e restituição. O bloco 12.6 trata da incorporação patrimonial e da gestão dos bens, e o bloco 12.8, das aquisições e da patrimonialização, exigindo a atualização cadastral por inventário completo e a comunicação prévia de qualquer deslocamento. O bloco 12.9 encerra o ciclo, com a devolução ao término e a permuta autorizada.

Na camada do instrumento convocatório, o item 3.17 exige o seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para os prédios e bens móveis cedidos, e o item 3.23 e os seus desdobramentos repetem, com outra redação, o regime da incorporação, do inventário com número de patrimônio, da ficha histórica e da comunicação de deslocamento. A minuta de termo de permissão de uso acrescenta as cláusulas de conservação, de substituição autorizada, de devolução e de sanção pela restituição em desconformidade. Na camada municipal, a permissão se rege pelo Decreto Municipal n.º 12.460, de 2021, que disciplina a outorga de uso de bens públicos municipais a terceiros, e pela Lei Municipal n.º 4.224, de 2013, com o Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019. Na camada federal, o art. 13 da Lei n.º 9.637, de 1998, é a matriz

da permuta de bem público permitido em uso, condicionada à prévia avaliação e à expressa autorização do Poder Público.

Duas precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: o item 12.9.3 autoriza a permuta de bens móveis permitidos em uso por outros de igual ou maior valor, mediante prévia avaliação e autorização expressa da contratante — ele não é dispositivo de baixa patrimonial. Baixa de bem que integra o patrimônio do Município é ato da Administração municipal, e o que o instrumento atribui à organização, nas situações que a suscitam, é a comunicação imediata do item 12.7.3 e a substituição dos irrecuperáveis do item 12.9.2. A segunda: o item 12.6.1 torna a incorporação automática e atribui à contratada providenciar e entregar a documentação necessária à regular incorporação e patrimonialização; a patrimonialização em si é praticada pela SEMUS/NI, ou pelo órgão designado pelo Município, na forma do item 3.23.2 do edital. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
Itens 12.5.1 a 12.5.3	Inventário detalhado e identificação individualizada antes do termo; descrição minuciosa, localização e estado de conservação; guarda, conservação, manutenção, utilização adequada e restituição, com resposta pelo dano que extrapole o desgaste natural	6.3 e 6.4
Itens 12.5.4 e 12.5.5	Benfeitorias, adaptações e instalações integram automaticamente o patrimônio municipal; equipamentos mantidos em perfeitas condições de funcionamento, conservação e segurança	6.3 e 6.12
Itens 12.6.1, 12.7.5 e 12.8.1	Bens permanentes adquiridos com recursos do contrato ou recebidos em doação incorporam-se automaticamente ao patrimônio do Município, cabendo à contratada entregar tempestivamente a documentação da incorporação	6.5
Itens 12.6.2.1 a 12.6.2.3	Administrar, manter, conservar e reparar até a restituição; manutenção preditiva, preventiva e corretiva dos equipamentos cedidos; ficha histórica individualizada com intervenções, serviços, peças e periodicidade	6.3 e 6.7
Itens 12.7.3, 12.7.4 e 12.7.6	Comunicação imediata de vícios ocultos, falhas estruturais e problemas de funcionamento à Comissão de Fiscalização; ciência de fato que altere relevantemente a execução; seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil	6.8 e 6.9
Itens 12.8.2 e 12.8.3	Atualização cadastral por inventário completo, com localização, identificação, tipo e número de patrimônio; deslocamento previamente informado, com atualização da ficha cadastral	6.6 e 6.10
Itens 12.9.2 e 12.9.3	Devolução ao término em perfeitas condições de uso, ressalvado o desgaste natural, substituídos os irrecuperáveis; permuta por bem de igual ou maior valor mediante prévia avaliação e autorização expressa	6.8 e 6.10
Itens 12.30.3, 12.35.6.1 e 12.35.9.4	Guarda por cinco anos após o término do contrato dos arquivos da prestação de contas; relatório técnico semestral de manutenção preventiva e calibração do parque; notas fiscais com modelos, números de série e patrimônios vinculados	6.7 e 6.13

Tabela 6.1 — Os dispositivos do instrumento contratual conferidos no texto e a seção deste protocolo que cada um sustenta.

6.3 A natureza do bem cedido e o dever de conservação

Bem cedido é bem alheio em mão própria, e todo o regime deste protocolo decorre dessa condição. A permissão de uso dos imóveis do Município e dos bens móveis que os guarnecem é formalizada por termo específico, celebrado na forma do Decreto Municipal n.º 12.460, de 2021, e tem caráter precário, instrumental e reversível. A destinação é vinculada: os bens servem exclusivamente à prestação de assistência à saúde de usuários do Sistema Único de Saúde, e a minuta do termo de permissão de uso comina a rescisão de pleno direito ao desvio de finalidade. É igualmente vedado ceder, transferir, arrendar ou emprestar a terceiros, no todo ou em parte, os bens objeto da permissão, salvo decisão autorizativa prévia e expressa do Município.

O dever de conservação tem redação própria em três instrumentos que dizem a mesma coisa em graus crescentes de detalhe. O item 12.6.2.1 obriga a administrar, manter, conservar e reparar os bens cujo uso seja permitido, em conformidade com o contrato de gestão e com os respectivos termos, até a sua restituição. O item 12.6.2.2 acrescenta a obrigação de manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e instrumentais cedidos, realizando manutenção preditiva, preventiva e corretiva, inclusive com substituição por equipamento de padrão técnico equivalente ou superior sempre que necessário. A cláusula de conservação da minuta do termo obriga a manter os bens permanentemente limpos e em bom estado, incumbindo a guarda até a efetiva devolução.

Três consequências práticas se extraem dessa natureza, e elas atravessam todas as seções seguintes. A primeira é contábil e patrimonial: o bem cedido pertence ao Município e assim permanece, do mesmo modo que as benfeitorias, adaptações e instalações realizadas na unidade integram automaticamente o patrimônio municipal, sem direito de retenção, indenização ou retirada, salvo autorização prévia e expressa do Poder Público, na forma do item 12.5.4. A segunda é decisória: a alteração da situação patrimonial do bem depende de ato da contratante, e o papel da organização é comunicar, instruir e propor. A terceira é probatória: a resposta por dano alcança o que extrapola o desgaste natural decorrente do uso regular, de modo que a documentação do estado inicial e do histórico de cada bem é o que torna essa fronteira demonstrável.

6.4 Inventário de abertura e termo de permissão de uso

O inventário de abertura é a peça de que dependem todas as demais. O item 12.5.1 condiciona a celebração do termo de permissão de uso à realização prévia de inventário detalhado e à identificação individualizada dos bens, sob responsabilidade da Coordenação de Patrimônio da contratante, e o item 17.1.5 repete a obrigação do lado da contratante, que procede, previamente à formalização, ao inventário, à avaliação e à identificação dos bens a serem disponibilizados. O termo é então elaborado com a descrição minuciosa dos bens, a sua localização e o respectivo estado de conservação. A ordem dos atos é, portanto, expressa: primeiro se confere, depois se descreve, e só então se assina.

Do lado da organização, o ato de receber é ato de diagnóstico. O que se apura em cada bem tem quatro objetos. O primeiro é a identificação: número de patrimônio, tipo, marca, modelo e

número de série, quando o bem os apresentar. O segundo é a localização física em que o bem foi efetivamente encontrado, por setor. O terceiro é o estado de conservação, descrito e não apenas assinalado. O quarto é a condição de funcionamento observada, que no caso do equipamento assistencial se apura com o apoio da engenharia clínica e cuja conclusão retorna ao próprio inventário. Registrar a condição apurada é diferente de emitir juízo sobre o acervo: descreve-se o que se encontra, no estado em que se encontra, na data em que se encontra.

A divergência entre o bem relacionado e o bem conferido é tratada pela descrição, e não pela contagem. Descrever permite distinguir, anos depois, o erro de identificação da alteração ocorrida no uso, e é essa distinção que sustenta ou afasta a imputação de dano. Por isso a divergência é consignada no próprio instrumento, com registro fotográfico datado e ciência das partes, antes da assinatura do termo. Quando a conferência de um bem relacionado ficar pendente no momento da vistoria, a pendência é registrada como tal, com a sua causa, e a conferência é retomada e documentada quando as condições o permitirem.

A finalidade dessa disciplina é protetiva em duas direções. Para a contratante, o inventário de abertura é a base do controle sobre o próprio patrimônio. Para a organização, é a única peça capaz de separar o que foi recebido do que ocorreu sob a sua gestão — e essa separação é decisiva no encerramento, quando a devolução é conferida contra as condições de recebimento e a minuta do termo prevê sanção para a restituição em desconformidade com elas. Sem estado inicial documentado, toda divergência futura tende a recair sobre quem detinha a guarda.

▣ O QUE O TERMO DE PERMISSÃO DE USO FIXA, DISPOSITIVO A DISPOSITIVO

- O termo é celebrado após a realização de inventário detalhado e da identificação individualizada dos bens, sob responsabilidade da Coordenação de Patrimônio da contratante — item 12.5.1.
- Ele é elaborado pela Coordenação de Patrimônio e contém a descrição minuciosa dos bens, a sua localização e o respectivo estado de conservação, após a conclusão do inventário — item 12.5.2.
- Nele se definem expressamente as responsabilidades quanto à guarda, conservação, manutenção, utilização adequada e restituição dos bens — item 12.5.3.
- A contratante procede, previamente à formalização, ao inventário, à avaliação e à identificação dos bens a serem disponibilizados — item 17.1.5.
- A resposta por dano alcança o que extrapola o desgaste natural decorrente do uso regular: é o estado descrito no termo que torna essa fronteira verificável — item 12.5.3.

6.5 Tombamento e etiquetagem do bem adquirido ou doado

O bem adquirido com recursos do contrato de gestão e o bem recebido em doação para instalação na unidade têm regime próprio, e o dispositivo que o define é taxativo: os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes assim obtidos serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município de Nova Iguaçu, competindo à contratada providenciar e entregar à contratante toda a documentação necessária à regular incorporação e patrimonialização. O item 12.7.5 reitera a incorporação ao patrimônio da SEMUS/NI, e o item 12.8.1 acrescenta que as aquisições de materiais e equipamentos permanentes são realizadas

mediante transferência de recursos do contrato, conforme o item de Investimentos da planilha, e patrimonializadas pela SEMUS/NI com apresentação tempestiva da documentação pertinente.

A leitura correta desse regime muda o desenho do processo. A incorporação opera por força do próprio dispositivo, no momento da aquisição ou do recebimento da doação, e não depende de ato da organização. A patrimonialização, por sua vez, é praticada pela contratante ou pelo órgão designado pelo Município, na forma do item 3.23.2 do edital, e é dela que resulta o número de patrimônio. O dever da organização, portanto, é documental e tempestivo: reunir e entregar o conjunto que torna a incorporação regular, tão logo realizada a aquisição, na redação do item 3.23.1 do edital. Tratar a incorporação como ato próprio seria descrever atribuição que o instrumento não confere.

O que a organização produz, então, é a cadeia documental e a identificação. A cadeia reúne o documento fiscal, a comprovação da pesquisa de preços quando for o caso, o termo de recebimento, o termo de doação quando essa for a origem, e, no parque tecnológico, a nota fiscal com discriminação de modelos, números de série e patrimônios vinculados, exigida pelo item 12.35.9.4. A identificação começa na entrada: o bem é lançado no cadastro patrimonial com identificação provisória, localização e responsável por função, e a etiqueta definitiva reproduz o número de patrimônio quando este é atribuído, ficando a identificação provisória vinculada à definitiva sem que o histórico anterior se apague.

A etiquetagem é tarefa modesta e de consequência desproporcional. Etiqueta ilegível, deslocada ou aplicada em superfície que a limpeza do ambiente hospitalar remove converte, no inventário seguinte, um bem existente em bem não localizado. Por isso a aplicação observa posição visível, superfície compatível com o processo de limpeza a que o bem é submetido e conferência da legibilidade no momento da colocação. O mesmo cuidado vale para o bem cedido, cuja identificação é a do patrimônio municipal e não se substitui por numeração interna paralela: quando a etiqueta original estiver comprometida, a situação é registrada e comunicada à contratante, a quem cabe a reidentificação.

6.6 Movimentação entre setores, com comunicação prévia

O item 12.8.3 do termo de referência determina que qualquer deslocamento de mobiliário, materiais ou equipamentos permanentes seja previamente informado à SEMUS/NI, com atualização da respectiva ficha cadastral, e o item 3.23.4 do edital repete a regra, exigindo que se informem todos e quaisquer deslocamentos para outros setores e que se atualize a localização na ficha cadastral. A palavra que governa a rotina é previamente: a informação antecede o deslocamento, e não o documenta depois. É uma exigência de fonte, e por isso o protocolo a reproduz na redação do dispositivo, sem acrescentar-lhe prazo próprio.

A razão prática é conhecida de qualquer serviço de patrimônio. Bem deslocado sem registro é a causa mais frequente de divergência de inventário, e a mais facilmente evitável de todas: o equipamento continua na instituição, cumprindo a sua função, mas o cadastro aponta para o lugar de onde ele saiu. Quando isso se repete, o inventário deixa de ser conferência e vira discussão entre setores sobre quem levou o quê. O custo não é apenas administrativo: acervo com localização incerta compromete a resposta a uma fiscalização, a descrição dos bens na apólice de seguro e a própria conferência de devolução.

O protocolo distingue quatro espécies de movimentação, porque cada uma gera registro diferente. O deslocamento entre setores da unidade muda a lotação física do bem e exige informação prévia e atualização da localização. A cessão temporária a outro setor mantém a lotação e registra prazo, responsável por função na origem e no destino e data prevista de retorno. A saída para intervenção externa — manutenção, calibração ou reparo fora da unidade — registra finalidade, prestador identificado e prazo previsto, e a sua conferência de retorno alcança a integridade do bem e a intervenção realizada, que passa à ficha histórica. O retorno, por fim, encerra a pendência aberta na saída.

Em todas as espécies, a conferência ocorre nas duas pontas, pelo número de patrimônio, e cada ponta tem responsável declarado por função. A movimentação cuja atualização cadastral ainda não se concluiu permanece como pendência aberta e visível, com a finalidade de assegurar rastreabilidade e correção tempestiva — e não como registro que se encerra pela passagem do tempo. A pendência de retorno que ultrapasse o prazo previsto é registrada e comunicada à coordenação responsável, para que a providência ocorra enquanto o rastro do deslocamento ainda existe.

6.7 Ficha histórica individualizada do equipamento

A ficha histórica é exigência expressa e nominada. O item 12.6.2.3 obriga a manter ficha histórica individualizada dos equipamentos cedidos pela SEMUS/NI, contendo o registro das intervenções realizadas, dos serviços executados, das peças substituídas e da periodicidade de manutenção; o item 3.23.3 do edital determina que se mantenha na unidade uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas. São quatro conteúdos nomeados pela fonte, e é por eles que a ficha se organiza. O serviço adota o mesmo registro para os equipamentos adquiridos e doados, porque desde a incorporação eles integram o mesmo patrimônio municipal e serão objeto da mesma restituição.

A ficha é individualizada e vinculada ao número de patrimônio, e não ao setor onde o bem está. A diferença parece formal e é decisiva: registro mantido por setor se perde no primeiro deslocamento, e o equipamento chega ao inventário seguinte sem memória técnica. Vinculada ao bem, a ficha o acompanha por toda a vigência e chega íntegra à devolução, quando é ela que demonstra a conservação e sustenta a ressalva do desgaste natural.

O conteúdo de cada lançamento decorre do que a fonte exige e do que a prática técnica recomenda. A intervenção é classificada como preditiva, preventiva ou corretiva; registram-se a data, o serviço executado, as peças substituídas e a identificação do responsável técnico, no formato do descritivo detalhado exigido pelo item 12.35.9.6, que nomeia data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável. Para a intervenção programada, lança-se a periodicidade de manutenção prevista para o equipamento; para a corretiva, descreve-se a falha que a motivou, porque é a série das falhas que revela obsolescência e antecipa a decisão de substituição.

O parque de suporte à vida e de diagnóstico tem tratamento adicional de fonte contratual: o item 12.35.6.1 impõe relatório técnico semestral comprovando a manutenção preventiva e a calibração de todos esses equipamentos, e o item 12.35.9.3 exige a apresentação de certificado

de calibração e de testes de segurança elétrica. O relatório não é peça autônoma: ele se extrai das fichas, e a qualidade do que se apresenta ao final do semestre é consequência direta da disciplina de lançamento ao longo dele. O gerenciamento do parque observa, ainda, as diretrizes da resolução sanitária sobre gerenciamento de tecnologias em saúde e a norma técnica brasileira aplicável a programas de gerenciamento de equipamentos em serviços de saúde.

6.8 Baixa, permuta e tratamento do bem irrecuperável

Esta seção trata da situação em que o bem deixa de servir, e ela começa por uma delimitação de competência. Baixa patrimonial de bem que integra o patrimônio do Município é ato da Administração municipal. A organização, que detém a guarda, comunica, instrui tecnicamente e propõe; a decisão é da contratante. Descrever de outro modo seria atribuir à organização poder de disposição sobre bem alheio, que nenhum dispositivo lhe confere e cuja assunção criaria exposição desnecessária.

O primeiro dever, quando a situação surge, é de comunicação. O item 12.7.3 determina comunicar imediatamente à Comissão de Fiscalização dos Contratos de Gestão a existência de vícios ocultos, falhas estruturais ou problemas no funcionamento dos bens móveis e imóveis, sob pena de responsabilização e obrigação de reparação dos danos. A gravidade da sanção explica a ênfase: a omissão é que gera responsabilidade, e a comunicação tempestiva, além de cumprir o dever, transfere à contratante a informação de que ela precisa para decidir. O item 12.7.4 completa o desenho, exigindo ciência imediata de todo fato que altere de forma relevante o regular desenvolvimento do contrato de gestão.

A permuta tem requisitos precisos e cumulativos. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, mediante prévia avaliação e autorização expressa da contratante, passando o bem que entra a integrar o patrimônio municipal — é a redação do item 12.9.3, que reproduz no plano contratual a regra do art. 13 da Lei n.º 9.637, de 1998. A minuta do termo de permissão de uso repete a condição, exigindo avaliação prévia do bem e autorização expressa. Os três requisitos, portanto, são equivalência de valor para mais, avaliação prévia e autorização expressa. Substituição informal entre equipamentos, ainda que tecnicamente vantajosa, fica fora dessa moldura.

O bem irrecuperável tem destino declarado no encerramento: o item 12.9.2 obriga a devolver todas as áreas, equipamentos, instalações e utensílios em perfeitas condições de uso, ressalvado o desgaste natural decorrente do uso regular, substituindo aqueles irrecuperáveis. A consequência prática é que a identificação do irrecuperável não pode esperar o último inventário: quanto antes a avaliação técnica conclui, mais cedo a proposta de destinação é submetida e mais tempo há para a substituição. Nas hipóteses de dano ou extravio, registra-se a ocorrência, apura-se internamente a causa e dá-se ciência à contratante, e a apuração é conduzida pela causa no processo, sem que a procura por responsável individual substitua a correção do controle que falhou.

6.9 Seguros e acionamento de sinistro

A cobertura securitária é obrigação de fonte dupla e redação convergente. O item 12.7.6 do termo de referência determina contratar seguro contra incêndio, danos, avarias e

responsabilidade civil para o prédio e os bens móveis cedidos, com cobertura contra perda total ou parcial. O item 3.17 do edital repete a obrigação e acrescenta o conteúdo mínimo da contratação: a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados. A minuta do termo de permissão de uso trata do seguro contra incêndio do imóvel, com o Município como beneficiário, renovação enquanto perdurar a cessão e comprovação do pagamento perante o Município.

A exigência de descrever os bens segurados é o ponto em que este protocolo se liga ao anterior. A descrição não se produz por estimativa: ela se extrai do cadastro patrimonial e do inventário mais recente. Daí decorre a consequência que organiza a rotina — cadastro desatualizado produz apólice desatualizada, e o efeito disso só aparece no sinistro, quando já não há correção possível. Por isso a revisão da descrição dos bens segurados acompanha as alterações relevantes do acervo, com a finalidade declarada de manter a cobertura correspondente ao que efetivamente existe.

O acionamento do sinistro combina o dever contratual com o mínimo legal. O art. 771 do Código Civil estabelece que o segurado participará o sinistro ao segurador logo que o saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as consequências, sob pena de perder o direito à indenização. A rotina, portanto, tem quatro momentos encadeados: preservar o local e registrar fotograficamente o evento; identificar os bens atingidos pelo número de patrimônio; comunicar à seguradora logo que se saiba do fato e adotar as providências de contenção; e comunicar à contratante e à Comissão de Fiscalização, porque o bem atingido pertence ao patrimônio municipal e o Município figura como beneficiário da cobertura do imóvel.

Encerrada a regulação, o desfecho retorna ao cadastro. A reposição ou a reparação do bem cedido segue a decisão da contratante, na forma da seção anterior; o bem adquirido na vigência, que já integra o patrimônio municipal desde a incorporação, recebe o mesmo tratamento. Em ambos os casos, atualizam-se o cadastro patrimonial e a descrição da apólice, e arquiva-se o conjunto — comunicação, registro fotográfico, documentação da regulação e comprovação perante o Município —, porque é esse conjunto que responde a diligência posterior sobre o evento.

6.10 Inventário anual e devolução ao término do contrato

O inventário tem duas finalidades distintas, e confundi-las é o erro que torna o encerramento penoso. A primeira é a atualização cadastral permanente, exigida pelo item 12.8.2, que determina promover a atualização cadastral do mobiliário, dos materiais e dos equipamentos permanentes e de informática mediante inventário completo, indicando localização, identificação, tipo e número de patrimônio, inclusive dos adquiridos com recursos do contrato de gestão. A segunda é o inventário geral do exercício, que instrui a prestação de contas anual: a minuta de contrato de gestão determina que as prestações de contas sejam realizadas anualmente sobre a totalidade das operações patrimoniais e resultados financeiros do exercício anterior, e relaciona entre os documentos que a instruem o inventário geral dos bens.

O caráter anual do inventário geral, portanto, decorre da fonte, e não de periodicidade que este protocolo institua. A minuta do termo de permissão de uso reforça o mesmo desenho ao prever a prestação de contas anual relativa à conservação, com informação de toda alteração, inclusive

quanto aos bens móveis inventariados, e ao arrolar entre as hipóteses de descumprimento a não realização imotivada do inventário no prazo estipulado e a falta de remessa do documento. As conferências que ocorrem entre um inventário geral e outro são periódicas, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que a localização registrada corresponda à física e de corrigir divergência enquanto ela ainda é rastreável.

A devolução é o momento em que todo o protocolo é submetido a teste. O item 12.9.2 obriga a devolver, ao término da vigência, todas as áreas, equipamentos, instalações e utensílios em perfeitas condições de uso, ressalvado o desgaste natural decorrente do uso regular, substituindo aqueles irrecuperáveis. A permissão de uso extingue-se automaticamente com o término da vigência, independentemente de notificação, na forma do item 17.1.9, e a minuta do termo prevê a restituição no prazo de trinta dias contados do recebimento do aviso, além de sanção pela restituição fora da data ou em desconformidade com as condições de recebimento, apurada conforme o inventário patrimonial, o termo de permissão de uso, a nota fiscal, o registro contábil ou a avaliação patrimonial do Município.

A leitura conjunta desses dispositivos define o método do encerramento. O parâmetro da restituição é o inventário de abertura acrescido das movimentações registradas ao longo da vigência — as incorporações documentadas, as permutas autorizadas, as substituições realizadas e as intervenções lançadas nas fichas históricas. A conferência de devolução é feita bem a bem com a Coordenação de Patrimônio da contratante, com registro do estado de cada um, e resulta em termo de devolução. A transição é preparada com antecedência sobre o término, de modo que a organização disponha de tempo para providenciar a substituição dos irrecuperáveis e para esclarecer divergência antes da entrega. Em hipótese de intervenção administrativa ou de transição operacional, o inventário de bens, insumos, equipamentos e ativos vinculados à execução figura entre as medidas do item 34.5, e a cooperação integral com a Administração é dever expresso do item 34.6.

6.11 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é a separação entre quem detém a guarda física do bem, quem mantém o cadastro e quem intervém tecnicamente sobre o equipamento. Essa separação não desconfia de ninguém: reconhece que o registro produzido por quem não é o próprio guardião é o controle mais barato que existe, e que a manutenção precisa deixar rastro independente do setor que usa o bem. Duas funções são externas à organização e precisam figurar no quadro, porque sem elas o processo não se fecha: a Coordenação de Patrimônio da contratante e a Comissão de Fiscalização dos Contratos de Gestão.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção administrativa	Responde pela integridade do controle patrimonial perante a contratante, valida as propostas de permuta e de baixa e responde pela devolução ao término da vigência
Coordenação de patrimônio da organização	Mantém o cadastro patrimonial, conduz os inventários, consolida o inventário geral do exercício e responde pela interlocução com a Coordenação de Patrimônio da contratante

Função	Responsabilidade neste protocolo
Responsável pelo cadastro e pela etiquetagem	Lança entradas, atualiza localizações, aplica e confere a identificação dos bens e mantém vinculada a identificação provisória à definitiva
Engenharia clínica	Avalia tecnicamente o equipamento, executa e registra as intervenções na ficha histórica e instrui o laudo que fundamenta permuta, substituição ou baixa
Manutenção predial e infraestrutura	Conserva o imóvel e as instalações e submete à autorização prévia e expressa qualquer benfeitoria, adaptação ou instalação
Responsável por função em cada setor	Detém a guarda dos bens lotados no setor, comunica deslocamento antes de executá-lo e informa dano, falha ou desaparecimento assim que os identifica
Compras e suprimentos	Reúne a documentação da aquisição e da doação e a encaminha para a entrega tempestiva à contratante
Área financeira e contábil	Contrata e renova a cobertura securitária a partir do cadastro, comprova o pagamento perante o Município e integra o inventário geral à prestação de contas
Coordenação de Patrimônio da contratante e Comissão de Fiscalização	Realizam o inventário que antecede o termo, autorizam permuta e baixa, recebem as comunicações de vício e falha e conferem a devolução

Tabela 6.2 — As nove funções que respondem pelo controle patrimonial e o que cabe a cada uma.

O que não se delega, em nenhuma hipótese: a decisão sobre a situação patrimonial de bem municipal, que é da contratante; a alteração da identificação de bem tombado por iniciativa da organização; a execução de benfeitoria, adaptação ou instalação sem autorização prévia e expressa do Poder Público; e a omissão da comunicação de vício oculto, falha estrutural ou problema de funcionamento, que o instrumento sanciona expressamente.

6.12 Interface com compras, manutenção e engenharia clínica

O controle patrimonial depende de informação produzida fora dele, e por isso a qualidade das interfaces determina o resultado. Quatro delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. A regra comum a todas é que o patrimônio precisa saber do fato no momento em que ele ocorre: informação que chega depois já custou um inventário divergente.

Com compras e suprimentos, a interface é a entrada do bem. O ponto de falha é o bem que chega e é posto em uso antes de ser lançado no cadastro, e a documentação da incorporação que se dispersa entre a nota fiscal, o processo de compra e o setor que recebeu. O tratamento é o lançamento no ato do recebimento, com identificação provisória, e a reunião do conjunto documental enquanto as peças ainda estão juntas — porque o item 3.23.1 do edital exige a apresentação tão logo realizada a aquisição, e a reconstituição posterior raramente reproduz com fidelidade o que existia. Cabe a essa interface, ainda, a distinção entre material de consumo e bem permanente, que decide se o item entra no controle de estoque ou no controle patrimonial.

Com a engenharia clínica, a interface é o equipamento. O ponto de falha é a intervenção executada sem lançamento na ficha histórica e o equipamento que sai da unidade para reparo sem que o cadastro acompanhe a saída. O tratamento é o lançamento no momento da intervenção, com identificação do responsável técnico, e o registro da saída externa com prazo

previsto de retorno, na forma da seção 6.6. É também aqui que se produz o laudo técnico que fundamenta a proposta de permuta, de substituição ou de baixa, e o certificado de calibração que acompanha o parque de suporte à vida e de diagnóstico.

Com a manutenção predial e a infraestrutura, a interface é o imóvel e o que nele se instala. O ponto de falha é a benfeitoria executada sem autorização prévia: além de vedada pela cláusula própria do termo de permissão de uso, ela integra automaticamente o patrimônio municipal por força do item 12.5.4, sem direito de retenção, indenização ou retirada. O tratamento é submeter o projeto à autorização prévia e expressa e documentar a execução. Com a tecnologia da informação, por fim, a interface é o parque de informática, que o item 12.8.2 nomeia expressamente entre os objetos da atualização cadastral, e cujo ponto de falha característico é a substituição de estações e periféricos sem repercussão no cadastro.

6.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas nem defesa em diligência. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo patrimonial produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — localização anotada dias depois do deslocamento já não descreve o que aconteceu, e intervenção lançada de memória perde exatamente a precisão que a torna prova. O instrumento contratual reforça a exigência ao determinar, no item 12.7.2, que se disponibilize de forma permanente toda documentação ou base de dados necessária ao acesso irrestrito e à auditoria pelos órgãos de controle.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Inventário de abertura e termo de permissão de uso	Coordenação de patrimônio, com a contratante	Processo do contrato de gestão	Cinco anos após o término do contrato
Cadastro patrimonial, com localização e responsável por função	Responsável pelo cadastro	Sistema de gestão patrimonial	Prazo aplicável ao documento
Ficha histórica individualizada do equipamento	Engenharia clínica	Vinculada ao número de patrimônio	Até a restituição do bem
Comunicação prévia de deslocamento e ficha cadastral atualizada	Setor de origem e responsável pelo cadastro	Sistema de gestão patrimonial	Prazo aplicável ao documento
Documentação de incorporação entregue à contratante	Compras e coordenação de patrimônio	Processo do bem, com protocolo de entrega	Cinco anos após o término do contrato
Apólice, comprovante de pagamento e comunicação de sinistro	Área financeira e contábil	Pasta de seguros e processo do bem atingido	Cinco anos após o término do contrato
Comunicação de vício, falha ou problema de funcionamento	Coordenação de patrimônio	Processo do bem, com protocolo	Prazo aplicável ao documento

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Laudo técnico, proposta e ato autorizativo de permuta ou baixa	Engenharia clínica e direção administrativa	Processo do bem	Cinco anos após o término do contrato
Inventário geral do exercício e termo de devolução	Coordenação de patrimônio	Prestação de contas e processo de encerramento	Cinco anos após o término do contrato

Tabela 6.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos após o término do contrato de gestão alcança os documentos que integram os arquivos da prestação de contas, e o prazo é o do item 12.30.3, que determina arquivar por esse período os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e o acervo eletrônico observa os requisitos de integridade e rastreabilidade aplicáveis, com acesso controlado por perfil e registro de quem consultou o quê.

6.14 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: bem deslocado sem comunicação prévia, localização registrada que não corresponde à física, intervenção realizada sem lançamento na ficha histórica, documentação de incorporação não encaminhada tempestivamente, descrição de bens segurados que não acompanha o acervo, benfeitoria executada sem autorização prévia e vício ou falha não comunicados. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

A divergência de inventário merece tratamento próprio, por ser a mais frequente e a mais sujeita a leitura apressada. Quando um bem relacionado não é localizado na posição registrada, três hipóteses se abrem e é preciso percorrê-las antes de qualquer conclusão. A primeira é o erro de cadastro, em que a localização foi lançada equivocadamente ou a identificação foi trocada entre bens semelhantes. A segunda é o deslocamento sem registro, em que o bem permanece na instituição e cumpre a sua função em outro setor. A terceira é a ausência a esclarecer, que só se afirma depois de esgotadas as duas anteriores, e que aciona a apuração interna e a ciência à contratante. Registrar a hipótese verificada, e não apenas o número de divergências, é o que permite corrigir o controle que falhou.

O tratamento tem quatro momentos, quaisquer que sejam a espécie e a gravidade. Primeiro, o registro do desvio com a sua descrição, na data em que é identificado. Segundo, a classificação pela causa: falha de comunicação, falha de lançamento, falha de conferência ou falha de conservação. Terceiro, a correção do caso concreto, que restaura a correspondência entre o cadastro e a realidade física. Quarto, a devolutiva à área em que a causa nasceu, com dado objetivo, porque a correção que se esgota no caso trata o sintoma e deixa intacta a condição que o produziu.

Há ainda a não conformidade cuja consequência é contratual, e ela é nomeada pela própria fonte. A omissão da comunicação de vícios ocultos, falhas estruturais ou problemas de funcionamento sujeita a organização a responsabilização e à obrigação de reparação dos danos, na forma do item 12.7.3. A não realização imotivada do inventário no prazo estipulado e a falta de remessa do documento figuram entre as hipóteses de descumprimento na minuta do termo de permissão de uso. E a restituição fora da data ou em desconformidade com as condições de recebimento sujeita à sanção prevista na cláusula de devolução. Nomear essas consequências no protocolo tem finalidade preventiva: elas descrevem exatamente os pontos em que o controle precisa ser mais firme.

6.15 Indicadores e monitoramento

O quadro de indicadores de desempenho do contrato de gestão mede resultados assistenciais e de alimentação dos sistemas de informação, e não contém indicador patrimonial próprio. O monitoramento deste protocolo, por isso, combina obrigações contratuais aferíveis — as que têm exigência de fonte e cujo cumprimento se demonstra por documento — com indicadores internos que o serviço acompanha para governar o próprio processo. A distinção entre umas e outros é declarada na tabela, para que não se confunda o que o instrumento exige com o que o serviço adota como instrumento de gestão.

Indicador	Fórmula	Referência	Origem
Conformidade do cadastro patrimonial	$\text{Bens localizados na posição registrada} \div \text{bens conferidos} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — explica o inventário geral
Comunicação prévia de deslocamento	$\text{Deslocamentos informados previamente} \div \text{deslocamentos registrados} \times 100$	Exigência contratual	Item 12.8.3 e item 3.23.4 do edital
Cobertura da ficha histórica	$\text{Equipamentos com intervenção lançada} \div \text{equipamentos com intervenção realizada} \times 100$	Exigência contratual	Item 12.6.2.3 e item 3.23.3 do edital
Documentação de incorporação entregue	$\text{Bens com documentação encaminhada} \div \text{bens adquiridos e doados no período} \times 100$	Exigência contratual	Itens 12.6.1 e 12.8.1, e item 3.23.1 do edital
Manutenção preventiva e calibração do parque	$\text{Equipamentos com preventiva e calibração comprovadas} \div \text{equipamentos do parque} \times 100$	Relatório técnico semestral	Item 12.35.6.1
Vigência da cobertura securitária	Cobertura vigente e descrição dos bens compatível com o cadastro	Exigência contratual	Item 12.7.6 e item 3.17 do edital

Tabela 6.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, referência e origem — quatro de exigência contratual direta e dois adotados pelo serviço para governar o processo.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha o cumprimento das obrigações de fonte contratual, cuja evidência é documental e cuja falha tem consequência nomeada. A segunda acompanha os indicadores que explicam o resultado do inventário: a conformidade do cadastro, a proporção de deslocamentos informados previamente e o volume de pendências abertas de movimentação. A terceira acompanha a

condição do parque: a série de intervenções corretivas por equipamento, que antecipa a decisão de substituição, e a situação dos bens em intervenção externa.

A análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do patrimônio. A razão é a mesma que organiza a seção 6.12: os indicadores mais relevantes medem comportamento que nasce fora do setor — o deslocamento é decidido no serviço assistencial, a intervenção é executada pela engenharia clínica, a documentação da aquisição é produzida em compras. Medi-los em conjunto é o que impede que cada área conclua que a falha foi da outra, e é o que transforma o número em pauta de correção em vez de instrumento de atribuição de responsabilidade.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

6.16 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração dos dispositivos contratuais relativos à permissão de uso e à incorporação patrimonial, celebração ou aditamento do termo de permissão de uso, mudança na legislação municipal de outorga de uso de bens públicos, alteração das normas técnicas de gerenciamento de tecnologias em saúde, ou achado de inventário que revele falha estrutural do controle.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre setores, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e a aderência é verificada nas próprias conferências periódicas do acervo, que são a oportunidade natural de observar se a rotina descrita é a rotina praticada.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação de patrimônio da organização, com validação da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas e a relação com a contratante, e da engenharia clínica quanto ao que toca o parque de equipamentos. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional, e evita que a mesma proposta retorne sem elemento novo.

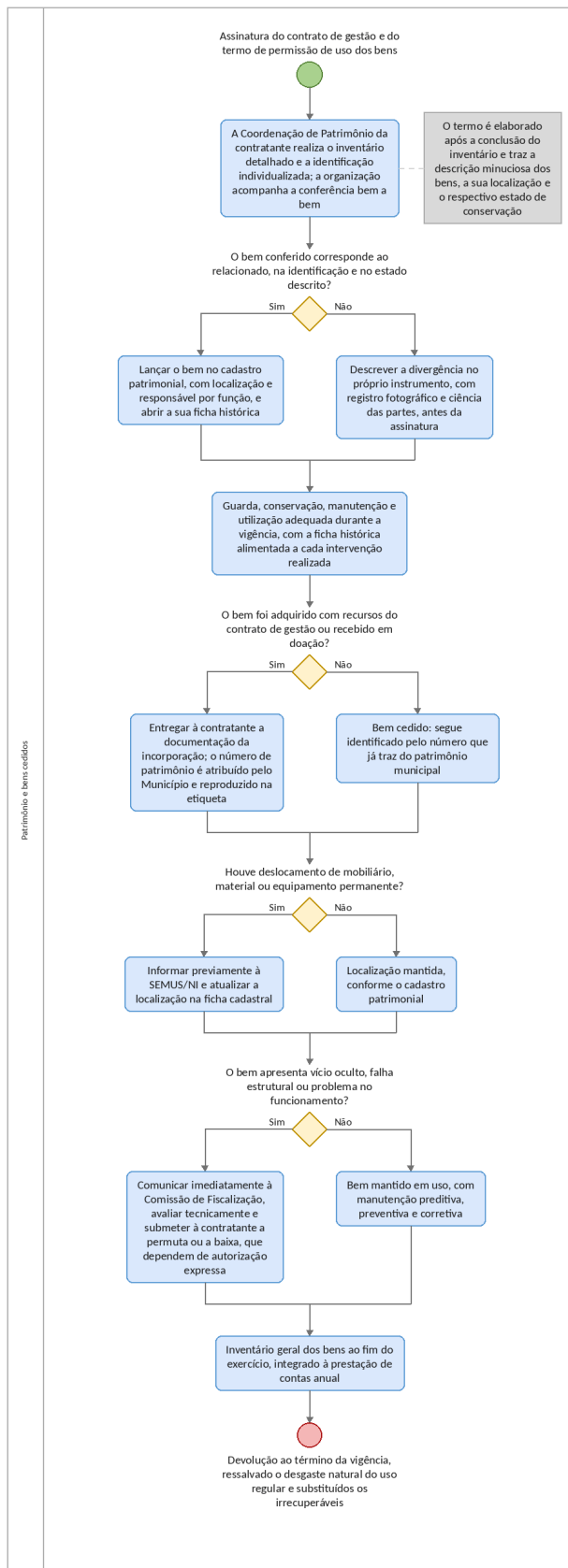
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

6.17 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho do inventário de abertura à devolução dos bens, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a correspondência entre o bem conferido e o bem relacionado, que decide entre lançar a conformidade e descrever a divergência antes da assinatura do termo; a origem do bem, que separa o regime da incorporação do regime da cessão; a ocorrência de deslocamento, que aciona a comunicação prévia e a atualização cadastral; e a existência de vício, falha ou irrecuperabilidade, que remete a decisão à contratante.

Do inventário de abertura à devolução dos bens



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.5.1 a 12.9.3; Edital 001/SEMUS/2026, Itens 3.17 e 3.23.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.5.1 a 12.5.5, 12.6.1 a 12.6.2.3, 12.7.2 a 12.7.6, 12.8.1 a 12.8.3, 12.9.2, 12.9.3, 12.30.3, 12.35.6.1, 12.35.9.3, 12.35.9.4, 12.35.9.6, 17.1.4, 17.1.5, 17.1.7, 17.1.9, 34.5 e 34.6. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, e respectivas minutas de Contrato de Gestão e de Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e de Bem Imóvel. Itens 3.17, 3.19 a 3.23.4 e cláusula décima segunda, itens 12.3 a 12.5. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 12.460, de 2021. Disciplina a outorga de uso de bens públicos municipais a terceiros no Município de Nova Iguaçu. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2021. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/prefeitura/rj/nova-iguacu>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013, e Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019. Dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e sobre o contrato de gestão no âmbito municipal. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2013 e 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/prefeitura/rj/nova-iguacu>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização e a absorção de atividades por organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 15943: diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os sete procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 6.17 e descreve o ciclo inteiro do bem, do recebimento à devolução.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-PAT-01	Inventário de abertura e termo de permissão de uso	6.3 e 6.4
POP-PAT-02	Tombamento e etiquetagem de bem adquirido ou doado	6.5
POP-PAT-03	Movimentação de bem entre setores e atualização cadastral	6.6
POP-PAT-04	Ficha histórica individualizada do equipamento	6.7
POP-PAT-05	Baixa, permuta e tratamento de bem irrecuperável	6.8
POP-PAT-06	Seguro dos bens cedidos e acionamento de sinistro	6.9
POP-PAT-07	Inventário anual e devolução dos bens ao término do contrato	6.10

Tabela 6.5 — Os sete procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-PAT-01. Inventário de abertura e termo de permissão de uso

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-01.1 Quando usar

- › Na assunção da gestão da unidade, antes da assinatura do termo de permissão de uso.
- › Sempre que a contratante convocar conferência de bens para formalizar ou aditar o termo.
- › Quando bens novos passarem a integrar o rol cedido durante a vigência.

POP-PAT-01.2 Fundamento

Itens 12.5.1, 12.5.2 e 12.5.3 do termo de referência: o termo de permissão de uso é celebrado após a realização de inventário detalhado e da identificação individualizada dos bens, sob responsabilidade da Coordenação de Patrimônio da contratante, contém a descrição minuciosa dos bens, a sua localização e o respectivo estado de conservação, e define expressamente as responsabilidades quanto à guarda, conservação, manutenção, utilização adequada e restituição. Itens 17.1.5 e 17.1.7. Seções 6.3 e 6.4 do protocolo.

! O ESTADO REGISTRADO AQUI É O QUE DELIMITA A RESPONSABILIDADE DEPOIS

- › A resposta por dano alcança o que extrapola o desgaste natural decorrente do uso regular. A fronteira só é verificável se o estado inicial estiver descrito bem a bem.
- › Divergência entre o relacionado e o conferido é descrita no próprio instrumento, com registro fotográfico e ciência das partes, antes da assinatura.
- › Descrever a divergência é diferente de contá-la: é a descrição que permite distinguir, anos depois, o erro de identificação da alteração ocorrida no uso.
- › Bem conferido sem que se registre a sua condição de funcionamento volta como discussão no inventário de encerramento.

POP-PAT-01.3 Sequência de execução

1. Receber da Coordenação de Patrimônio da contratante a relação dos bens a serem conferidos e a data da conferência.
2. Designar, por função, quem acompanha a conferência por área da unidade.
3. Conferir cada bem contra a relação: número de patrimônio, tipo, marca, modelo e número de série, quando o bem os apresentar.
4. Registrar a localização física em que o bem foi encontrado, por setor.
5. Registrar o estado de conservação apurado e a condição de funcionamento observada.
6. Encaminhar à engenharia clínica, para avaliação técnica, o equipamento cuja condição de uso suscite dúvida, e registrar a conclusão no próprio inventário.
7. Descrever cada divergência encontrada, com registro fotográfico e ciência das partes.
8. Consolidar o inventário de abertura, com a relação dos bens, o estado de cada um e as divergências descritas.
9. Lançar os bens conferidos no cadastro patrimonial da unidade, com localização e responsável por função.
10. Abrir a ficha histórica dos equipamentos, na forma do POP-PAT-04.
11. Arquivar o inventário de abertura junto ao termo de permissão de uso assinado.

Elemento conferido	Onde consta	O que a divergência exige
Número de patrimônio	Relação da Coordenação de Patrimônio	Descrição da identificação encontrada, sem substituí-la por conta própria
Tipo, marca, modelo e número de série	Etiqueta e placa do próprio bem	Registro do que o bem apresenta, com fotografia
Localização física	Relação e conferência no setor	Registro do setor em que foi encontrado, para atualização cadastral
Estado de conservação	Descrição minuciosa do termo, item 12.5.2	Descrição do estado apurado, com ciência das partes
Condição de funcionamento	Verificação no ato e avaliação técnica	Encaminhamento à engenharia clínica e registro da conclusão

Tabela POP-PAT-01.1 — O que se confere em cada bem e o que a divergência exige.

✓ O QUE PROTEGE A ORGANIZAÇÃO NO RECEBIMENTO
› Acompanhar a conferência bem a bem, com responsável designado por função em cada área.
› Descrever o estado apurado, e não apenas assinalar conformidade.
› Fotografar o que se descreve, porque a fotografia datada sustenta a descrição.
› Arquivar o inventário de abertura junto ao termo, porque é o par que fecha o sentido.

✕ O QUE FRAGILIZA O RECEBIMENTO

- › Assinar o termo antes de concluída a conferência dos bens relacionados.
- › Reduzir a divergência a um número, sem descrever em que ela consiste.
- › Alterar por conta própria identificação de bem que pertence ao patrimônio municipal.
- › Deixar sem registro a condição de funcionamento do equipamento recebido.

POP-PAT-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Inventário de abertura consolidado, com estado e divergências descritas, arquivado junto ao termo de permissão de uso.
- › Registro fotográfico datado das divergências e dos estados de conservação descritos.
- › Cadastro patrimonial da unidade alimentado com localização e responsável por função.
- › Fichas históricas abertas para os equipamentos recebidos.

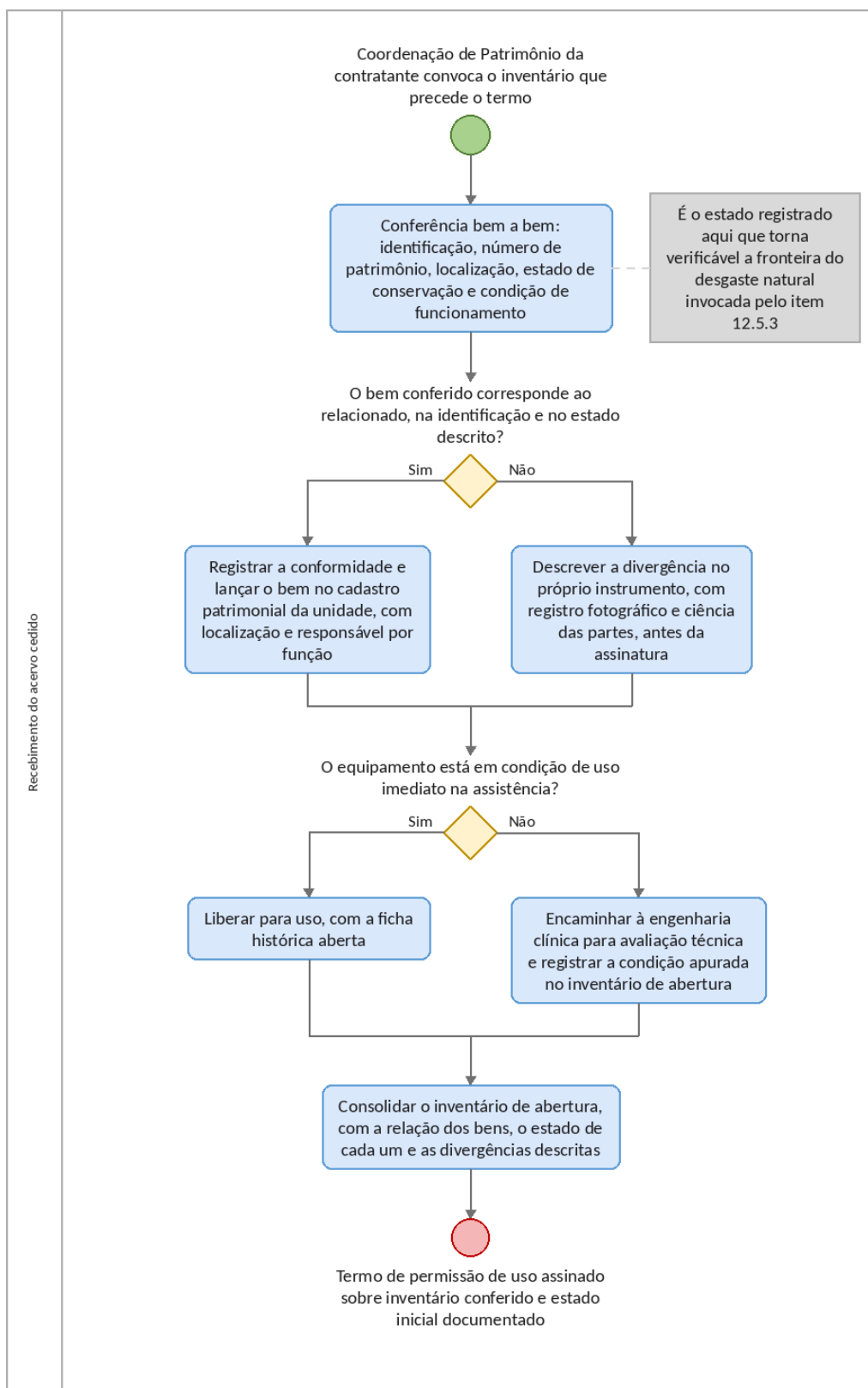
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

O termo vem depois do inventário	O item 12.5.1 condiciona a celebração à conferência.
Estado inicial delimita o dano	Só extrapola o desgaste natural o que se pode comparar.
Descrever, não contar	A descrição é o que sobrevive à troca de equipes.
A identificação é do Município	A organização registra o que encontra; não renumera.
Inventário e termo andam juntos	Arquivados como peça única desde a assinatura.

POP-PAT-01.5 Fluxograma

O fluxograma do recebimento tem duas bifurcações que mudam o percurso: a correspondência entre o bem conferido e o bem relacionado, que decide entre lançar a conformidade e descrever a divergência antes da assinatura, e a condição de uso do equipamento, que separa a liberação imediata do encaminhamento à avaliação técnica.

POP-PAT-01 — Inventário de abertura e termo de permissão de uso



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.5.1, 12.5.2, 12.5.3 e 17.1.5.

POP-PAT-02. Tombamento e etiquetagem de bem adquirido ou doado

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-02.1 Quando usar

- › No recebimento de bem permanente adquirido com recursos do contrato de gestão.
- › No recebimento de bem permanente doado para instalação na unidade.
- › Quando o órgão designado pelo Município atribuir o número de patrimônio ao bem.

POP-PAT-02.2 Fundamento

Item 12.6.1 do termo de referência: os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes adquiridos com recursos do contrato de gestão ou recebidos em doação para instalação na unidade serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município, competindo à contratada providenciar e entregar à contratante toda a documentação necessária à regular incorporação e patrimonialização. Itens 12.7.5, 12.8.1 e 12.8.2; itens 3.23, 3.23.1 e 3.23.2 do edital. Seção 6.5 do protocolo.

! A INCORPORAÇÃO É AUTOMÁTICA; A DOCUMENTAÇÃO É O QUE CABE À ORGANIZAÇÃO

- › O bem passa a integrar o patrimônio do Município por força do dispositivo, e não por ato da organização. A patrimonialização é praticada pelo órgão designado pelo Município.
- › O que o instrumento exige da organização é entregar a documentação necessária à regular incorporação, e apresentá-la tão logo realizada a aquisição.
- › Enquanto o número de patrimônio não é atribuído, o bem é identificado provisoriamente pelo cadastro da unidade, e a identificação provisória fica vinculada à definitiva.
- › Nota fiscal de serviço ou de produto relativa ao parque tecnológico discrimina modelos, números de série e patrimônios vinculados, na forma do item 12.35.9.4.

POP-PAT-02.3 Sequência de execução

1. Receber o bem e conferi-lo contra o documento fiscal ou o termo de doação: tipo, marca, modelo, número de série, acessórios e condição de recebimento.
2. Registrar a conformidade do recebimento ou a divergência apurada, com ciência do fornecedor ou do doador.
3. Lançar o bem no cadastro patrimonial da unidade com identificação provisória, localização e responsável por função.
4. Reunir a documentação necessária à incorporação, conforme a origem do bem.
5. Encaminhar o conjunto documental à contratante tão logo realizada a aquisição, na forma do item 3.23.1 do edital.
6. Registrar a data do encaminhamento e o protocolo de recebimento pela contratante.
7. Acompanhar a atribuição do número de patrimônio pelo órgão designado pelo Município.
8. Etiquetar o bem reproduzindo o número atribuído, em posição visível e resistente ao uso e à limpeza do ambiente.
9. Vincular, no cadastro, a identificação provisória ao número definitivo, sem apagar o histórico anterior.
10. Abrir a ficha histórica do equipamento, na forma do POP-PAT-04.
11. Incluir o bem no inventário completo de que trata o item 12.8.2.

Origem do bem	Documentação a reunir	Destinatário
Aquisição com recursos do contrato de gestão	Documento fiscal, comprovação da pesquisa de preços, termo de recebimento, manual e certificado de garantia	Contratante, tão logo realizada a aquisição
Doação para instalação na unidade	Termo de doação, identificação do doador, descrição do bem e termo de recebimento	Contratante, para a regular incorporação
Equipamento do parque tecnológico	Nota fiscal com discriminação de modelos, números de série e patrimônios vinculados, laudo de instalação e comprovante de treinamento das equipes	Contratante e engenharia clínica
Benfeitoria, adaptação ou instalação	Autorização prévia e expressa do Poder Público e documentação da execução	Contratante, por integrarem automaticamente o patrimônio municipal

Tabela POP-PAT-02.1 — Documentação da incorporação, conforme a origem do bem.

✓ O QUE TORNA A INCORPORAÇÃO REGULAR

- › Reunir a documentação no momento da aquisição, quando as peças ainda existem reunidas.
- › Encaminhar à contratante tão logo realizada a aquisição, com protocolo registrado.

✓ O QUE TORNA A INCORPORAÇÃO REGULAR

- › Identificar o bem desde a entrada, ainda que provisoriamente.
- › Etiquetar reproduzindo o número atribuído pelo Município, sem criar numeração paralela.

✗ O QUE COMPROMETE A PATRIMONIALIZAÇÃO

- › Tratar a incorporação como ato da organização, quando ela decorre do próprio dispositivo.
- › Reunir a documentação depois, quando o bem já está em uso e as peças se dispersaram.
- › Deixar o bem em uso sem qualquer identificação enquanto aguarda o número definitivo.
- › Realizar benfeitoria ou instalação sem a autorização prévia e expressa do Poder Público.

POP-PAT-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Termo de recebimento do bem, com a conferência contra o documento fiscal ou o termo de doação.
- › Conjunto documental da incorporação e o protocolo do encaminhamento à contratante.
- › Cadastro patrimonial com identificação provisória vinculada ao número definitivo.
- › Ficha histórica aberta e registro fotográfico da etiquetagem.

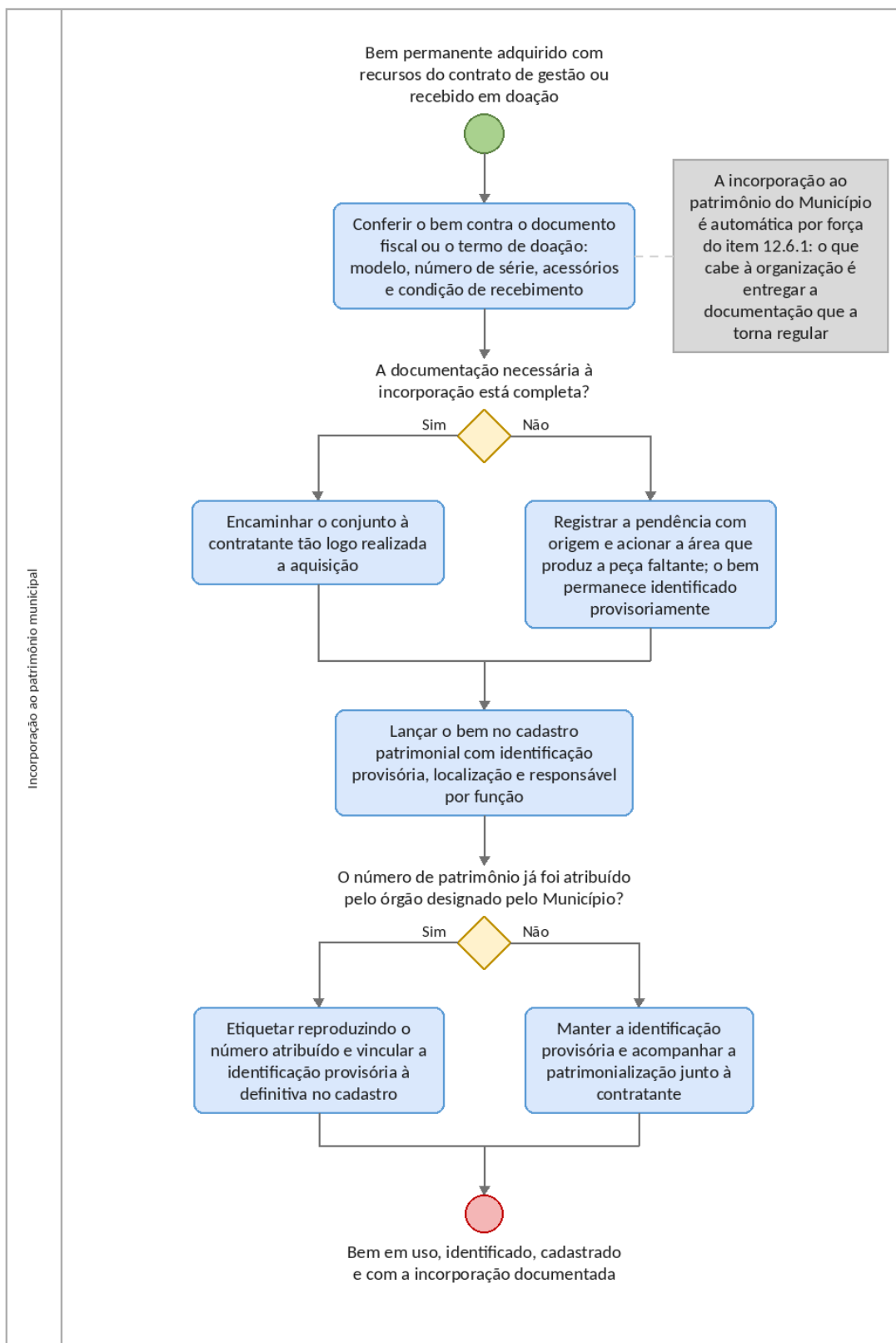
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Incorporação automática	O item 12.6.1 a produz por força própria, sem ato da organização.
Documentação é o dever	Providenciar e entregar o que torna a incorporação regular.
Tão logo realizada a aquisição	É a expressão do item 3.23.1 do edital.
Número vem do Município	A etiqueta reproduz o número atribuído, não o cria.
Provisório vinculado ao definitivo	Sem apagar o histórico do cadastro.

POP-PAT-02.5 Fluxograma

O fluxograma da incorporação mostra as duas decisões que a governam: a completude da documentação que a contratante precisa receber para regularizar a incorporação, e a atribuição do número de patrimônio pelo órgão designado pelo Município, que é o que autoriza a etiquetagem definitiva.

POP-PAT-02 — Tombamento e etiquetagem de bem adquirido ou doado



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.6.1, 12.8.1 e 12.8.2; Edital 001/SEMUS/2026, itens 3.23.1 e 3.23.2.

POP-PAT-03. Movimentação de bem entre setores e atualização cadastral

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-03.1 Quando usar

- › Antes de deslocar mobiliário, material ou equipamento permanente entre setores.
- › Antes da saída de bem da unidade para manutenção, calibração ou intervenção externa.
- › No retorno do bem que saiu, e sempre que a localização registrada deixar de corresponder à física.

POP-PAT-03.2 Fundamento

Item 12.8.3 do termo de referência: qualquer deslocamento de mobiliário, materiais ou equipamentos permanentes deverá ser previamente informado à SEMUS/NI, com atualização da respectiva ficha cadastral. Item 3.23.4 do edital, que determina informar à SEMUS todos e quaisquer deslocamentos para outros setores e atualizar a localização na ficha cadastral. Seção 6.6 do protocolo.

! A COMUNICAÇÃO É PRÉVIA, E A FICHA CADASTRAL ACOMPANHA O BEM

- › O dispositivo emprega a palavra previamente: a informação antecede o deslocamento, e não o documenta depois.
- › Cadastro que não acompanha o bem transforma o inventário seguinte em discussão entre setores, em vez de conferência.
- › Deslocamento sem registro é a causa mais frequente de divergência de inventário, e a mais facilmente evitável de todas.
- › Saída para intervenção externa tem finalidade, prazo previsto de retorno e prestador identificados no próprio registro.

POP-PAT-03.3 Sequência de execução

1. Identificar a necessidade do deslocamento e o bem envolvido, pelo número de patrimônio.
2. Informar previamente à SEMUS/NI o deslocamento pretendido, na forma do item 12.8.3.
3. Registrar setor de origem, setor de destino e responsável por função em cada ponta.
4. Conferir o bem na origem, quanto à integridade e aos acessórios que o acompanham.
5. Tratando-se de saída externa, registrar a finalidade, o prazo previsto de retorno e o prestador que recebe o bem.
6. Executar o deslocamento e conferir o bem no destino, pelo número de patrimônio.
7. Atualizar a localização na ficha cadastral e no cadastro patrimonial da unidade.
8. Manter em pendência aberta a movimentação cuja atualização cadastral ainda não se concluiu.
9. No retorno do bem que saiu, conferir a integridade e registrar a intervenção realizada na ficha histórica.
10. Registrar e comunicar à coordenação responsável a pendência de retorno que ultrapasse o prazo previsto.

Espécie	O que a caracteriza	O que o registro exige
Entre setores da unidade	Mudança de lotação física do bem	Informação prévia à SEMUS/NI e atualização da localização na ficha cadastral
Cessão temporária a outro setor	Uso por prazo determinado, sem mudança de lotação	Prazo, responsável por função na origem e no destino e data prevista de retorno
Saída para intervenção externa	Manutenção, calibração ou reparo fora da unidade	Finalidade, prestador identificado, prazo previsto e conferência de integridade no retorno
Retorno de bem que saiu	Reintegração do bem ao setor de origem	Conferência do bem, registro da intervenção na ficha histórica e baixa da pendência

Tabela POP-PAT-03.1 — Espécies de deslocamento e o que cada uma exige.

✓ O QUE MANTÉM O CADASTRO FIEL
› Informar previamente, porque é o que o dispositivo determina.
› Conferir o bem na origem e no destino, pelo número de patrimônio.
› Registrar responsável por função em cada ponta do deslocamento.
› Manter em pendência aberta a movimentação sem atualização cadastral concluída.

✕ O QUE PRODUZ DIVERGÊNCIA DE INVENTÁRIO

- › Deslocar primeiro e comunicar depois.
- › Registrar o deslocamento sem atualizar a localização na ficha cadastral.
- › Deixar sair bem para intervenção externa sem prazo previsto de retorno.
- › Aceitar o retorno sem conferir a integridade e sem lançar a intervenção na ficha.

POP-PAT-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Comunicação prévia do deslocamento à SEMUS/NI, com data e protocolo.
- › Registro do deslocamento, com origem, destino e responsáveis por função.
- › Ficha cadastral e cadastro patrimonial com a localização atualizada.
- › Registro de saída e retorno do bem em intervenção externa, com a conferência de integridade.

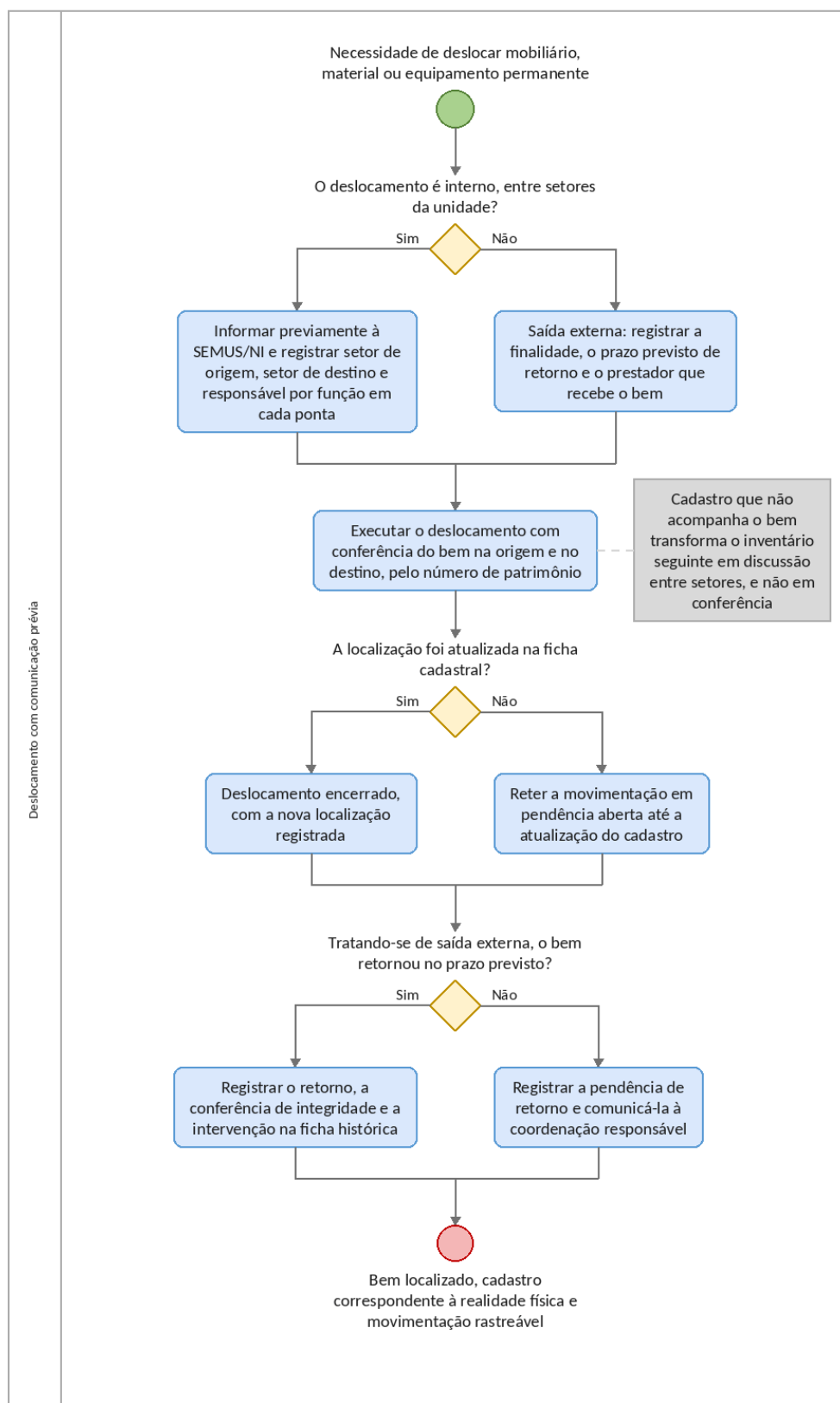
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A comunicação é prévia	O item 12.8.3 emprega a palavra previamente.
A ficha acompanha o bem	Localização atualizada é condição do inventário confiável.
Duas conferências	Uma na origem, outra no destino, pelo número de patrimônio.
Saída externa tem prazo	Finalidade, prestador e retorno previsto no registro.
Pendência aberta é visível	Movimentação sem cadastro atualizado permanece em aberto.

POP-PAT-03.5 Fluxograma

O fluxograma da movimentação separa o deslocamento interno da saída externa logo na primeira decisão, porque as duas geram registros diferentes, e volta a se abrir em duas travas: a atualização da ficha cadastral e o retorno do bem que saiu para intervenção fora da unidade.

POP-PAT-03 — Movimentação de bem entre setores e atualização cadastral



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.8.3; Edital 001/SEMUS/2026, item 3.23.4.

POP-PAT-04. Ficha histórica individualizada do equipamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-04.1 Quando usar

- › Na entrada de equipamento no parque, seja ele cedido, adquirido ou doado.
- › A cada intervenção preditiva, preventiva ou corretiva realizada no equipamento.
- › Na calibração, no teste de segurança elétrica e no retorno de intervenção externa.

POP-PAT-04.2 Fundamento

Item 12.6.2.3 do termo de referência: manter ficha histórica individualizada dos equipamentos cedidos pela SEMUS/NI, contendo o registro das intervenções realizadas, serviços executados, peças substituídas e a periodicidade de manutenção. Item 3.23.3 do edital, quanto à ficha histórica das intervenções sofridas pelos equipamentos ao longo do tempo. Itens 12.35.6.1 e 12.35.9.6, quanto ao relatório técnico semestral e ao descritivo das intervenções. Seção 6.7 do protocolo.

! A FICHA É A MEMÓRIA TÉCNICA QUE SUSTENTA A CONDIÇÃO DO BEM NA DEVOLUÇÃO

- › O item 12.6.2.3 nomeia quatro conteúdos: intervenções realizadas, serviços executados, peças substituídas e periodicidade de manutenção.
- › Intervenção que não entra na ficha no momento em que ocorre raramente é reconstituída com fidelidade meses depois, e é justamente ela que demonstra a conservação.
- › O descritivo exigido pelo item 12.35.9.6 traz data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável técnico — e alimenta a própria ficha.
- › O parque de suporte à vida e diagnóstico tem relatório técnico semestral de manutenção preventiva e calibração, na forma do item 12.35.6.1.

POP-PAT-04.3 Sequência de execução

1. Identificar o equipamento pelo número de patrimônio e recuperar a sua ficha histórica.
2. Abrir a ficha, quando se tratar de equipamento que ingressa no parque, com identificação, origem, data de entrada e condição inicial.
3. Classificar a intervenção realizada: preditiva, preventiva ou corretiva.
4. Registrar a data, o serviço executado e as peças substituídas.
5. Registrar a identificação do responsável técnico pela intervenção.
6. Lançar, para a intervenção programada, a periodicidade de manutenção prevista para o equipamento.
7. Descrever, na intervenção corretiva, a falha que a motivou e o desfecho apurado.
8. Anexar à ficha o certificado de calibração e o teste de segurança elétrica, quando o equipamento os comportar.
9. Alimentar, com os dados da ficha, o relatório técnico semestral do parque tecnológico.
10. Registrar a saída e o retorno do equipamento em intervenção externa, na forma do POP-PAT-03.
11. Manter a ficha vinculada ao bem no cadastro patrimonial, até a sua restituição.

Campo da ficha	O que registra	Origem da exigência
Identificação do equipamento	Número de patrimônio, tipo, marca, modelo e número de série	Itens 12.8.2 e 12.35.9.4
Intervenções realizadas	Data, natureza da intervenção e desfecho	Item 12.6.2.3
Serviços executados	Descrição do serviço e responsável técnico identificado	Itens 12.6.2.3 e 12.35.9.6
Peças substituídas	Peça, quantidade e data da substituição	Item 12.6.2.3 e item 3.23.3 do edital
Periodicidade de manutenção	Plano de manutenção previsto para o equipamento	Item 12.6.2.3
Calibração e segurança elétrica	Certificado e teste, quando o equipamento os comportar	Itens 12.35.6.1 e 12.35.9.3

Tabela POP-PAT-04.1 — Conteúdo da ficha histórica e a origem de cada campo.

✓ O QUE MANTÉM A FICHA ÚTIL
› Lançar a intervenção no momento em que ela ocorre, com o responsável técnico identificado.
› Descrever a falha que motivou a intervenção corretiva, e não apenas o reparo.
› Anexar certificado de calibração e teste de segurança elétrica ao próprio registro do bem.
› Manter a ficha vinculada ao número de patrimônio, e não ao setor onde o bem está.

✕ O QUE ESVAZIA A FICHA HISTÓRICA

- › Reconstituir intervenções meses depois, a partir de memória ou de estimativa.
- › Registrar o reparo sem identificar quem o executou.
- › Manter registro por setor, que se perde quando o bem é deslocado.
- › Deixar a peça substituída fora do registro, quando é ela que demonstra a conservação.

POP-PAT-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ficha histórica individualizada, vinculada ao número de patrimônio do equipamento.
- › Descritivo das intervenções, com data, serviço executado, peças e responsável técnico.
- › Certificados de calibração e testes de segurança elétrica anexados ao registro do bem.
- › Relatório técnico semestral de manutenção preventiva e calibração do parque tecnológico.

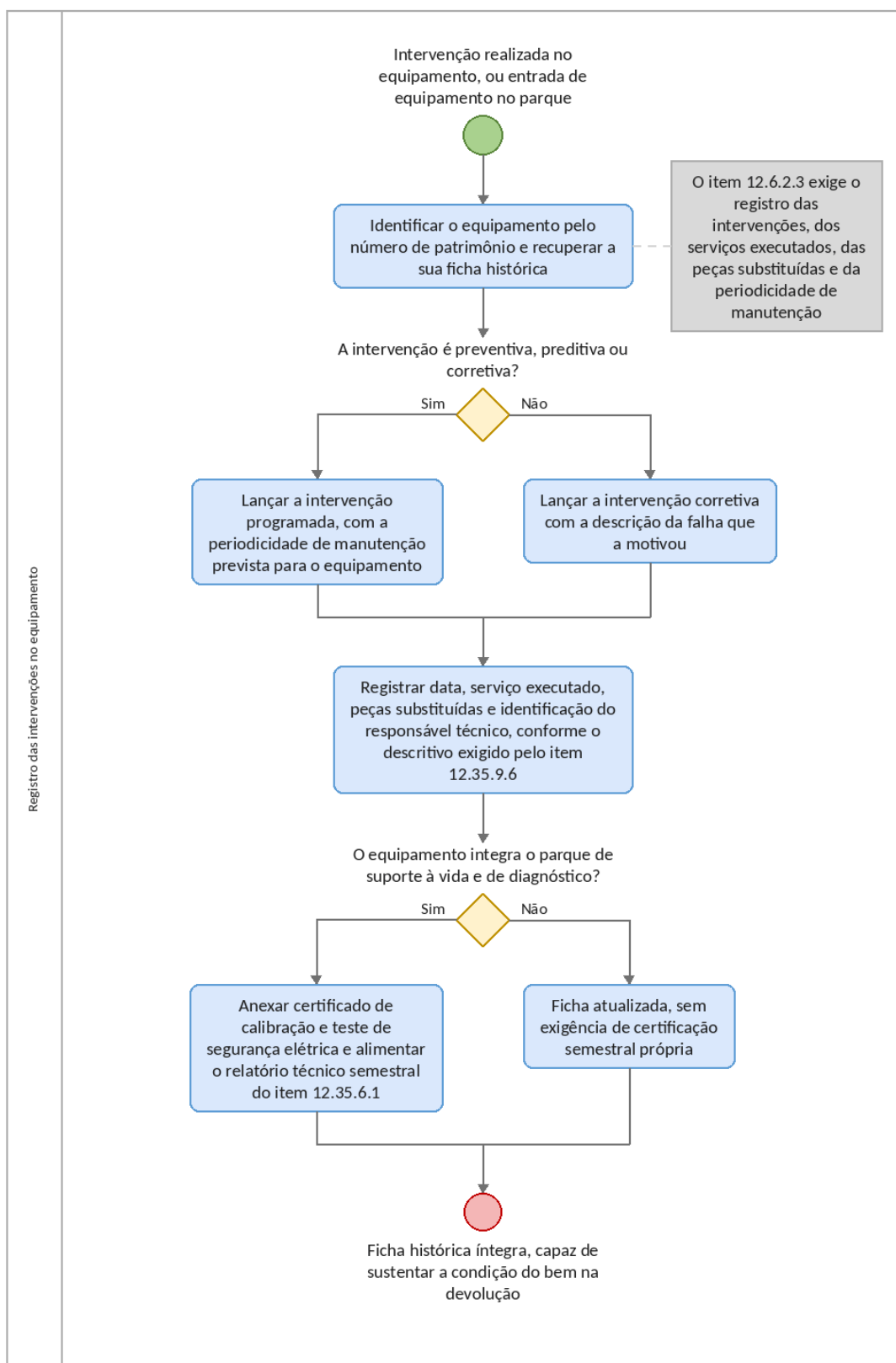
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quatro conteúdos nomeados	Intervenções, serviços, peças e periodicidade de manutenção.
Registro no momento	Intervenção lançada depois perde a fidelidade que a torna prova.
A ficha segue o bem	Vinculada ao patrimônio, não ao setor.
Parque tecnológico tem relatório	Semestral, comprovando preventiva e calibração.
A ficha sustenta a devolução	É ela que demonstra a conservação ao longo da vigência.

POP-PAT-04.5 Fluxograma

O fluxograma da ficha histórica tem duas bifurcações: a natureza da intervenção, que muda o que se lança no registro, e a pertinência do equipamento ao parque de suporte à vida e diagnóstico, que aciona a certificação e o relatório técnico semestral.

POP-PAT-04 — Ficha histórica individualizada do equipamento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.6.2.3, 12.35.6.1 e 12.35.9.6; Edital 001/SEMUS/2026, item 3.23.3.

POP-PAT-05. Baixa, permuta e tratamento de bem irrecuperável

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-05.1 Quando usar

- › Ao identificar vício oculto, falha estrutural ou problema no funcionamento de bem cedido.
- › Quando a avaliação técnica concluir pela irrecuperabilidade do bem.
- › Nas hipóteses de dano, extravio ou obsolescência que suscitem alteração da situação do bem.

POP-PAT-05.2 Fundamento

Item 12.7.3 do termo de referência: comunicar imediatamente à Comissão de Fiscalização dos Contratos de Gestão da SEMUS/NI a existência de vícios ocultos, falhas estruturais ou problemas no funcionamento dos bens móveis e imóveis, sob pena de responsabilização e obrigação de reparação dos danos. Item 12.9.3, quanto à permuta por bem de igual ou maior valor mediante prévia avaliação e autorização expressa da contratante, e item 12.9.2, quanto à substituição dos irrecuperáveis. Art. 13 da Lei n.º 9.637/1998. Seção 6.8 do protocolo.

! A BAIXA PATRIMONIAL DE BEM MUNICIPAL É ATO DA ADMINISTRAÇÃO

- › O bem cedido pertence ao Município. A organização o guarda e o conserva; a decisão sobre a sua situação patrimonial é da contratante.
- › O que cabe à organização é comunicar imediatamente, instruir tecnicamente e propor — nunca dar baixa por conta própria nem descartar bem tombado.
- › A permuta depende de prévia avaliação e de autorização expressa da contratante, e o bem que entra passa a integrar o patrimônio municipal.
- › Omitir a comunicação de vício oculto, falha estrutural ou problema de funcionamento sujeita a organização a responsabilização e à obrigação de reparação dos danos.

POP-PAT-05.3 Sequência de execução

1. Identificar a ocorrência: vício oculto, falha estrutural, problema no funcionamento, dano ou extravio.
2. Comunicar imediatamente à Comissão de Fiscalização dos Contratos de Gestão, na forma do item 12.7.3, e registrar a data da comunicação.
3. Abrir a avaliação técnica do bem pela engenharia clínica ou pela área responsável, conforme a natureza do equipamento.
4. Concluindo a avaliação pela recuperabilidade, executar o reparo, registrar a intervenção na ficha histórica e devolver o bem ao uso.
5. Concluindo pela irrecuperabilidade, instruir a proposta de destinação com laudo técnico e estimativa de valor.
6. Tratando-se de permuta, submeter à contratante a proposta de substituição por bem de igual ou maior valor, com a avaliação prévia exigida.
7. Tratando-se de baixa, submeter a proposta à contratante, a quem compete o ato.
8. Nas hipóteses de dano ou extravio, registrar a ocorrência, apurar internamente a causa e dar ciência à contratante do fato que altere de forma relevante a execução, na forma do item 12.7.4.
9. Aguardar e registrar a decisão da contratante, arquivando o ato autorizativo.
10. Atualizar o cadastro patrimonial conforme a decisão e vincular ao processo do bem toda a documentação produzida.
11. Verificar, para os bens irrecuperáveis, a obrigação de substituição no encerramento, prevista no item 12.9.2.

Situação	A quem compete o ato	O que a organização produz
Vício oculto, falha estrutural ou problema de funcionamento	Comunicação da organização e providências da contratante	Comunicação imediata à Comissão de Fiscalização e avaliação técnica
Bem recuperável	Reparo executado pela organização	Intervenção registrada na ficha histórica e bem devolvido ao uso
Permuta por bem de igual ou maior valor	Prévia avaliação e autorização expressa da contratante	Proposta instruída, avaliação do bem e registro do ato autorizativo
Baixa patrimonial	Ato da Administração municipal	Laudo técnico, proposta fundamentada e atualização do cadastro após a decisão
Bem irrecuperável ao término da vigência	Substituição, na forma do item 12.9.2	Identificação prévia no inventário de encerramento e providência de substituição

Tabela POP-PAT-05.1 — Situação do bem e o ato que cada uma exige.

✓ O QUE A SITUAÇÃO DO BEM EXIGE

✓ O QUE A SITUAÇÃO DO BEM EXIGE

- › Comunicar imediatamente, porque a omissão é que gera responsabilização.
- › Instruir a proposta com laudo técnico e estimativa de valor.
- › Aguardar o ato autorizativo da contratante antes de qualquer destinação.
- › Arquivar a autorização junto ao processo do bem, e não apenas no cadastro.

✗ O QUE A ORGANIZAÇÃO NÃO PODE FAZER COM BEM MUNICIPAL

- › Dar baixa, descartar ou destinar bem tombado sem ato autorizativo da contratante.
- › Permutar bem sem prévia avaliação e sem autorização expressa.
- › Retirar bem da unidade a título de troca informal com terceiros.
- › Deixar de comunicar vício oculto ou falha estrutural na expectativa de resolvê-los antes.

POP-PAT-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Comunicação à Comissão de Fiscalização, com data e protocolo.
- › Laudo de avaliação técnica e estimativa de valor do bem.
- › Proposta de permuta ou de baixa e o ato autorizativo da contratante.
- › Cadastro patrimonial atualizado e processo do bem com toda a documentação vinculada.

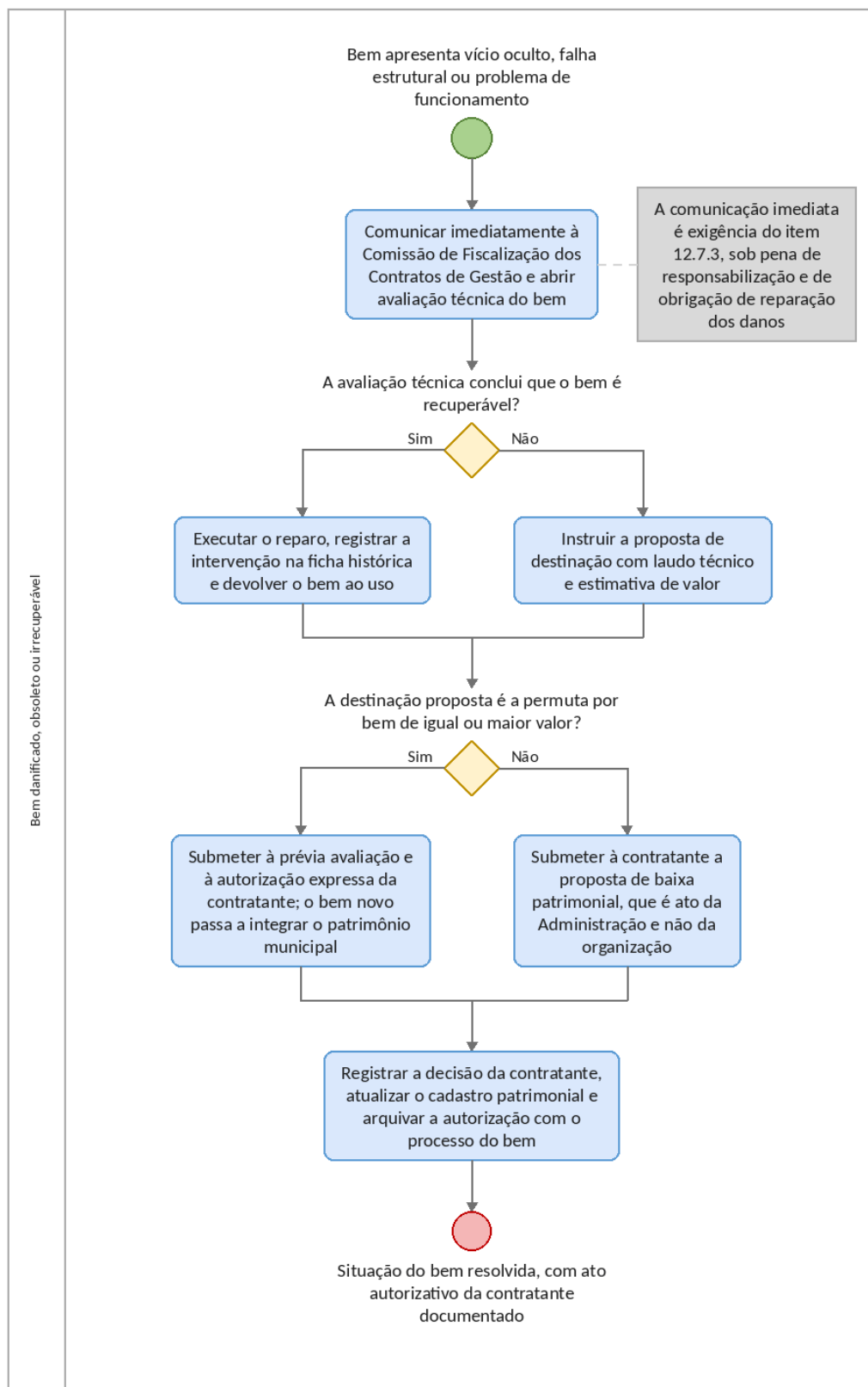
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A baixa é da Administração	A organização comunica, instrui e propõe.
Comunicação imediata	O item 12.7.3 a exige sob pena de responsabilização.
Permuta tem dois requisitos	Prévia avaliação e autorização expressa da contratante.
O bem novo é do Município	A permuta faz o substituto integrar o patrimônio municipal.
Irrecuperável se substitui	O item 12.9.2 impõe a substituição no encerramento.

POP-PAT-05.5 Fluxograma

O fluxograma do bem danificado mostra a decisão técnica que separa o recuperável do irrecuperável e, adiante, a decisão que define a destinação — permuta por bem de igual ou maior valor ou proposta de baixa —, ambas dependentes de autorização expressa da contratante.

POP-PAT-05 — Baixa, permuta e tratamento de bem irrecuperável



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.7.3, 12.9.2 e 12.9.3; Lei n.º 9.637/1998, art. 13.

POP-PAT-06. Seguro dos bens cedidos e acionamento de sinistro

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-06.1 Quando usar

- › Na contratação e na renovação da cobertura securitária dos prédios e bens móveis cedidos.
- › Sempre que o acervo se alterar de modo relevante para a descrição dos bens segurados.
- › Na ocorrência de incêndio, dano, avaria ou evento que atinja bem coberto pela apólice.

POP-PAT-06.2 Fundamento

Item 3.17 do edital: providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para os prédios e bens móveis cedidos, devendo a contratação contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados. Item 12.7.6 do termo de referência. Cláusula sétima da minuta de termo de permissão de uso, quanto ao seguro contra incêndio com o Município como beneficiário e à renovação anual enquanto perdurar a cessão. Art. 771 do Código Civil. Seção 6.9 do protocolo.

! A APÓLICE SE ALIMENTA DO CADASTRO PATRIMONIAL

- › A descrição dos bens a segurar é exigência expressa do item 3.17 do edital, e a sua fonte é o cadastro patrimonial da unidade.
- › Cadastro desatualizado produz apólice desatualizada, e o efeito só aparece no sinistro, quando já não há correção possível.
- › A comunicação do sinistro ao segurador é feita logo que dele se saiba, com as providências imediatas para minorar as consequências, na forma do art. 771 do Código Civil.
- › O sinistro que atinge bem cedido é também comunicado à Comissão de Fiscalização, porque o bem pertence ao Município.

POP-PAT-06.3 Sequência de execução

1. Extrair do cadastro patrimonial a relação e a descrição dos bens a serem segurados.
2. Contratar as coberturas contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil, com garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.
3. Conferir se a apólice contempla os prédios e os bens móveis cedidos e se traz a descrição exigida pelo item 3.17 do edital.
4. Comprovar o pagamento do prêmio perante o Município e arquivar o comprovante.
5. Renovar a cobertura enquanto perdurar a cessão, e revisar a descrição dos bens segurados sempre que o acervo se alterar de modo relevante.
6. Ocorrendo sinistro, preservar o local, registrar fotograficamente e identificar os bens atingidos pelo número de patrimônio.
7. Comunicar o sinistro à seguradora logo que dele se saiba e adotar as providências imediatas para minorar as consequências.
8. Comunicar o evento à Comissão de Fiscalização dos Contratos de Gestão e à contratante.
9. Acompanhar a regulação do sinistro e reunir a documentação que a seguradora requerer.
10. Conduzir a reposição ou a reparação do bem conforme o desfecho e a decisão da contratante.
11. Atualizar o cadastro patrimonial e a apólice conforme o resultado, e arquivar o conjunto.

Elemento	Origem da exigência	Fonte do dado
Descrição dos bens a serem segurados	Item 3.17 do edital	Cadastro patrimonial e inventário mais recente
Coberturas pretendidas	Item 3.17 do edital e item 12.7.6 do termo de referência	Incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil
Garantia contra perda total ou parcial	Item 3.17 do edital	Cláusula específica da apólice contratada
Prédios e bens móveis cedidos	Item 12.7.6 do termo de referência	Termo de permissão de uso e inventário de abertura
Beneficiário e renovação	Cláusula sétima da minuta de termo de permissão de uso	Município como beneficiário, com renovação enquanto perdurar a cessão

Tabela POP-PAT-06.1 — Elementos da cobertura, origem da exigência e fonte do dado.

✓ O QUE MANTÉM A COBERTURA EFETIVA

- › Alimentar a descrição dos bens segurados a partir do cadastro patrimonial.
- › Revisar a apólice quando o acervo se alterar de modo relevante.
- › Comunicar o sinistro à seguradora logo que dele se saiba.

✓ O QUE MANTÉM A COBERTURA EFETIVA

- › Comprovar o pagamento perante o Município e arquivar o comprovante.

✗ O QUE COMPROMETE A INDENIZAÇÃO

- › Contratar cobertura a partir de relação genérica, sem a descrição exigida.
- › Deixar a apólice envelhecer em relação ao acervo efetivamente existente.
- › Retardar a comunicação do sinistro ao segurador.
- › Alterar o estado do local do sinistro antes do registro e da regulação.

POP-PAT-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Apólice vigente, com a descrição dos bens segurados e as coberturas contratadas.
- › Comprovante de pagamento do prêmio e da comprovação perante o Município.
- › Comunicação do sinistro à seguradora, à Comissão de Fiscalização e à contratante.
- › Registro fotográfico do sinistro, documentação da regulação e desfecho da reposição.

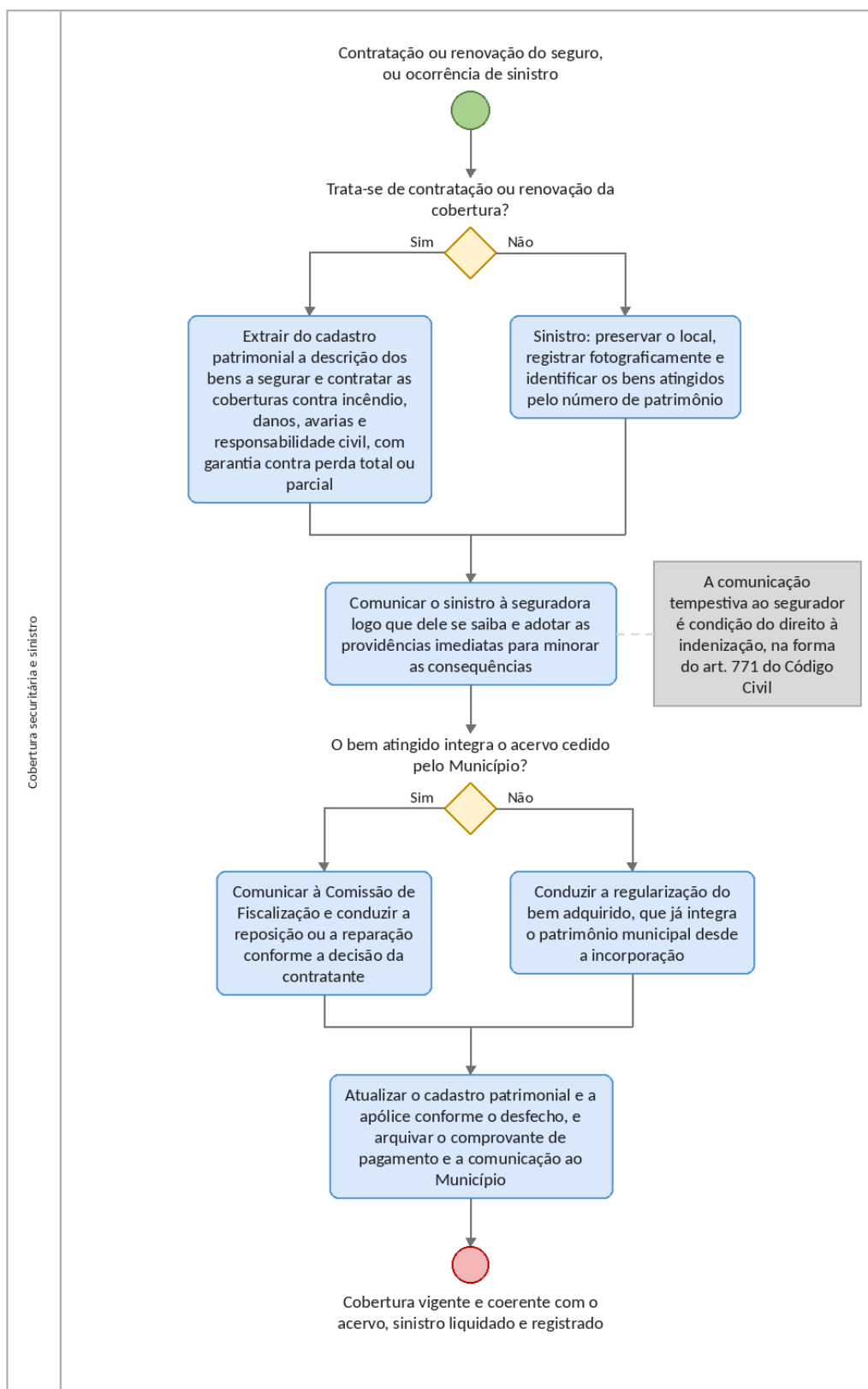
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A apólice vem do cadastro	A descrição dos bens segurados é exigência do item 3.17.
Quatro coberturas nomeadas	Incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil.
Perda total ou parcial	A garantia é expressa no edital e no termo de referência.
Aviso logo que se saiba	É condição do direito à indenização, no art. 771 do Código Civil.
O bem é do Município	Por isso o sinistro também se comunica à Comissão de Fiscalização.

POP-PAT-06.5 Fluxograma

O fluxograma do seguro percorre dois percursos que a primeira decisão separa: o da contratação e renovação da cobertura, alimentado pelo cadastro patrimonial, e o do sinistro, que se subdivide conforme o bem atingido seja cedido pelo Município ou adquirido na vigência.

POP-PAT-06 — Seguro dos bens cedidos e acionamento de sinistro



Referência: Edital 001/SEMUS/2026, item 3.17; Termo de Referência HGNI, item 12.7.6; Código Civil, art. 771.

POP-PAT-07. Inventário anual e devolução dos bens ao término do contrato

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-PAT-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 6 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-PAT-07.1 Quando usar

- › No encerramento de cada exercício, para instruir a prestação de contas anual.
- › Ao receber aviso de término, rescisão ou não prorrogação da vigência.
- › Nas hipóteses de intervenção administrativa, transição operacional ou encerramento contratual.

POP-PAT-07.2 Fundamento

Cláusula décima segunda da minuta de contrato de gestão, itens 12.3 e 12.4, inciso VIII: a prestação de contas anual abrange a totalidade das operações patrimoniais e é instruída com o inventário geral dos bens. Item 12.8.2 do termo de referência, quanto ao inventário completo com localização, identificação, tipo e número de patrimônio, e item 12.9.2, quanto à devolução de todas as áreas, equipamentos, instalações e utensílios em perfeitas condições de uso, ressalvado o desgaste natural, substituídos os irrecuperáveis. Seção 6.10 do protocolo.

! A DEVOLUÇÃO SE CONFERE CONTRA O ESTADO INICIAL DOCUMENTADO

- › O parâmetro da restituição é o inventário de abertura acrescido das movimentações registradas ao longo da vigência.
- › A ressalva do desgaste natural decorrente do uso regular só opera onde houver estado inicial descrito com que comparar.
- › A permissão de uso extingue-se automaticamente com o término da vigência, independentemente de notificação, na forma do item 17.1.9.
- › A minuta de termo de permissão de uso prevê multa pela restituição fora da data ou em desconformidade com as condições de recebimento, apurada conforme o inventário patrimonial.

POP-PAT-07.3 Sequência de execução

1. Definir o escopo do inventário: geral do exercício, para a prestação de contas, ou de encerramento, para a devolução.
2. Confrontar o cadastro patrimonial com o acervo físico, bem a bem, pelo número de patrimônio.
3. Registrar, para cada bem, a localização encontrada, o tipo e o estado de conservação apurado.
4. Abrir apuração da divergência quando o bem não for localizado na posição registrada, distinguindo erro de cadastro, deslocamento sem registro e ausência a esclarecer.
5. Incluir no levantamento os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão e os recebidos em doação, na forma do item 12.8.2.
6. Consolidar o inventário geral dos bens e integrá-lo à prestação de contas anual, no prazo do instrumento.
7. Tratando-se de encerramento, comparar o apurado com o inventário de abertura acrescido das movimentações registradas.
8. Identificar os bens irrecuperáveis e providenciar a substituição, na forma do item 12.9.2.
9. Reunir as fichas históricas, os atos autorizativos de permuta e a documentação das incorporações realizadas na vigência.
10. Realizar a conferência de devolução com a Coordenação de Patrimônio da contratante, bem a bem, com registro do estado de cada um.
11. Firmar o termo de devolução e arquivar o conjunto documental do encerramento.

Finalidade	Quando ocorre	O que produz
Inventário geral do exercício	No encerramento de cada exercício financeiro	Inventário geral dos bens, que instrui a prestação de contas anual
Atualização cadastral	Sempre que a conferência revelar divergência	Correção do cadastro, com a descrição da causa apurada
Inventário de encerramento	Ao término, rescisão ou não prorrogação da vigência	Comparação com o inventário de abertura e identificação dos irrecuperáveis
Conferência de devolução	Na restituição dos bens à contratante	Termo de devolução com o estado de cada bem registrado

Tabela POP-PAT-07.1 — As duas finalidades do inventário e o que cada uma produz.

✓ O QUE SUSTENTA O ENCERRAMENTO

- › Conferir bem a bem, pelo número de patrimônio, e não por amostra de setores.
- › Descrever a causa de cada divergência apurada, e não apenas corrigir o cadastro.

✓ O QUE SUSTENTA O ENCERRAMENTO

- › Preparar a transição com antecedência sobre o término da vigência.
- › Levar à conferência de devolução as fichas históricas e os atos autorizativos.

✗ O QUE COMPLICA A DEVOLUÇÃO

- › Chegar ao encerramento sem inventário de abertura com que comparar.
- › Deixar para o último inventário a apuração de divergências antigas.
- › Restituir bem irrecuperável sem providenciar a substituição prevista.
- › Firmar o termo de devolução sem registro do estado de cada bem.

POP-PAT-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Inventário geral dos bens, integrado à prestação de contas anual.
- › Apurações de divergência, com a causa descrita e a correção realizada.
- › Inventário de encerramento, comparado ao de abertura e às movimentações do período.
- › Termo de devolução firmado com a contratante, com o estado de cada bem registrado.
- › Conjunto documental do encerramento, guardado pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, na forma do item 12.30.3.

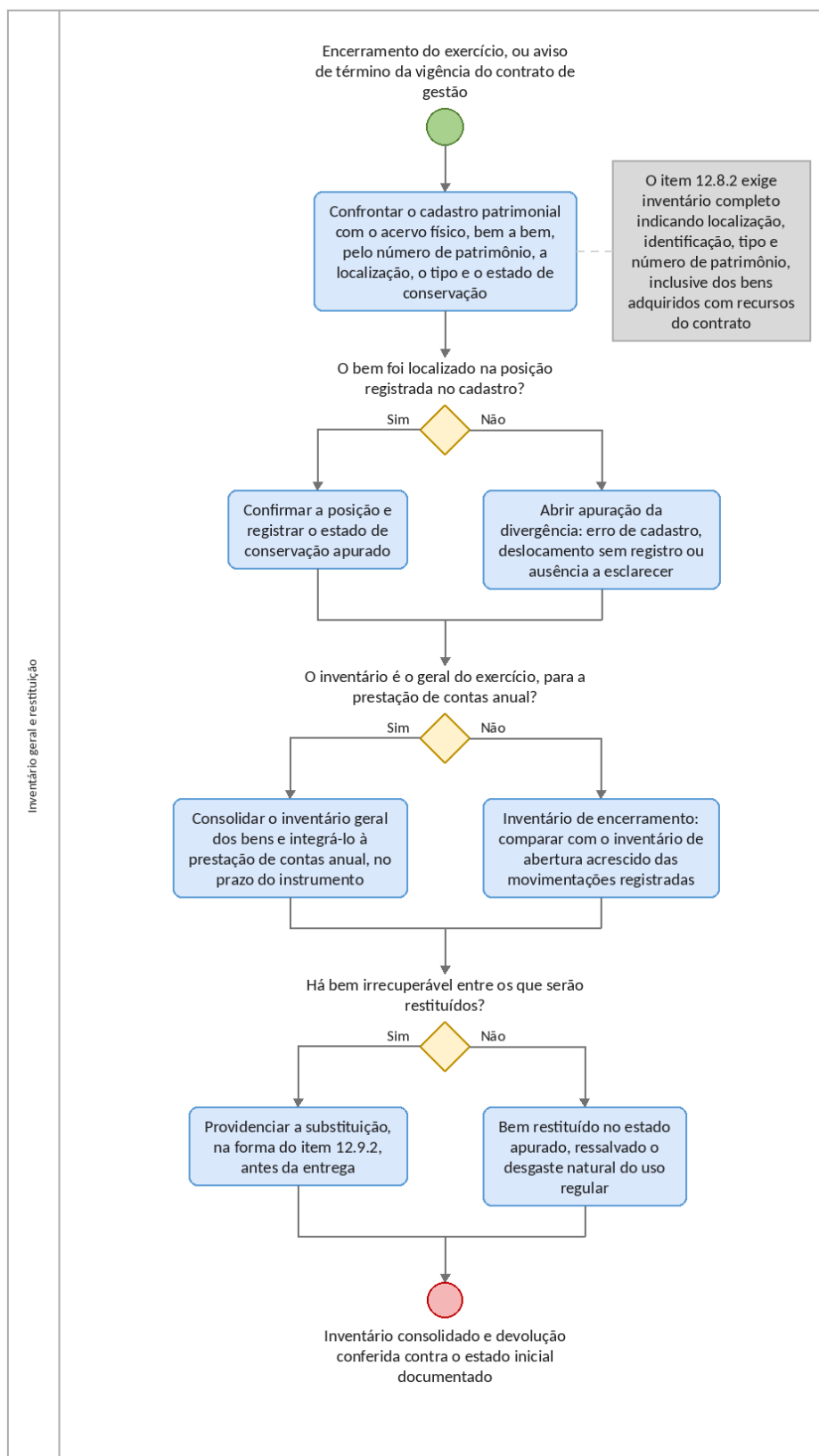
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Inventário geral é anual	Instrui a prestação de contas, por exigência do instrumento.
O parâmetro é a abertura	Devolve-se contra o estado inicial mais as movimentações.
Desgaste natural é ressalva	E só opera onde há descrição inicial com que comparar.
Irrecuperável se substitui	O item 12.9.2 impõe a substituição antes da entrega.
Extinção automática	A permissão se extingue com a vigência, independentemente de aviso.

POP-PAT-07.5 Fluxograma

O fluxograma do inventário tem três decisões: a localização do bem na posição registrada, que abre a apuração da divergência; a finalidade do inventário, que separa o geral do exercício do de encerramento; e a existência de bem irrecuperável entre os que serão restituídos.

POP-PAT-07 — Inventário anual e devolução dos bens ao término do contrato



Referência: Edital 001/SEMUS/2026, cláusula décima segunda, itens 12.3 e 12.4, VIII; Termo de Referência HGNI, itens 12.8.2 e 12.9.2.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 15943: diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização e a absorção de atividades por organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013; Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019; e Decreto Municipal n.º 12.460, de 2021, que disciplina a outorga de uso de bens públicos municipais a terceiros. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2013-2021. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/prefeitura/rj/nova-iguacu>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, e respectivas minutas de Contrato de Gestão e de Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e de Bem Imóvel. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Contratos e Fiscalização de Terceiros

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

7.1 Âmbito e finalidade.....	383
7.2 Base normativa.....	384
7.3 O ciclo do contrato, da formalização ao encerramento	386
7.4 Formalização, numeração, guarda e envio de cópia.....	387
7.5 Gestor e fiscal: designação formal e distinção de papéis	388
7.6 Medição mensal, apuração de ocorrências e índice de mensuração de resultado	388
7.7 Notificação, glosa e sanção ao contratado	389
7.8 Aditivo, reajuste e repactuação	390
7.9 Conferência de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.....	391
7.10 Encerramento contratual e transição de prestador sem descontinuidade	392
7.11 Atribuições e responsabilidades das equipes	393
7.12 Interface com finanças e com as áreas demandantes	394
7.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	395
7.14 Tratamento da não conformidade.....	396
7.15 Indicadores e monitoramento	396
7.16 Revisão, versão e governança do protocolo	398
7.17 Fluxograma	398

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	402
POP-CTR-01 Formalização, numeração, guarda e envio de cópia	403
POP-CTR-02 Designação formal de gestor e fiscal de contrato	408
POP-CTR-03 Medição mensal, apuração de ocorrências e cálculo do IMR	413
POP-CTR-04 Notificação, glosa e sanção ao contratado.....	417
POP-CTR-05 Aditivo, reajuste e repactuação	421
POP-CTR-06 Conferência de regularidade antes do pagamento	425
POP-CTR-07 Encerramento contratual e transição de prestador	430
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	435

Protocolo 7. Contratos e Fiscalização de Terceiros

7.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a organização formaliza, mede, fiscaliza e encerra os contratos que celebra com terceiros para a execução das atividades necessárias ao objeto do contrato de gestão. Alcança as contratações de apoio e administrativas — entre elas as de limpeza e higienização, processamento de roupas e rouparia, nutrição e dietética, manutenção predial e conforto ambiental, climatização, engenharia clínica, esterilização, gases medicinais, controle de acesso e sistemas de câmeras, coleta e tratamento de resíduos e transporte inter-hospitalar — e alcança também as contratações de serviços técnicos especializados e assistenciais, quando a organização delas se valer. O instrumento contratual relaciona todos esses serviços entre os que a contratada deve fornecer, e é essa lista que delimita o âmbito deste protocolo.

A finalidade é dupla, e as duas metades sustentam-se uma na outra. A primeira é assegurar que o serviço contratado seja efetivamente prestado nas condições pactuadas, porque nenhuma dessas atividades é acessória do ponto de vista da assistência: alimentação, roupa processada, ambiente limpo, equipamento calibrado e resíduo corretamente destinado são condições do cuidado, e a sua falha aparece no leito antes de aparecer na planilha. A segunda é preservar a organização e a Administração da exposição que nasce da relação com o prestador — e essa metade é o núcleo do protocolo.

O risco central é a responsabilidade subsidiária pelos encargos trabalhistas e previdenciários dos empregados do prestador contratado. Ela decorre da lei, não do contrato, e recai sobre quem toma o serviço quando o prestador deixa de honrar as obrigações do período em que o serviço foi prestado. A fiscalização documental do terceiro, por isso, não é burocracia: é exatamente a conduta diligente que afasta a responsabilização. O instrumento contratual reconhece essa ligação de forma expressa, ao exigir a apresentação das certidões negativas de débito junto ao instituto previdenciário e ao fundo de garantia com a finalidade declarada de garantir a ausência de responsabilidade subsidiária do órgão.

Duas premissas organizam o restante do documento. A primeira é que a contratação de terceiros não transfere responsabilidade: o instrumento contratual afirma que ela não descaracteriza nem reduz a responsabilidade integral da entidade pelo cumprimento das metas, dos indicadores, dos resultados e das demais obrigações assumidas, e que o acompanhamento ou a ciência da Administração acerca desses contratos não implica corresponsabilidade. A segunda é que a fiscalização se demonstra por documento: o que não foi registrado no momento em que ocorreu não prova, meses depois, que a diligência existiu.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de contratos e fiscalização de terceiros observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é

de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

7.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual — o edital, o termo de referência e os seus anexos —, que autoriza a contratação de terceiros, fixa os critérios mínimos do procedimento, impõe a comunicação e a guarda dos contratos e condiciona o pagamento à comprovação da regularidade. A segunda é a do mínimo legal aplicável à terceirização e ao custeio da seguridade social, que é a origem do risco que a fiscalização afasta. A terceira é a da normativa municipal que disciplina a contratualização com organizações sociais e a prestação de contas dos recursos públicos transferidos.

Na camada contratual, a autorização vem do item 3.13 do edital, que prevê a contratação de serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, com a responsabilização pelos encargos daí decorrentes, e do item 12.3.1 do termo de referência, que permite contratar terceiros para atividades necessárias ao cumprimento do objeto — inclusive assistenciais, de apoio e administrativas — sob responsabilidade exclusiva técnica, administrativa, trabalhista, previdenciária, fiscal e civil da entidade, sem que se estabeleça vínculo jurídico entre o terceiro e a contratante. O procedimento é regido pelo regulamento próprio de compras e contratações exigido pelo item 12.3.5, cujos critérios mínimos o item 12.3.6 enumera, e pela exigência de cotação prévia de preços do item 12.35.20. O item 12.3.3 veda a contratação de cooperativa cujo objeto caracterize intermediação ou fornecimento de mão de obra, e o item 12.3.7 veda a contratação de empresa de que participem dirigentes, conselheiros ou empregados da entidade.

Na camada do mínimo legal, a regra que define o risco está no artigo 5.º-A, parágrafo 5.º, da Lei n.º 6.019, de 1974, segundo o qual a empresa contratante responde subsidiariamente pelas obrigações trabalhistas referentes ao período em que ocorrer a prestação de serviços, observando-se, quanto às contribuições previdenciárias, o artigo 31 da Lei n.º 8.212, de 1991. A jurisprudência consolidada do Tribunal Superior do Trabalho, na Súmula n.º 331, condiciona a responsabilização subsidiária do tomador à demonstração de conduta culposa, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações da prestadora como empregadora. É daí que decorre a consequência prática que organiza este protocolo: a fiscalização documental existente e registrada é o que separa o tomador diligente do tomador omissor.

Na camada municipal, a Lei Municipal n.º 4.224, de 2013, e o Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019, disciplinam a contratualização e são expressamente invocados pelo item 12.3.5 do termo de referência como parâmetro do regulamento próprio; o Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022, é invocado pelo item 6.11 do edital como fundamento da retenção por falta de comprovação da regularidade trabalhista e previdenciária. A Lei n.º 14.133, de 2021, comparece por remissão expressa do instrumento contratual em dois pontos: nos parâmetros da repactuação, pelo item 23.3.4 do termo de referência, e na preservação da continuidade contratual, pelo item 34.9.

Uma distinção merece registro exposto, porque a sua omissão produziria citação frágil. O Instrumento de Medição de Resultados a que se referem os itens 12.32.17 a 12.32.19 do termo de referência, com o Quadro 03 que lhe fixa os tipos de ocorrência e as faixas de ajuste no pagamento, é aplicado mensalmente pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão e diz respeito às atividades contratadas de tecnologia da informação. Ele não é, portanto, dispositivo que discipline diretamente a relação entre a organização e os seus prestadores. O que este protocolo faz é adotar aquele método — ocorrências qualificadas e quantificadas em planilha, atendimento da meta explicitado, glosa justificada e faixas progressivas — como modelo de medição dos seus contratos de serviço, porque é o método que o próprio instrumento contratual reconhece e porque os tipos de ocorrência do Quadro 03 descrevem, na sua maior parte, falhas comuns a qualquer contrato de prestação de serviço continuado. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
Edital, itens 3.13 e 3.15	Contratação de terceiros para atividades acessórias com responsabilização pelos encargos daí decorrentes, e comprovação dos encargos exigível a qualquer tempo como condição do pagamento	7.1 e 7.9
TR, itens 12.3.1 e 12.3.2	Responsabilidade exclusiva técnica, administrativa, trabalhista, previdenciária, fiscal e civil, sem vínculo entre o terceiro e a contratante, e sem redução da responsabilidade integral pelas metas	7.1 e 7.3
TR, item 12.3.4	Notificação à Comissão de Fiscalização no ato da contratação, no distrato, na rescisão e nas alterações, e guarda organizada e disponível de todos os contratos com terceiros	7.4 e 7.10

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
TR, itens 12.3.5, 12.3.6 e 12.35.20	Regulamento próprio de compras e contratações, os quatro critérios mínimos do procedimento e a cotação prévia de preços no mercado	7.3 e 7.4
Edital, item 3.24	Envio à SEMUS de cópias de todos os contratos de prestação de serviços assinados, já na prestação de contas do primeiro mês	7.4
Edital, item 6.15, VII	Relação dos contratos com terceiros na prestação de contas, com instrumentos, aditivos, termos de referência internos, cotações, justificativas, critérios de escolha e documentos de liquidação	7.4 e 7.13
TR, itens 12.32.17 a 12.32.19 e Quadro 03	Medição mensal por instrumento de resultados, registro das ocorrências em planilha com quantificação e qualificação, e faixas de ajuste no pagamento	7.6 e 7.7
TR, itens 12.35.7.5 e 12.35.12.7	Ordem de serviço com autorização e encerramento assinada pelo fiscal do contrato da unidade hospitalar	7.5 e 7.6
Edital, itens 3.28, 3.30 a 3.33 e 6.11; TR, item 12.4.27	Reapresentação das certidões vencidas e retenção de valores diante de débito trabalhista ou previdenciário que exponha o Município à responsabilização subsidiária	7.9
TR, itens 12.35.7.9, 12.35.8.10 e 12.35.9.10	Certidões de INSS e de fundo de garantia entre os documentos da prestação do serviço, com a finalidade expressa de garantir a ausência de responsabilidade subsidiária do órgão	7.9
TR, itens 23.2 e 23.3; Edital, item 3.16	Reajuste sobre insumos pelo índice previsto, repactuação para objeto com predominância de mão de obra mediante planilha analítica, e aditivo com limite de acréscimo	7.8
TR, itens 34.5, III, 34.6 e 34.7	Requisição administrativa dos contratos atrelados, cooperação integral na transição com acesso irrestrito e medidas de preservação da continuidade	7.10

Tabela 7.1 — Os dispositivos do instrumento contratual conferidos no texto e a seção deste protocolo que cada um sustenta.

7.3 O ciclo do contrato, da formalização ao encerramento

O contrato com terceiro tem seis etapas, cada uma com função responsável declarada e com evidência própria. A descrição do ciclo inteiro não é excesso: a maior parte das falhas que aparecem na execução foi decidida antes dela, na etapa em que o objeto foi especificado ou em que o prestador foi escolhido. Quem fiscaliza um contrato mal especificado gasta o mês inteiro discutindo o que estava contratado, e essa discussão não tem desfecho porque o instrumento não a resolve.

A primeira etapa é o reconhecimento da necessidade, que responde à área demandante e deixa como evidência a justificativa técnica da contratação e a demonstração da sua compatibilidade com o plano de trabalho. A segunda é a seleção do prestador, que responde ao setor de contratos segundo o regulamento próprio, e deixa a pesquisa de mercado com a cotação prévia de preços, a comprovação da capacidade técnica, da experiência e da idoneidade, e a aprovação formal da instância competente da governança interna. São os quatro critérios mínimos que o instrumento contratual enumera, e a sua ausência é a primeira coisa que uma diligência encontra.

A terceira etapa é a formalização, que responde ao setor de contratos e deixa o instrumento assinado, numerado no registro único, arquivado com toda a instrução e comunicado à

Comissão de Fiscalização. A quarta é a designação, que responde à direção administrativa e deixa o ato que nomeia, por função, o gestor e o fiscal do contrato. A quinta é a execução acompanhada, que responde às duas funções designadas e deixa, a cada período, as ordens de serviço autorizadas e encerradas, o relatório de medição, a planilha de ocorrências e o dossiê de liquidação do pagamento. A sexta é o encerramento, que responde ao gestor e deixa o termo de encerramento, a conferência de bens, documentos e acessos, e o relatório de transição.

A passagem entre as etapas é onde a informação se perde, e por isso cada transição exige registro. A etapa que mais frequentemente compromete o conjunto é a segunda, e por uma razão que convém nomear: a urgência da necessidade pressiona a instrução do procedimento, e o que se economiza na escolha reaparece durante toda a vigência como fiscalização difícil. Prestador escolhido sem comprovação de capacidade técnica é prestador que não entrega; prestador escolhido sem verificação de idoneidade e de saúde financeira é prestador que deixa de pagar os seus empregados — e é aí que a exposição da entidade se materializa.

7.4 Formalização, numeração, guarda e envio de cópia

A formalização é o ato que transforma um entendimento em obrigação exigível, e o protocolo adota como princípio que a execução não precede o instrumento. Serviço iniciado sobre pedido verbal, com o contrato assinado depois, produz três consequências que se acumulam: não há obrigação escrita a fiscalizar durante o período já executado, não há como aplicar glosa sobre o que não estava pactuado, e a despesa correspondente chega à prestação de contas sem o instrumento que a sustenta.

Todo contrato recebe número em registro único, e o registro guarda, além do número, o objeto, o contratado, a vigência, o valor, a rubrica de despesa, a área demandante e as funções designadas como gestor e fiscal. A finalidade do registro é a rastreabilidade: o instrumento contratual exige que a planilha analítica de pagamentos a fornecedores e prestadores traga o número do contrato ao lado da nota fiscal e do pagamento, e exige que a planilha de fluxo financeiro traga o número do contrato relacionado à despesa. Sem número único, essas duas exigências não se cumprem sem reconstituição manual, e reconstituição manual é onde as divergências nascem.

A guarda é organizada por contrato, e a pasta reúne o instrumento assinado e toda a instrução que o antecedeu: a justificativa técnica, a pesquisa de mercado com as cotações, a comprovação de capacidade e idoneidade, a aprovação formal, a documentação de habilitação e as certidões apresentadas. O termo de referência determina manter organizados e disponíveis todos os contratos celebrados com terceiros, e a organização por contrato — e não por tipo de documento — é o que permite responder a uma diligência sobre um contrato específico sem revolver o conjunto do arquivo administrativo.

A comunicação externa tem dois canais distintos, e confundi-los produz omissão. O primeiro é a notificação à Comissão de Fiscalização, devida no ato da contratação de serviços de qualquer natureza e também nos casos de distrato, de rescisão e de quaisquer alterações contratuais, com o encaminhamento da documentação pertinente. O segundo é o envio de cópia à SEMUS por ocasião da prestação de contas mensal, exclusivamente para fins de acompanhamento, fiscalização e controle finalístico; o edital acrescenta que as cópias de todos os contratos de

prestação de serviços firmados, devidamente assinados, são enviadas já na prestação de contas referente ao primeiro mês do contrato de gestão. A prestação de contas leva ainda a relação dos contratos acompanhada dos instrumentos, dos aditivos, dos termos de referência internos, das cotações, das justificativas de contratação, dos critérios de escolha e dos documentos de liquidação da despesa.

7.5 Gestor e fiscal: designação formal e distinção de papéis

O modelo de coordenação adotado para os contratos com terceiros separa duas funções que a prática frequentemente reúne, e a separação é deliberada. O gestor do contrato responde pela relação contratual: acompanha a vigência, conduz a interlocução com o preposto do contratado, emite a notificação, decide de forma motivada sobre a glosa, instrui o aditivo, o reajuste e a repactuação, propõe a sanção quando cabível e conduz o encerramento. O fiscal do contrato responde pela execução: autoriza e encerra a ordem de serviço, confere no local o que foi entregue contra o que foi contratado, registra a ocorrência no momento em que o fato acontece e atesta que o serviço foi prestado nas condições pactuadas.

A distinção não é nominal. O atesto é o ato que transforma serviço em despesa liquidável, e por isso quem atesta precisa ter visto a execução — o que situa o fiscal onde o serviço acontece, na área que detém o conhecimento técnico do objeto e o contato diário com o prestador. A decisão sobre a relação contratual, ao contrário, exige distância da rotina e competência para vincular a entidade. Reunir as duas funções numa só suprime a segunda leitura sem que ninguém decida suprimi-la, e a supressão só se descobre quando já produziu efeito. O protocolo adota, como princípio de organização do trabalho, que a autorização da despesa e o atesto da execução não recaiam sobre a mesma função.

O instrumento contratual pressupõe essa arquitetura em pontos específicos, e são eles que a ancoram. Nos serviços de manutenção predial, exige-se ordem de serviço com o documento de autorização e de encerramento devidamente assinado pelo fiscal da unidade hospitalar; nos serviços de manutenção de elevadores e sistemas de transporte vertical, exige-se ordem de serviço assinada pelo responsável técnico da empresa e pelo fiscal do contrato da unidade hospitalar. O instrumento nomeia, portanto, a figura do fiscal do contrato na unidade e atribui-lhe o ato de encerrar a ordem de serviço. No plano do contrato de gestão, o item 17.1.8 do termo de referência impõe à contratante designar formalmente gestor e comissão de acompanhamento e fiscalização — modelo que a organização espelha internamente para os seus próprios contratos, por coerência de governança e não por extensão da regra.

A designação é feita por ato escrito, indica as funções e não as pessoas, é arquivada na pasta do contrato e lançada no registro único. Ao contratado comunica-se quem é o interlocutor da relação contratual, para que a notificação tenha destinatário certo e para que a interlocução não dependa de quem atende o telefone. Ao fiscal entrega-se o instrumento contratual, as obrigações pactuadas e a relação dos documentos que a execução deve produzir a cada período — sem isso a fiscalização vira impressão, e impressão não sustenta glosa. Quando a função designada muda, o ato é refeito, porque contrato com designação vencida é contrato sem responsável identificável no momento em que a responsabilidade for cobrada.

7.6 Medição mensal, apuração de ocorrências e índice de mensuração de resultado

A medição é o instrumento que liga a execução ao pagamento, e a sua lógica é simples de enunciar: o que se paga é o que se mediu, e o que se mediu está documentado. O método adotado reproduz o que o instrumento contratual estabelece para o instrumento de medição de resultados: as ocorrências identificadas no período são registradas em planilha de controle com quantificação e qualificação, deixando explícito o atendimento ou não da meta e justificando as glosas do mês analisado; o número de ocorrências no mês reflete o percentual de atingimento da meta ou a glosa pelo não atingimento. O ciclo é mensal porque mensal é o ciclo da prestação de contas a que a medição serve, e não porque este protocolo institua periodicidade própria.

O insumo da medição é o registro feito no momento em que o fato ocorre. A ordem de serviço com autorização e encerramento assinados é o documento que prova a execução; o relatório técnico, o registro fotográfico do estado anterior, durante e posterior à intervenção, o certificado de calibração e os demais documentos que o instrumento contratual exige de cada objeto compõem o restante. A conferência confronta escopo, quantidade, prazo de resposta e condições pactuadas. Ocorrência percebida e não registrada não entra na planilha, não entra na faixa e não sustenta desconto algum quando o contratado a questionar — e é sempre nesse ponto que a fiscalização feita se revela indemonstrável.

As faixas de ajuste no pagamento estão fixadas no Quadro 03 do termo de referência e progridem pelo número de ocorrências apuradas no mês. A leitura correta do quadro exige uma observação de fidelidade ao texto: o quadro nomeia cinco faixas, repetindo o rótulo da primeira na segunda linha, mas a progressão dos intervalos, das metas e dos percentuais de glosa é inequívoca e é ela que se aplica.

▣ AS FAIXAS DE AJUSTE NO PAGAMENTO, COMO O QUADRO 03 AS FIXA
› De zero a duas ocorrências no mês: meta atendida integralmente, sem glosa.
› De três a quatro ocorrências: meta de noventa e cinco por cento, glosa de um por cento.
› De cinco a seis ocorrências: meta de noventa por cento, glosa de um inteiro e vinte centésimos por cento.
› De sete a oito ocorrências: meta de oitenta e cinco por cento, glosa de um inteiro e quarenta centésimos por cento.
› Nove ou mais ocorrências: meta de oitenta por cento, glosa de um inteiro e sessenta centésimos por cento.
› A progressão é por quantidade de ocorrências apuradas, e não por gravidade atribuída — o que torna a qualificação de cada ocorrência na planilha a etapa que decide o resultado.

O resultado apurado é comunicado ao contratado com a descrição das ocorrências que o sustentam, antes de converter-se em desconto. A manifestação recebida é analisada e a decisão é motivada e registrada, ainda que mantenha integralmente o enquadramento. Essa sequência tem finalidade prática além da garantia devida ao contratado: é ela que produz a série histórica de ocorrências por contrato, e é a série que distingue o incidente isolado do padrão de execução deficiente. Contrato cuja medição resulta sistematicamente em faixa de glosa não tem problema de medição, tem problema de escopo ou de prestador, e a decisão que daí decorre é de renovação, não de desconto.

7.7 Notificação, glosa e sanção ao contratado

Três institutos distintos respondem ao descumprimento contratual, e confundi-los é o defeito mais comum da gestão de contratos. A notificação é o ato que comunica o fato ao contratado, indica a obrigação descumprida e abre prazo para saneamento e para manifestação. A glosa é o ajuste do pagamento pelo que não foi executado ou foi executado fora das condições pactuadas, e decorre da medição e do enquadramento em faixa. A sanção é a penalidade pelo descumprimento, depende do que o instrumento contratual prevê e exige procedimento com contraditório e ampla defesa.

A notificação precede as outras duas, e a razão é dupla. Do lado do contratado, é ela que abre a oportunidade de corrigir antes que a falha produza consequência financeira. Do lado da entidade, é ela que constitui a prova de que a fiscalização existiu — e essa prova é precisamente o que se examina quando se discute a responsabilização subsidiária. Notificação feita por mensagem informal, sem registro na pasta do contrato, tem o primeiro efeito e não tem o segundo. O instrumento contratual, ao relacionar os tipos de ocorrência, inclui entre eles o deixar de atender às notificações no prazo estabelecido, inclusive quanto à disponibilidade do preposto, aferido por dia de atraso: a notificação é, ela própria, objeto de medição.

A glosa incide sobre a medição do período e tem por base as ocorrências registradas na planilha. Ela não é sanção e não a substitui: reduzir o pagamento pelo que não se recebeu é recomposição, não penalidade. Deixar de glosar o inexecutado sob o argumento de que a penalidade seria desproporcional produz o pior dos resultados, que é pagar com recurso público serviço que não foi prestado. Por outro lado, aplicar penalidade com o rótulo de glosa, sem o procedimento que o instrumento prevê, expõe a decisão à anulação e devolve ao contratado o valor descontado acrescido do custo da discussão.

A sanção é reservada às situações que a justificam: a ocorrência reiterada depois de notificada, a que compromete a continuidade do serviço e a que atinge a regularidade fiscal, trabalhista ou previdenciária do contratado. Nessas hipóteses instaura-se o procedimento previsto no instrumento contratual, assegurados o contraditório e a ampla defesa, e a decisão é motivada e registrada. A avaliação considera a gravidade, a reincidência apurada na série histórica e o efeito sobre a assistência — e considera também, quando a hipótese for de rescisão, o tempo necessário para assumir o serviço com outro prestador, que é matéria da seção do encerramento.

7.8 Aditivo, reajuste e repactuação

Alterar um contrato em curso exige, antes de tudo, saber qual instituto se está a aplicar, porque cada um tem pressuposto, instrução e efeito próprios. O instrumento contratual distingue expressamente os três no plano do contrato de gestão, e a distinção é transportável, no que couber, para os contratos que a organização celebra: é a mesma lógica econômica que a justifica, e é o regulamento próprio de contratações que a incorpora.

O reajuste é a atualização periódica destinada a recompor a perda do poder aquisitivo da moeda decorrente da inflação ordinária. Aplica-se sobre itens relacionados a insumos, depende do decurso do prazo mínimo de doze meses contados da data da proposta e não depende de demonstração analítica de custos: limita-se à aplicação do índice previamente definido, que no

contrato de gestão é o índice nacional de preços ao consumidor amplo. A repactuação, ao contrário, é admitida exclusivamente para contratos cujo objeto envolva predominância de mão de obra, com dedicação exclusiva ou regime similar, e destina-se a adequar os valores à variação efetiva dos custos dos seus componentes, notadamente salários e encargos trabalhistas. Só pode ser concedida após o decurso de doze meses contados do acordo, da convenção coletiva ou do dissídio que alterou os custos, e deve ser precedida de solicitação formal acompanhada de planilha de custos detalhada que demonstre analiticamente a variação ocorrida.

A repactuação é, entre os três, o instituto que mais interessa a este protocolo, e a razão é a que atravessa o documento inteiro. Os contratos de limpeza, de higienização, de controle de acesso, de processamento de roupas e de nutrição têm predominância de mão de obra, e são exatamente esses os contratos em que a responsabilidade subsidiária se materializa. Quando a convenção coletiva eleva o piso da categoria e o contrato não é recomposto, o prestador absorve a diferença até onde consegue e depois deixa de pagar. O atraso salarial aparece primeiro como rotatividade e absenteísmo, que a medição capta como ocorrência, e depois como reclamação trabalhista, que alcança a entidade como tomadora do serviço. Analisar tempestivamente o pedido de repactuação instruído é, portanto, medida de gestão de risco, e não concessão ao prestador.

O aditivo altera objeto, prazo ou quantidade e exige justificativa técnica da área demandante, demonstração de compatibilidade com o plano de trabalho e aprovação formal da instância competente. Em qualquer dos três casos verifica-se, antes da aprovação, o impacto sobre o repasse e sobre a execução financeira do período, porque contrato de terceiro alterado além do que o repasse recompõe abre lacuna que reaparece adiante como inadimplemento. Verifica-se também a regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do contratado na data da alteração, pela mesma razão que a exige no pagamento. O termo é formalizado, numerado, vinculado ao contrato de origem no registro único, comunicado à Comissão de Fiscalização e enviado na prestação de contas do mês.

7.9 Conferência de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária

Esta é a seção que dá razão de ser ao protocolo. A responsabilidade subsidiária pelas obrigações trabalhistas referentes ao período em que o serviço foi prestado é regra legal que alcança a empresa contratante, e a orientação jurisprudencial consolidada condiciona a responsabilização do tomador à demonstração de conduta culposa, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações da prestadora como empregadora. A consequência prática é direta e não comporta atenuação: a fiscalização documental do terceiro é o que afasta a responsabilização, e a sua ausência é o que a produz. Não se trata de exigência formal acrescida pelo serviço, mas do dever de fiscalizar que a lei atribui a quem toma o serviço.

O instrumento contratual acompanha essa lógica e a torna explícita em três pontos distintos. Entre os documentos que a contratada apresenta quanto à manutenção predial, à climatização e à engenharia clínica, figuram as certidões negativas de débitos comprovando regularidade junto ao instituto previdenciário e ao fundo de garantia — e, no item relativo à engenharia clínica, com a finalidade declarada de garantir a ausência de responsabilidade subsidiária do órgão. O edital, no item 3.15, faculta ao contratante exigir a qualquer tempo a comprovação do cumprimento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais como condição do

pagamento; no item 3.28, determina a reapresentação das certidões sempre que expirados os respectivos prazos de validade. E, no item 6.11, prevê que, não comprovada a regularidade trabalhista e previdenciária, inclusive quanto ao fundo de garantia, seja retido o valor correspondente no repasse imediatamente subsequente, até que superada a irregularidade.

A cadeia de retenção é integral e explica por que a conferência precede o pagamento. Constatada a existência de débitos trabalhistas ou previdenciários que impliquem risco de responsabilização subsidiária do Município, o termo de referência autoriza a contratante a reter valores das parcelas vincendas até a regularização; o edital acrescenta que a retenção se realiza na data do conhecimento da ação trabalhista ou da verificação do débito, e só se libera com o trânsito em julgado da improcedência ou com o efetivo pagamento. O que atinge o Município retorna sobre a organização, e o que atinge a organização nasce, quase sempre, no contrato do terceiro. Por isso a mesma exigência que a Administração dirige à entidade é a que a entidade dirige ao seu prestador: a conferência antecede o pagamento porque é o pagamento o ato que a norma condiciona.

A conferência alcança, a cada pagamento, a vigência das certidões de regularidade fiscal, trabalhista, previdenciária e de fundo de garantia na data em que o pagamento se realiza, e não na data em que o contrato foi assinado. Certidão válida na contratação nada prova sobre o período executado seis meses depois, e é o período executado que responde pela obrigação. Nos contratos com cessão de mão de obra, a conferência alcança também os comprovantes de recolhimento referentes ao período da prestação e as retenções previdenciárias aplicáveis, na forma do artigo 31 da Lei n.º 8.212, de 1991. A conferência é censitária por pagamento, e essa é a única forma em que ela cumpre a sua função: amostragem prova diligência sobre a amostra, e o passivo nasce fora dela.

Identificada irregularidade, o pagamento não se processa antes da regularização, e identificado débito que exponha a entidade ou a Administração à responsabilização subsidiária, retém-se o valor correspondente, notifica-se o contratado e registra-se a retenção com o seu motivo. A liberação ocorre quando superada a irregularidade que a motivou, e o desfecho é registrado. Todo o conjunto — documento fiscal, atesto do fiscal, relatório de medição, certidões conferidas e comprovantes do período — compõe o dossiê de liquidação, arquivado por competência, que é a peça que responde a uma diligência sobre um pagamento específico sem exigir a reconstituição do conjunto da execução financeira.

7.10 Encerramento contratual e transição de prestador sem descontinuidade

O encerramento é a etapa em que os riscos do contrato se concentram, e é a que costuma receber a menor atenção. Dois riscos operam simultaneamente e têm naturezas opostas. O primeiro é assistencial: os serviços de apoio contratados com terceiros não admitem intervalo, porque alimentação, roupa processada, limpeza, manutenção e destinação de resíduos são condições diárias do funcionamento hospitalar. O segundo é jurídico: é no encerramento que se materializam as verbas rescisórias dos empregados do prestador, e é aí que a responsabilidade subsidiária reaparece, já sem contrato vigente para fiscalizar e sem pagamento futuro sobre o qual reter.

A transição se planeja a partir do termo final da vigência, e não a partir do dia em que se percebe que ele chegou. O gestor do contrato acompanha a vigência e abre o processo de encerramento com antecedência suficiente para que a substituição do prestador, quando for o caso, se dê sem intervalo. Nos serviços essenciais, o marco de assunção é definido atividade por atividade, e não por data única: o prestador que entra assume cada frente quando estiver em condições de operá-la, com os períodos de operação sobrepostos enquanto durar a assunção. Data única de virada é aceitável nos serviços cuja interrupção não alcança a assistência.

O levantamento que antecede o encerramento é o que evita a perda silenciosa. Levantam-se as obrigações contratuais pendentes; os bens, equipamentos e insumos sob guarda do contratado; os acessos a sistemas, a áreas restritas e as chaves; e os documentos, registros e escalas que o prestador detém e que provam a execução e o vínculo de cada trabalhador com o período. A devolução se faz com termo de conferência, e os acessos são encerrados na data da saída — acesso ativo de quem já não presta serviço é falha de controle que só se descobre quando produz consequência.

A regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária é conferida até o último período executado, antes da liquidação do saldo final. Havendo pendência de regularidade, verba rescisória não comprovada ou passivo em discussão, o saldo correspondente é retido e a pendência é registrada até o desfecho. O encerramento é formalizado por termo, notificado à Comissão de Fiscalização — que deve ser cientificada dos casos de distrato e de rescisão — e a cópia segue na prestação de contas do mês. Quando o encerramento ocorrer no contexto de intervenção, transição operacional ou encerramento do próprio contrato de gestão, a cooperação é integral e assegura acesso irrestrito às informações, aos documentos, aos sistemas, aos contratos, às escalas, aos estoques e aos registros financeiros necessários à continuidade dos serviços, na forma que o termo de referência determina.

7.11 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação entre quem demanda, quem contrata, quem atesta a execução e quem autoriza o pagamento. Essa separação não desconfia de ninguém: reconhece que o controle mais barato e mais eficaz contra o erro involuntário é a leitura por olhos diferentes, e que a concentração de atos numa só função suprime esse controle sem que ninguém tenha decidido suprimi-lo.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção administrativa	Responde pela carteira de contratos, designa gestor e fiscal por ato escrito, decide sobre renovação e encerramento e leva à governança o que exceda a sua alçada
Gestor do contrato	Responde pela relação contratual: vigência, interlocução com o preposto, notificação, decisão motivada sobre glosa, instrução de aditivo, reajuste e repactuação, e condução do encerramento
Fiscal do contrato	Responde pela execução: autoriza e encerra a ordem de serviço, confere o entregue contra o contratado, registra a ocorrência no momento em que ocorre e atesta a prestação

Função	Responsabilidade neste protocolo
Área demandante	Justifica tecnicamente a contratação, especifica o objeto e o resultado esperado, e informa ao gestor o impacto de qualquer alteração sobre o serviço
Setor de contratos	Conduz o procedimento segundo o regulamento próprio, formaliza, numera no registro único, guarda a instrução, notifica a Comissão de Fiscalização e monta o envio da prestação de contas
Setor financeiro	Confere a regularidade antes do pagamento, aplica a glosa apurada e a retenção devida, monta o dossiê de liquidação e mantém a planilha analítica de pagamentos
Assessoria jurídica	Analisa a minuta e a alteração contratual, orienta o procedimento de apuração e a aplicação de penalidade, e acompanha as demandas que alcancem a entidade como tomadora
Controle interno	Verifica a aderência ao regulamento próprio e a este protocolo, e leva à direção os achados que exijam correção de processo

Tabela 7.2 — As oito funções que respondem pelos contratos com terceiros e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a assinatura de contrato sem a aprovação formal da instância competente; o atesto de execução por quem não a conferiu; e a liberação de pagamento sem a verificação da vigência das certidões de regularidade do contratado, que é o ato de fiscalização de que depende o afastamento da responsabilização subsidiária.

7.12 Interface com finanças e com as áreas demandantes

A gestão de contratos é atividade de fronteira: quase nenhuma das informações de que depende nasce dentro dela. Três interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar.

Com as áreas demandantes, a interface é a especificação do objeto e o atesto da execução. O ponto de falha é a especificação genérica: objeto descrito sem escopo, sem quantidade e sem prazo de resposta produz contrato que não se fiscaliza, porque não há padrão contra o qual comparar o entregue. O tratamento é envolver a área demandante na especificação antes da contratação, e devolver-lhe, a cada período, o resultado da medição do contrato que ela demandou — a área que recebe o serviço é a que percebe primeiro a queda de qualidade, e a que menos frequentemente é consultada sobre ela.

Com o setor financeiro, a interface é o pagamento. O ponto de falha é o descompasso entre a conferência documental e o calendário de pagamento: quando a exigência de certidão vigente chega ao contratado no dia do vencimento, a escolha aparente é entre pagar irregularmente e atrasar o pagamento de quem executou. A saída é organizar o trabalho de modo que a conferência da regularidade e a medição do período estejam concluídas antes da data de processamento, sem que disso decorra a instituição de prazo interno paralelo ao do contrato. O instrumento contratual dá o parâmetro da urgência ao tratar os prestadores pessoas jurídicas que atuam diretamente nas atividades assistenciais como prioridade absoluta de pagamento.

Com a prestação de contas, a interface é o conjunto documental. O ponto de falha é a reconstituição de última hora: a relação de contratos, os aditivos, as cotações, as justificativas,

os critérios de escolha e os documentos de liquidação são exigidos como anexos da prestação de contas mensal, e montá-los no fechamento significa procurar em vários setores o que deveria estar na pasta de cada contrato. Quando a guarda é organizada por contrato desde a formalização, a montagem do envio deixa de ser levantamento e passa a ser cópia.

7.13 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta nem a prestação de contas nem a demonstração de que a fiscalização existiu. Neste protocolo o registro tem peso adicional, porque é ele — e apenas ele — que prova a diligência do tomador quando a responsabilização subsidiária for discutida. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre: ocorrência anotada no fechamento do mês descreve a lembrança do fato, e não o fato.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Instrumento contratual assinado, com a instrução completa, e seus aditivos	Setor de contratos	Pasta do contrato e registro único	Prazo aplicável ao documento
Ato de designação do gestor e do fiscal	Direção administrativa	Pasta do contrato	Prazo aplicável ao documento
Ordem de serviço autorizada e encerrada, assinada pelo fiscal	Fiscal do contrato	Pasta do contrato	Prazo aplicável ao documento
Planilha de ocorrências e relatório de medição do período	Fiscal e gestor	Pasta da competência	Cinco anos
Notificação emitida, manifestação do contratado e desfecho	Gestor do contrato	Pasta do contrato	Prazo aplicável ao documento
Dossiê de liquidação, com certidões e comprovantes conferidos	Setor financeiro	Pasta da competência	Cinco anos
Retenção aplicada, com motivo, valor e desfecho	Setor financeiro	Pasta da competência	Cinco anos
Termo de encerramento, conferência de devolução e relatório de transição	Gestor do contrato	Pasta do contrato	Prazo aplicável ao documento

Tabela 7.3 — Os oito registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os registros que integram os arquivos da prestação de contas — a medição do período, o dossiê de liquidação e o registro da retenção — e segue o prazo destes. Os demais observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Uma cautela específica merece registro: os documentos que comprovam o vínculo e os recolhimentos dos empregados do prestador são exatamente os que a demanda trabalhista virá pedir, e a demanda costuma chegar depois do fim do contrato. Por isso eles seguem o prazo do documento a que se referem, e não a vigência do contrato que os originou. A documentação eletrônica observa os requisitos de integridade e rastreabilidade aplicáveis, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê —

exigência que decorre da proteção de dados pessoais dos trabalhadores cujas informações o conjunto contém.

7.14 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: contrato executado sem instrumento assinado, contrato sem número no registro, contrato sem gestor ou sem fiscal designados, período sem medição registrada, pagamento liberado sem conferência da vigência das certidões, aditivo formalizado sem aprovação da instância competente, encerramento sem levantamento de pendências. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

A classificação distingue três espécies, e a distinção orienta o tratamento. A não conformidade de formalização compromete a sustentação da despesa e se corrige regularizando o instrumento e registrando a causa do descompasso — quase sempre uma urgência que atravessou o procedimento. A de fiscalização compromete a prova da diligência e se corrige restabelecendo o registro no período seguinte e devolvendo à função designada o que dela se espera. A de regularidade é a mais grave, porque expõe a entidade e a Administração: trata-se com retenção, notificação e acompanhamento até o desfecho, e a sua reincidência num mesmo prestador é fundamento suficiente para reavaliar a continuidade do contrato.

O tratamento tem quatro momentos, quaisquer que sejam a espécie e a gravidade. Primeiro, o registro do desvio, com a descrição objetiva do que ocorreu e da regra que não foi observada. Segundo, a contenção do efeito imediato, que pode ser a retenção do pagamento, a suspensão da ordem de serviço ou a regularização documental. Terceiro, a análise da causa no processo, que distingue o incidente do padrão. Quarto, a devolutiva à função ou à área em que a causa nasceu, porque não conformidade tratada apenas no caso individual reaparece no contrato seguinte com outro número.

As não conformidades são consolidadas periodicamente, em rotina definida pelo serviço, e a consolidação é analisada pela direção administrativa com as áreas demandantes e com o setor financeiro. A finalidade da análise conjunta é a mesma que organiza a seção das interfaces: duas das três espécies não nascem na gestão de contratos — a de formalização nasce na urgência da área demandante, e parte da de regularidade nasce na escolha do prestador. Analisá-las em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falha foi do outro.

7.15 Indicadores e monitoramento

O monitoramento combina indicadores de origem contratual com indicadores internos que explicam os primeiros. Os de origem contratual são os que decorrem de exigência expressa do edital ou do termo de referência: a medição do resultado pela faixa de ocorrências, o envio das cópias e da relação de contratos na prestação de contas e a comprovação da regularidade como condição do pagamento. Os internos medem o que a gestão de contratos governa diretamente e que determina o desempenho dos primeiros.

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
-----------	---------	------	--------

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Resultado da medição do contrato	Ocorrências apuradas no mês, enquadradas na faixa correspondente	Faixa sem glosa	Instrumento contratual, itens 12.32.17 a 12.32.19 e Quadro 03
Contratos com cópia enviada na prestação de contas	$\text{Contratos vigentes com cópia enviada} \div \text{contratos vigentes} \times 100$	= 100,0%	Editais, itens 3.24 e 6.15, VII
Regularidade conferida antes do pagamento	$\text{Pagamentos com certidões vigentes conferidas} \div \text{pagamentos realizados} \times 100$	= 100,0%	Editais, itens 3.15, 3.28 e 6.11
Contratos com gestor e fiscal designados	$\text{Contratos vigentes com designação registrada} \div \text{contratos vigentes} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 7.5
Períodos com medição registrada	$\text{Períodos com relatório de medição} \div \text{períodos de execução do contrato} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 7.6
Notificações com desfecho registrado	$\text{Notificações com manifestação e desfecho} \div \text{notificações emitidas} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 7.7
Encerramentos sem intervalo de serviço	$\text{Encerramentos com serviço mantido sem interrupção} \div \text{encerramentos ocorridos} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 7.10

Tabela 7.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, meta e origem — os três primeiros de origem contratual, os quatro últimos internos ao serviço.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha, contrato a contrato, a faixa em que a medição do período o enquadrar, porque é dela que decorrem a glosa e a avaliação de continuidade. A segunda acompanha os indicadores de conformidade documental — designação, medição registrada, cópia enviada e regularidade conferida —, que são os que demonstram a diligência do tomador. A terceira acompanha a carteira como conjunto: a distribuição dos contratos por objeto e por vigência, os que vencem no horizonte próximo e os que concentram maior exposição por predominância de mão de obra.

A leitura dos indicadores obedece a uma ordem. O indicador de regularidade conferida antes do pagamento é o primeiro a ser lido, porque é o único cujo desempenho abaixo do integral significa exposição já consumada, e não risco futuro. Os demais admitem leitura por tendência. A análise é feita pela direção administrativa com as áreas demandantes e com o setor financeiro, e não isoladamente dentro da gestão de contratos, pela razão que já organizou a seção da não conformidade: os números que interessam medem processos compartilhados, e medi-los em conjunto é o que transforma o número em pauta de correção.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à

Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

7.16 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração do regulamento próprio de compras e contratações, mudança na legislação trabalhista ou previdenciária aplicável à terceirização, alteração dos documentos exigidos na prestação de contas, ou achado de auditoria ou de controle interno que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre funções, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e alcança em especial as funções designadas como gestor e fiscal, cuja atuação depende de saber o que o instrumento contratual exige de cada objeto.

A responsabilidade pela manutenção é da direção administrativa, com validação da assessoria jurídica quanto ao que toca a formalização, a alteração e a sanção, e do setor financeiro quanto ao que toca a conferência de regularidade e a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo — e vem, com frequência, do fiscal, que é quem primeiro percebe que a especificação do objeto não corresponde ao que a execução exige. A análise da proposta é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

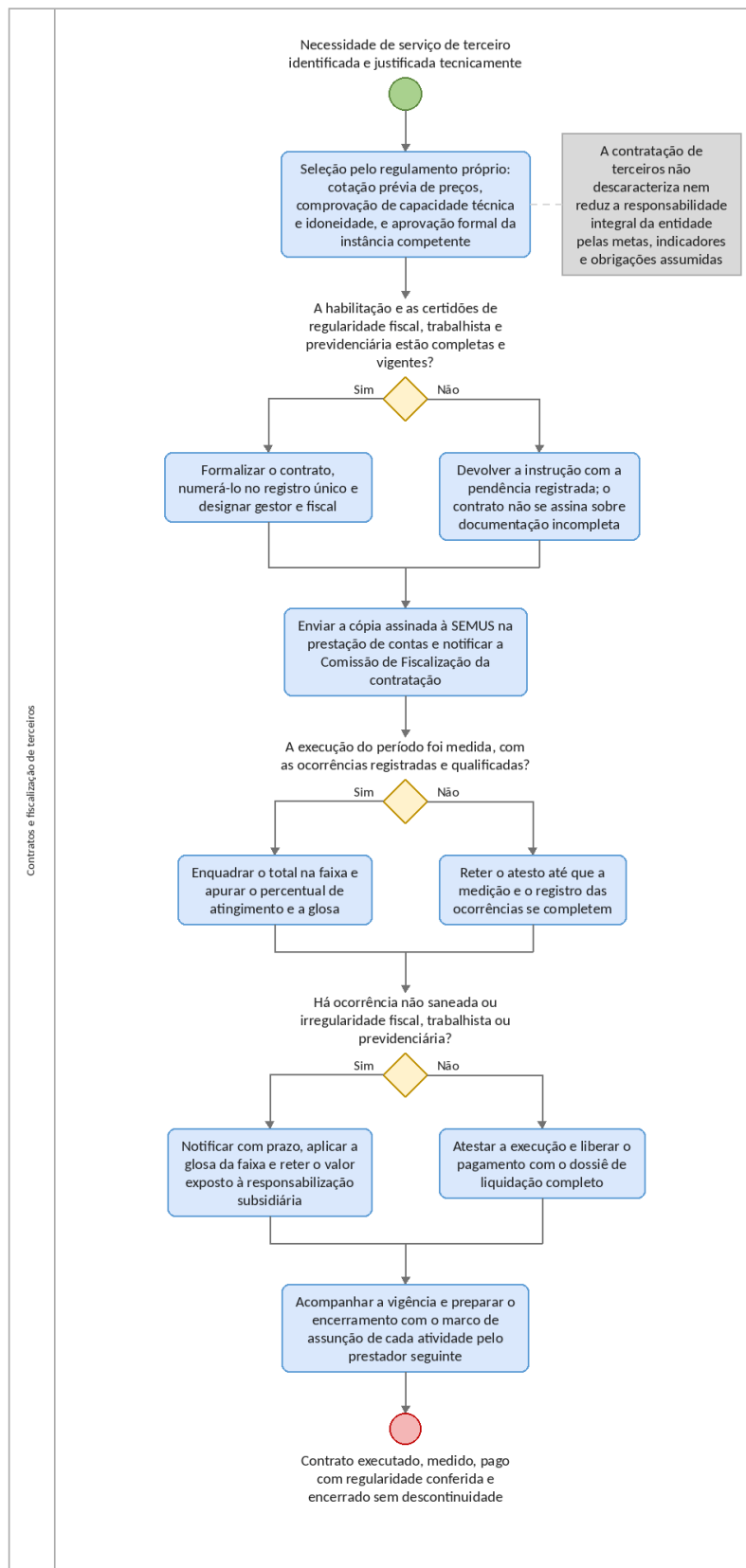
A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

7.17 Fluxograma

O fluxograma percorre o contrato com terceiro do reconhecimento da necessidade ao encerramento sem descontinuidade, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se a habilitação e as certidões de regularidade estão completas e vigentes, o que decide entre formalizar e devolver a instrução; se a execução do período foi medida com as ocorrências

registradas, o que decide entre enquadrar em faixa e reter o atesto; e se há ocorrência não saneada ou irregularidade de regularidade, o que separa o pagamento liberado da notificação, da glosa e da retenção.

Do reconhecimento da necessidade ao encerramento sem descontinuidade



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.3.1 a 12.3.6, 12.32.17 a 12.32.19 e 34.6; Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, itens 3.24, 6.11 e 6.15.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.3.1 a 12.3.9, 12.4.26 e 12.4.27, 12.13, 12.32.17 a 12.32.19 e Quadro 03, 12.35.7, 12.35.8, 12.35.9, 12.35.12, 12.35.20 e 12.35.21, 17.1.8, 18.13.3, 23.2 e 23.3, 24, 26.3, 27 e 34.5 a 34.9. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Itens 3.13 a 3.16, 3.24, 3.27 a 3.33, 6.11, 6.13 a 6.19. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974. Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1974. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6019.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.440, de 7 de julho de 2011. Acrescenta Título VII-A à Consolidação das Leis do Trabalho para instituir a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12440.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Súmula n.º 331 — Contrato de prestação de serviços. Legalidade. Brasília, DF: TST. Disponível em: https://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1.º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013, e Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019, que disciplinam a qualificação e a contratualização com Organizações Sociais. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022, invocado pelo item 6.11 do edital quanto à retenção por ausência de comprovação da regularidade trabalhista e previdenciária. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os sete procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 7.17 e descreve o ciclo inteiro do contrato.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-CTR-01	Formalização, numeração, guarda e envio de cópia	7.4
POP-CTR-02	Designação formal de gestor e fiscal de contrato	7.5
POP-CTR-03	Medição mensal, apuração de ocorrências e cálculo do IMR	7.6
POP-CTR-04	Notificação, glosa e sanção ao contratado	7.7
POP-CTR-05	Aditivo, reajuste e repactuação	7.8
POP-CTR-06	Conferência de regularidade antes do pagamento	7.9
POP-CTR-07	Encerramento contratual e transição de prestador	7.10

Tabela 7.5 — Os sete procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-CTR-01. Formalização, numeração, guarda e envio de cópia

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-01.1 Quando usar

- › Sempre que uma contratação de terceiro for aprovada pela instância competente e estiver pronta para assinatura.
- › Na celebração de qualquer termo aditivo, apostilamento, distrato ou rescisão de contrato já formalizado.
- › Na montagem da prestação de contas mensal, quanto ao envio das cópias e da relação de contratos.

POP-CTR-01.2 Fundamento

Item 3.24 do edital, que determina o envio à SEMUS de cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro mês do contrato de gestão; item 12.3.4 do termo de referência, cujo parágrafo final impõe notificar a Comissão de Fiscalização no ato da contratação, no distrato, na rescisão e nas alterações contratuais, e manter organizados e disponíveis todos os contratos celebrados com terceiros; itens 12.3.5, 12.3.6 e 12.35.20 do termo de referência, quanto ao regulamento próprio, aos critérios mínimos e à cotação prévia de preços; item 6.15, inciso VII, do edital. Seção 7.4 do protocolo.

! SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS A CONTRATAÇÃO NÃO SE FORMALIZA

- › Justificativa técnica da contratação e a sua compatibilidade com o plano de trabalho.
- › Pesquisa de mercado apta a demonstrar a razoabilidade dos preços praticados, sempre que aplicável, com a cotação prévia de preços que o instrumento contratual exige.

! SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS A CONTRATAÇÃO NÃO SE FORMALIZA

- › Comprovação da capacidade técnica, da experiência e da idoneidade do contratado, especialmente nos serviços técnicos especializados.
- › Aprovação formal pela instância competente da governança interna da entidade.
- › São os quatro critérios mínimos do item 12.3.6 do termo de referência. Contrato assinado sem eles chega à prestação de contas sem a instrução que a sustenta.

POP-CTR-01.3 Sequência de execução

1. Receber da área demandante o pedido de contratação com a justificativa técnica e a indicação do objeto, do prazo e do resultado esperado.
2. Conferir a compatibilidade do objeto com o plano de trabalho e com a rubrica de despesa correspondente.
3. Verificar a existência da pesquisa de mercado e da cotação prévia de preços, e a comprovação de capacidade técnica, experiência e idoneidade do proponente.
4. Conferir a documentação de habilitação e as certidões de regularidade fiscal, trabalhista, previdenciária e de fundo de garantia, e a sua vigência na data da assinatura.
5. Verificar a inexistência das vedações do instrumento contratual, entre elas a contratação de cooperativa que caracterize intermediação de mão de obra e a contratação de empresa vinculada a dirigente, conselheiro ou empregado da entidade.
6. Submeter à aprovação formal da instância competente da governança interna.
7. Assinar o instrumento e atribuir-lhe número no registro único de contratos, lançando objeto, contratado, vigência, valor, rubrica, área demandante, gestor e fiscal.
8. Arquivar o instrumento assinado e toda a instrução na pasta própria do contrato.
9. Notificar a Comissão de Fiscalização da contratação e encaminhar a documentação pertinente.
10. Incluir a cópia assinada e a relação atualizada de contratos na prestação de contas do mês, acompanhadas dos aditivos, das cotações, das justificativas e dos critérios de escolha.
11. Repetir a notificação e o envio a cada aditivo, distrato, rescisão ou alteração contratual.

Peça	O que ela demonstra	Onde é exigida
Instrumento contratual assinado	O objeto, o prazo, o preço e as obrigações pactuadas	Edital, itens 3.24 e 6.15, VII
Termos aditivos	A alteração de objeto, prazo, quantidade ou valor e o seu fundamento	Edital, item 6.15, VII
Termos de referência internos	A especificação técnica que orientou a contratação	Edital, item 6.15, VII

Peça	O que ela demonstra	Onde é exigida
Cotações e justificativa de contratação	A razoabilidade do preço e a motivação da escolha	Edital, item 6.15, VII; TR, item 12.35.20
Crítérios de escolha	A objetividade e a impessoalidade do procedimento	Edital, item 6.15, VII; TR, item 12.3.6
Documentos de liquidação da despesa	A vinculação do pagamento ao serviço efetivamente executado	Edital, item 6.15, VII
Certidões de regularidade válidas	A regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do contratado	TR, item 18.13.3

Tabela POP-CTR-01.1 — O que acompanha a relação de contratos na prestação de contas.

✓ O QUE SUSTENTA A FORMALIZAÇÃO

- › Número único antes do primeiro pagamento: contrato sem número não se localiza na diligência.
- › Instrução completa arquivada junto ao instrumento, e não dispersa entre setores.
- › Notificação à Comissão de Fiscalização no ato, e não no fechamento do exercício.
- › Cópia assinada na prestação de contas, com a relação atualizada dos contratos vigentes.

✗ O QUE COMPROMETE A CONTRATAÇÃO

- › Assinar antes da aprovação formal da instância competente.
- › Iniciar a execução sobre pedido verbal, com o instrumento assinado depois.
- › Guardar o contrato e a sua instrução em pastas separadas, sob responsáveis distintos.
- › Deixar aditivo, distrato ou rescisão fora da notificação e da relação enviada.

POP-CTR-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

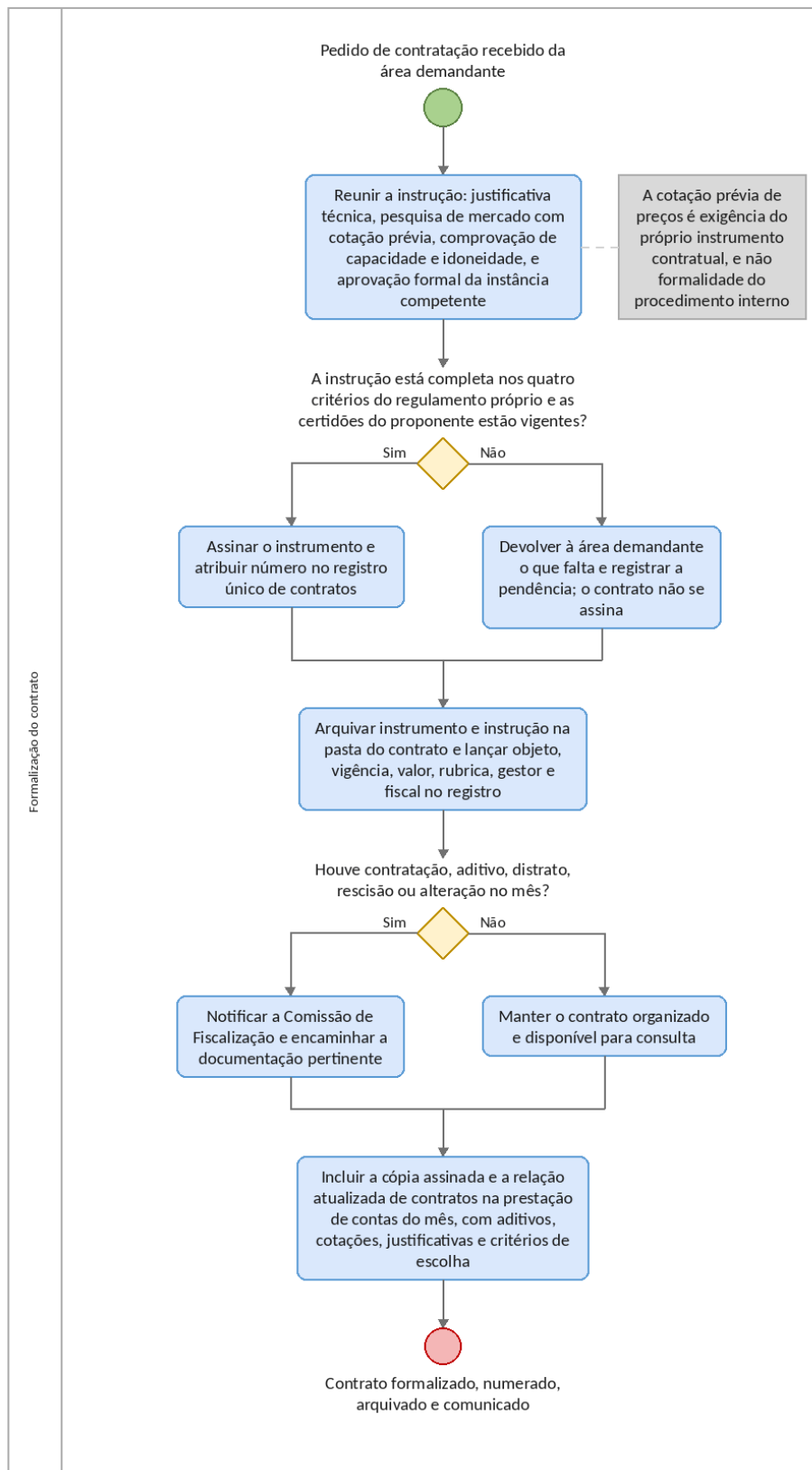
- › Instrumento contratual assinado e numerado, com a instrução completa, na pasta do contrato.
- › Lançamento no registro único de contratos, com objeto, vigência, valor e responsáveis.
- › Notificação à Comissão de Fiscalização, com a data e a documentação encaminhada.
- › Relação de contratos e cópias enviadas na prestação de contas, por competência.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Quatro critérios mínimos	Justificativa, pesquisa de preço, capacidade comprovada e aprovação formal.
Número único	O contrato entra no registro antes de gerar despesa.
Cópia à SEMUS	Todos os contratos assinados, já na prestação de contas do primeiro mês.
Notificar no ato	Contratação, distrato, rescisão e alteração são comunicados quando ocorrem.
Instrução junto ao instrumento	O que justificou a escolha fica onde o contrato está.

POP-CTR-01.5 Fluxograma

O fluxograma da formalização tem duas bifurcações: a completude da instrução nos quatro critérios do regulamento próprio, que decide entre assinar e devolver à área demandante, e a ocorrência de contratação, aditivo, distrato ou rescisão no mês, que aciona a notificação à Comissão de Fiscalização e o envio da cópia na prestação de contas.

POP-CTR-01 — Formalização, numeração, guarda e envio de cópia



Referência: Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, itens 3.24 e 6.15, VII; Termo de Referência HGNI, itens 12.3.4, 12.3.5, 12.3.6 e 12.35.20.

POP-CTR-02. Designação formal de gestor e fiscal de contrato

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-02.1 Quando usar

- › Imediatamente após a assinatura e a numeração de qualquer contrato com terceiro.
- › Sempre que houver alteração da função designada, por movimentação interna ou por mudança da área demandante.
- › Na renovação, na prorrogação e no aditivo que altere o objeto ou a natureza do serviço.

POP-CTR-02.2 Fundamento

Itens 12.35.7.5 e 12.35.12.7 do termo de referência, que exigem ordem de serviço de autorização e encerramento assinada pelo fiscal do contrato da unidade hospitalar; item 17.1.8 do termo de referência, que designa formalmente gestor e comissão de acompanhamento e fiscalização no contrato de gestão, e serve de modelo à organização interna; itens 12.3.1 e 12.3.2 do termo de referência, quanto à responsabilidade exclusiva e integral pela execução. Seção 7.5 do protocolo.

! O QUE SEPARA O GESTOR DO FISCAL

- › O gestor responde pela relação contratual: vigência, aditivo, reajuste, notificação, sanção, encerramento e interlocução com o preposto do contratado.
- › O fiscal responde pela execução: autoriza e encerra a ordem de serviço, confere o que foi entregue contra o que foi contratado e registra a ocorrência.
- › O atesto é o ato que transforma serviço em despesa liquidável. Quem atesta precisa ter visto a execução, e por isso o fiscal está onde o serviço acontece.
- › Quando a mesma função autoriza a despesa e atesta a execução, o controle deixa de existir por ausência de segunda leitura, e não por má-fé de quem quer que seja.

POP-CTR-02.3 Sequência de execução

1. Identificar, no contrato assinado, o objeto, o local de execução e o resultado que deverá ser conferido mês a mês.
2. Definir a função que responderá pela relação contratual, entre as que têm competência para notificar, decidir sobre aditivo e propor sanção.
3. Definir a função que responderá pela conferência da execução, na área que detém o conhecimento técnico do objeto e o contato diário com o serviço.
4. Verificar se as duas funções são distintas e se nenhuma delas acumula a autorização da despesa com o atesto da execução.
5. Quando a área demandante tiver competência técnica para atestar, designar o fiscal nela; quando o objeto exigir conhecimento que esteja em outra área, designar o fiscal com o apoio técnico formalizado dessa área.
6. Emitir o ato de designação, indicando o contrato, as funções designadas e as atribuições de cada uma.
7. Comunicar ao contratado quem é o interlocutor da relação contratual e quem responde pela conferência da execução.
8. Entregar ao fiscal o instrumento contratual, as obrigações pactuadas e a relação dos documentos que a execução deve produzir a cada mês.
9. Arquivar o ato de designação na pasta do contrato e lançar as funções no registro único.
10. Refazer a designação sempre que a função mudar, sem deixar contrato com designação vencida.

Ato	Gestor	Fiscal
Ordem de serviço	Autoriza a demanda e o seu enquadramento no contrato	Assina a autorização e o encerramento, conferindo o que foi executado
Medição do período	Consolida, decide sobre a glosa e responde pela apuração	Apura a execução e registra as ocorrências do período
Atesto do documento fiscal	Autoriza o processamento do pagamento	Atesta que o serviço foi prestado nas condições pactuadas
Notificação ao contratado	Emite, fixa o prazo e acompanha o desfecho	Fornece a descrição do fato e a evidência que a sustenta
Aditivo, reajuste e repactuação	Instrui, analisa e submete à instância competente	Informa o impacto do pedido sobre a execução do serviço
Encerramento e transição	Conduz o encerramento e responde pela continuidade	Levanta pendências de execução, bens e acessos

Tabela POP-CTR-02.1 — Divisão de papéis entre gestor e fiscal do contrato.

✓ O QUE A DESIGNAÇÃO PRECISA ENTREGAR

- › Funções distintas para a relação contratual e para a conferência da execução.
- › Fiscal onde o serviço acontece, com acesso ao instrumento e às obrigações pactuadas.
- › Ato escrito, arquivado na pasta do contrato e lançado no registro único.
- › Interlocutor comunicado ao contratado, para que a notificação tenha destinatário certo.

✗ O QUE ESVAZIA A FISCALIZAÇÃO

- › Designar por menção verbal, sem ato escrito e sem arquivo.
- › Concentrar na mesma função a autorização da despesa e o atesto da execução.
- › Designar fiscal sem entregar-lhe o contrato e a relação do que a execução deve produzir.
- › Manter designação de função que já mudou, deixando o contrato sem responsável identificável.

POP-CTR-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ato de designação do gestor e do fiscal, arquivado na pasta do contrato.
- › Lançamento das funções designadas no registro único de contratos.
- › Comunicação ao contratado sobre o interlocutor da relação contratual.
- › Comprovante de entrega ao fiscal do instrumento e das obrigações pactuadas.

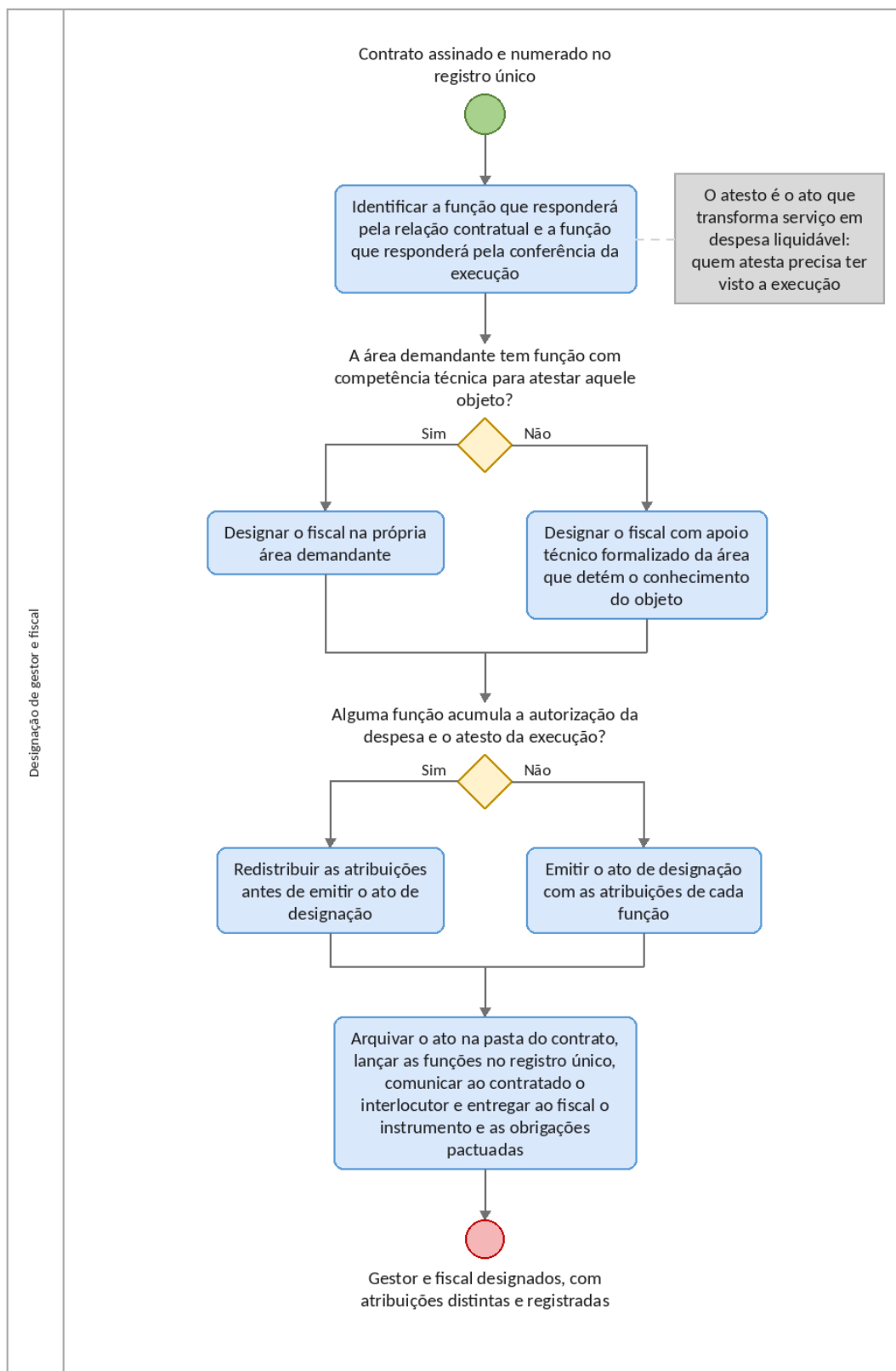
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Dois papéis, duas funções	Gestor responde pelo contrato; fiscal responde pela execução.
Ato escrito	Designação verbal não sobrevive à diligência nem à mudança de equipe.
Fiscal onde o serviço está	Quem atesta precisa ter visto o que atesta.
Sem acúmulo	Autorizar a despesa e atestar a execução não cabem na mesma função.
Designação viva	Mudou a função, refaz-se o ato; contrato sem responsável não se fiscaliza.

POP-CTR-02.5 Fluxograma

O fluxograma da designação mostra as duas decisões que a definem: onde reside a competência técnica para atestar aquele objeto, que determina em que área fica o fiscal, e a existência de acúmulo entre autorizar a despesa e atestar a execução, que obriga a redistribuir atribuições antes de emitir o ato.

POP-CTR-02 — Designação formal de gestor e fiscal de contrato



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.35.7.5, 12.35.12.7 e 17.1.8.

POP-CTR-03. Medição mensal, apuração de ocorrências e cálculo do IMR

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-03.1 Quando usar

- › No encerramento de cada mês de prestação do serviço contratado.
- › Antes do atesto de qualquer documento fiscal de serviço de execução continuada.
- › Sempre que ocorrência registrada no período exigir enquadramento em faixa.

POP-CTR-03.2 Fundamento

Itens 12.32.17 a 12.32.19 do termo de referência, que instituem o Instrumento de Medição de Resultados feito mensalmente, o registro das ocorrências em planilha de controle com quantificação e qualificação, e o reflexo do número de ocorrências no percentual de atingimento da meta ou na glosa, e o Quadro 03, que relaciona os tipos de ocorrência e as faixas de ajuste no pagamento; item 26.3 do termo de referência, quanto ao ciclo mensal da prestação de contas. Seção 7.6 do protocolo.

! A OCORRÊNCIA REGISTRADA É O QUE SUSTENTA A GLOSA

- › O instrumento contratual exige planilha de controle com a quantificação e a qualificação das ocorrências de cada mês, deixando explícito o atendimento ou não da medição e justificando as glosas do mês analisado.
- › Ocorrência percebida e não registrada não entra na faixa, e o desconto que dela decorreria não se sustenta quando questionado.
- › Registro feito no momento em que o fato ocorre descreve o fato; registro reconstituído no fechamento descreve a lembrança do fato.
- › A medição mede execução, e não relação: contratado com quem o convívio é bom também tem ocorrência, e omiti-la desmonta a série inteira.

POP-CTR-03.3 Sequência de execução

1. Reunir as ordens de serviço do período, com autorização e encerramento assinados pelo fiscal.
2. Reunir os relatórios técnicos, os registros fotográficos e os demais documentos que o instrumento contratual exija daquele objeto.
3. Conferir o executado contra o contratado: escopo, quantidade, prazo de resposta e condições pactuadas.
4. Levantar as ocorrências do período a partir dos registros feitos no momento em que os fatos ocorreram.
5. Qualificar cada ocorrência pelo tipo e quantificá-la na planilha de controle do mês.
6. Somar as ocorrências do período e enquadrar o total na faixa correspondente.
7. Apurar o percentual de atingimento da meta e o percentual de glosa da faixa.
8. Encaminhar ao contratado o resultado apurado, com a descrição das ocorrências que o sustentam.
9. Analisar a justificativa apresentada, decidir de forma motivada e registrar a decisão.
10. Consolidar o relatório de medição, com faixa, percentual e valor apurado, e submetê-lo ao gestor do contrato.
11. Arquivar a medição e a planilha na pasta da competência, em tempo de integrar a prestação de contas do mês subsequente.

Faixa	Ocorrências no mês	Meta	Glosa
Primeira	De zero a duas	Meta atendida	Sem glosa
Segunda	De três a quatro	95%	1%
Terceira	De cinco a seis	90%	1,20%
Quarta	De sete a oito	85%	1,40%
Quinta	Nove ou mais	80%	1,60%

Tabela POP-CTR-03.1 — Faixas de ajuste no pagamento, conforme o Quadro 03 do termo de referência.

✓ COMO A MEDIÇÃO SE SUSTENTA

- › Registro da ocorrência no momento em que o fato acontece, com descrição objetiva.
- › Ordem de serviço com autorização e encerramento assinados, porque é ela que prova a execução.
- › Planilha com quantificação e qualificação, e não apenas com o total do mês.
- › Resultado comunicado ao contratado antes de virar desconto, com a evidência que o sustenta.

✕ O QUE INVALIDA A MEDIÇÃO

- › Atestar por confiança, sem confrontar o executado com o contratado.
- › Reconstituir ocorrências no fechamento, de memória.
- › Enquadrar em faixa sem a planilha que qualifica cada ocorrência.
- › Aplicar desconto sem comunicar o apurado e sem analisar a justificativa apresentada.

POP-CTR-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Planilha de controle das ocorrências do mês, com quantificação e qualificação.
- › Relatório de medição com a faixa, o percentual de atingimento e o valor apurado.
- › Ordens de serviço autorizadas e encerradas, assinadas pelo fiscal.
- › Comunicação ao contratado e a justificativa apresentada, com a decisão motivada.

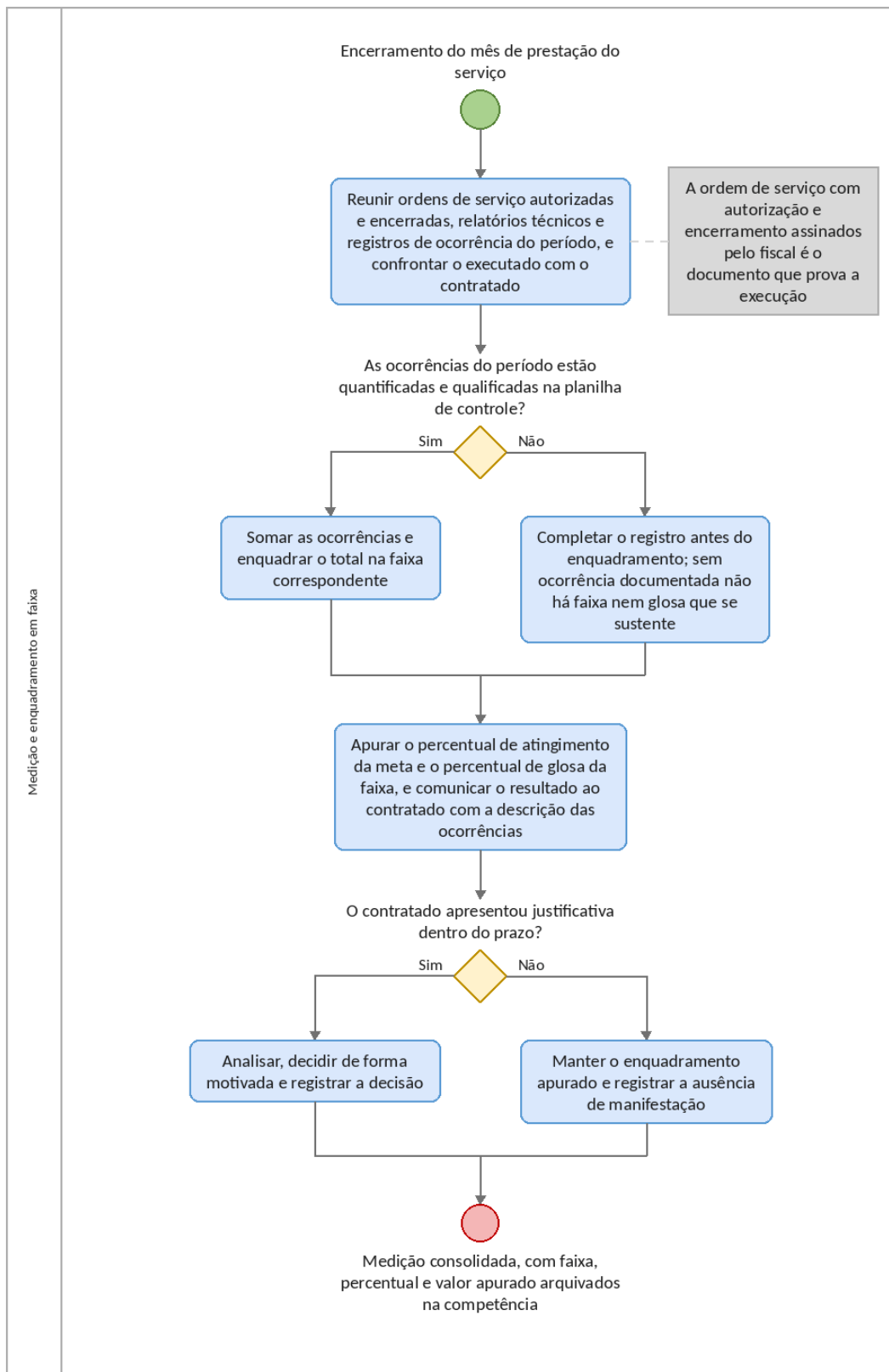
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Ocorrência registrada	O que não foi registrado no momento não entra na faixa.
Quantificar e qualificar	A planilha exige o tipo, e não apenas o total.
A faixa vem do quadro	Os intervalos e os percentuais estão fixados no instrumento.
Medição antes do atesto	O atesto é consequência da conferência, não substituto dela.
Contraditório no mês	O apurado é comunicado antes de virar desconto.

POP-CTR-03.5 Fluxograma

O fluxograma da medição tem duas travas: a planilha com as ocorrências quantificadas e qualificadas, sem a qual não há enquadramento em faixa nem glosa que se sustente, e a manifestação do contratado sobre o apurado, que pode alterar a decisão antes de ela virar desconto.

POP-CTR-03 — Medição mensal, apuração de ocorrências e cálculo do IMR



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.17 a 12.32.19 e Quadro 03; item 26.3.

POP-CTR-04. Notificação, glosa e sanção ao contratado

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-04.1 Quando usar

- › Sempre que a fiscalização identificar execução fora das condições pactuadas.
- › Quando a medição do período apontar ocorrências que enquadrem o contrato em faixa com glosa.
- › Quando houver reiteração de ocorrência já notificada ou risco à continuidade do serviço.

POP-CTR-04.2 Fundamento

Itens 12.32.18 e 12.32.19 do termo de referência, quanto ao registro documentado das ocorrências e à justificativa das glosas do mês analisado, e o Quadro 03, que relaciona entre os tipos de ocorrência o descumprimento de prazo das notificações e a indisponibilidade do preposto; itens 12.3.5 e 12.3.6 do termo de referência, quanto ao regulamento próprio que disciplina as contratações da entidade. Seção 7.7 do protocolo.

✕ GLOSA E SANÇÃO NÃO SÃO A MESMA COISA

- › Glosa é ajuste do pagamento pelo que não foi executado ou foi executado fora das condições pactuadas. Ela decorre da medição e do enquadramento em faixa.
- › Sanção é penalidade pelo descumprimento contratual, e depende do que o instrumento prevê, com contraditório e ampla defesa assegurados.
- › Aplicar sanção com o rótulo de glosa expõe a decisão à anulação; deixar de glosar o inexecutado, sob o argumento de que a sanção seria desproporcional, paga o que não se recebeu.
- › A notificação precede as duas, porque é ela que dá ao contratado a oportunidade de sanear e que constitui a prova da fiscalização.

POP-CTR-04.3 Sequência de execução

1. Descrever o fato: o que foi verificado, quando, onde e qual obrigação contratual não foi cumprida.
2. Reunir a evidência: ordem de serviço, relatório técnico, registro fotográfico ou o documento que o objeto produz.
3. Emitir a notificação ao contratado, indicando a obrigação descumprida, o prazo para saneamento e o prazo para manifestação.
4. Registrar a notificação na pasta do contrato, com a data de emissão e a de recebimento.
5. Acompanhar o prazo e receber a manifestação ou a comprovação do saneamento.
6. Havendo saneamento tempestivo, registrá-lo e encerrar a ocorrência, mantendo-a na série histórica para efeito de reincidência.
7. Não havendo saneamento, manter a ocorrência e computá-la na medição do período, aplicando a glosa da faixa correspondente.
8. Avaliar se a ocorrência é reiterada, se compromete a continuidade do serviço ou se atinge a regularidade fiscal, trabalhista ou previdenciária.
9. Nessas hipóteses, submeter ao gestor a instauração do procedimento de apuração previsto no instrumento, com contraditório e ampla defesa.
10. Registrar a decisão motivada, o valor glosado, a penalidade eventualmente aplicada e o desfecho.
11. Levar as ocorrências reiteradas à análise periódica da carteira de contratos, para corrigir a causa e não apenas o efeito.

Ocorrência	Como é aferida
Executar serviço fora dos padrões de qualidade e quantidade contratados e não corrigir no prazo determinado pela fiscalização	Por serviço inadequado
Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização ou abandoná-lo sem motivo justificado	Por serviço não executado ou abandonado
Negligência na execução, incluídas ausências dos postos de trabalho e desatenção quanto às atividades e normas	Por ocorrência
Não fornecer no prazo insumo necessário à plena realização do serviço	Por verificação mensal
Não providenciar substituição tempestiva de ausência em posto de serviço	Por dia de ausência e por posto
Deixar de encaminhar, ao fim do mês, a documentação definida nas especificações	Por ocorrência
Deixar de atender às notificações no prazo estabelecido, inclusive quanto à disponibilidade do preposto	Por dia de atraso
Deixar de manter, durante a execução, as condições de habilitação exigidas	Por verificação mensal, quando da medição

Tabela POP-CTR-04.1 — Tipos de ocorrência relacionados no Quadro 03 do termo de referência.

✓ O QUE TORNA A NOTIFICAÇÃO EFICAZ
› Fato descrito com data, local e obrigação contratual identificada.
› Evidência anexada, e não apenas afirmada.
› Prazo para saneamento e prazo para manifestação, ambos expressos.
› Desfecho registrado, inclusive quando o saneamento ocorre.

✗ O QUE FRAGILIZA A DECISÃO
› Notificar por mensagem informal, sem registro na pasta do contrato.
› Glosar sem ocorrência documentada na planilha do período.
› Aplicar penalidade sem o procedimento e sem o contraditório previstos no instrumento.
› Encerrar a ocorrência sem registrar o desfecho, perdendo a série de reincidência.

POP-CTR-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

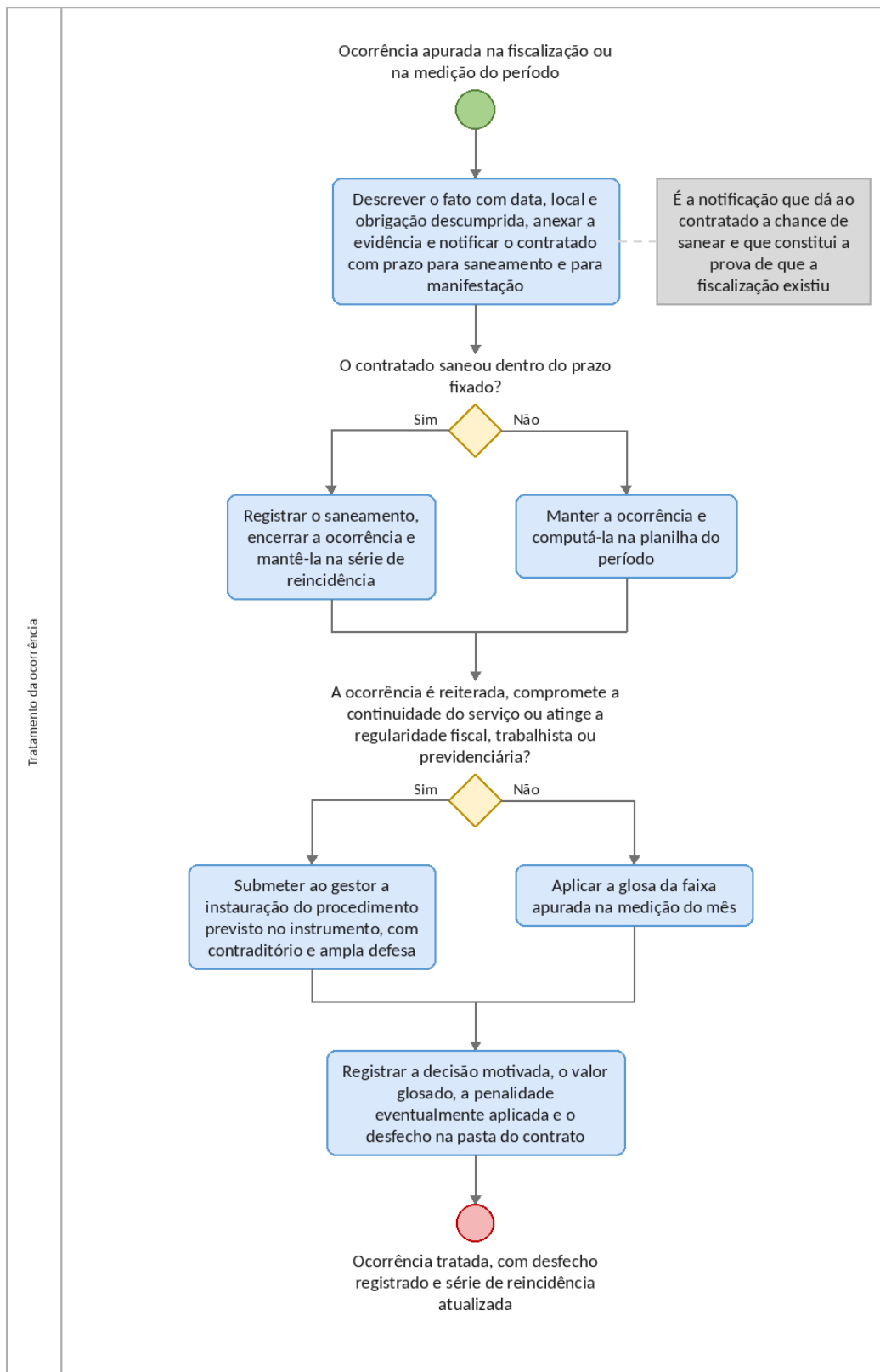
- › Notificação emitida, com data de emissão, de recebimento e prazo fixado.
- › Manifestação do contratado e comprovação do saneamento, quando houver.
- › Decisão motivada, com o valor glosado e o fundamento do enquadramento.
- › Procedimento de apuração e a penalidade aplicada, quando for o caso.
- › Série histórica de ocorrências por contrato, para aferição de reincidência.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Notificar antes	É a notificação que dá chance de sanear e que prova a fiscalização.
Glosa vem da medição	Ela ajusta o pagamento pelo que não se executou.
Sanção exige processo	Contraditório e ampla defesa, na forma do instrumento.
Saneamento também se registra	O desfecho favorável integra a série tanto quanto o outro.
Reincidência é dado	A série por contrato é o que distingue o incidente do padrão.

POP-CTR-04.5 Fluxograma

O fluxograma da ocorrência separa o saneamento tempestivo do que persiste, e mostra a decisão que define o desfecho: se a ocorrência é reiterada, compromete a continuidade ou atinge a regularidade, o caminho é o procedimento com contraditório; se não é, o caminho é a glosa da faixa apurada na medição.

POP-CTR-04 — Notificação, glosa e sanção ao contratado



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.18 e 12.32.19 e Quadro 03; itens 12.3.5 e 12.3.6.

POP-CTR-05. Aditivo, reajuste e repactuação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-05.1 Quando usar

- › No recebimento de pedido de alteração de valor, de prazo, de quantidade ou de objeto.
- › Na aproximação do termo final da vigência de contrato de execução continuada.
- › Quando acordo, convenção coletiva ou dissídio alterar os custos de mão de obra do objeto contratado.

POP-CTR-05.2 Fundamento

Itens 23.2 e 23.3 do termo de referência, que distinguem reajuste — atualização periódica pela perda do poder aquisitivo da moeda, sobre itens de insumo, após doze meses e sem demonstração analítica de custos — de repactuação, admitida exclusivamente para objeto com predominância de mão de obra, após doze meses do acordo, convenção coletiva ou dissídio, e precedida de planilha de custos que demonstre analiticamente a variação; item 3.16 do edital, quanto ao aditivo do contrato de gestão e ao limite de cinquenta por cento do valor inicial atualizado para acréscimos; itens 12.3.5 e 12.3.6 do termo de referência. Seção 7.8 do protocolo.

! TRÊS INSTITUTOS DISTINTOS, TRÊS INSTRUÇÕES DISTINTAS

- › Reajuste recompõe a inflação sobre insumos, aplica o índice previsto e prescinde de demonstração analítica de custos.
- › Repactuação recompõe a variação efetiva dos custos de mão de obra e exige planilha analítica que a demonstre, com o acordo, a convenção coletiva ou o dissídio que a motivou.
- › Aditivo altera objeto, prazo ou quantidade, e exige justificativa técnica, compatibilidade com o plano de trabalho e aprovação formal.
- › Instruir um como se fosse o outro produz decisão que o controle desfaz, e o desfazimento recai sobre o pagamento já realizado.

POP-CTR-05.3 Sequência de execução

1. Receber o pedido por escrito, com a indicação do que se pretende alterar e do fundamento.
2. Classificar o pedido: reajuste, repactuação, aditivo de objeto, de prazo ou de quantidade.
3. No reajuste, verificar o decurso do prazo mínimo desde a data da proposta e a incidência sobre itens de insumo, aplicando o índice previsto no instrumento.
4. Na repactuação, verificar a predominância de mão de obra no objeto, o decurso do prazo desde o acordo, a convenção coletiva ou o dissídio, e exigir a planilha de custos que demonstre analiticamente a variação.
5. No aditivo, exigir a justificativa técnica da área demandante e verificar a compatibilidade com o plano de trabalho e com a rubrica.
6. Verificar o impacto sobre o repasse e sobre a execução financeira do período, e o limite de acréscimo aplicável ao instrumento.
7. Conferir a regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do contratado na data da alteração.
8. Submeter a instrução à aprovação formal da instância competente da governança interna.
9. Formalizar o termo aditivo ou o apostilamento, numerá-lo e vinculá-lo ao contrato de origem no registro único.
10. Arquivar o termo e a instrução na pasta do contrato e comunicar o contratado.
11. Notificar a Comissão de Fiscalização da alteração contratual e incluir a cópia na prestação de contas do mês.

Instituto	Pressuposto	Instrução exigida
Reajuste	Perda do poder aquisitivo da moeda sobre itens de insumo, decorrido o prazo mínimo	Aplicação do índice previsto, sem demonstração analítica de custos
Repactuação	Objeto com predominância de mão de obra, após acordo, convenção coletiva ou dissídio	Planilha de custos detalhada, demonstrando analiticamente a variação
Aditivo de objeto ou quantidade	Alteração do que foi contratado, por necessidade técnica demonstrada	Justificativa técnica, compatibilidade com o plano de trabalho e aprovação formal
Aditivo de prazo	Continuidade do serviço além do termo final pactuado	Justificativa, verificação de regularidade e aprovação formal

Tabela POP-CTR-05.1 — O que distingue reajuste, repactuação e aditivo.

✓ O QUE PROTEGE A ALTERAÇÃO

- › Classificar o pedido antes de instruí-lo, porque cada instituto tem pressuposto próprio.

✓ O QUE PROTEGE A ALTERAÇÃO

- › Exigir a planilha analítica na repactuação, que é o documento que a sustenta.
- › Verificar o impacto sobre o repasse antes de aprovar, e não depois de assinar.
- › Conferir a regularidade do contratado na data da alteração, como em qualquer pagamento.

✗ O QUE COMPROMETE A ALTERAÇÃO

- › Conceder aumento de mão de obra como se fosse reajuste de índice.
- › Aplicar índice sobre parcela de mão de obra, ou planilha sobre parcela de insumo.
- › Prorrogar por continuidade de fato, com o termo assinado depois do vencimento.
- › Formalizar aditivo sem vinculá-lo ao contrato de origem no registro único.

POP-CTR-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Pedido escrito do contratado e a classificação atribuída, com o fundamento.
- › Planilha de custos analítica e o instrumento coletivo que a motivou, na repactuação.
- › Justificativa técnica da área demandante e a aprovação formal da instância competente.
- › Termo aditivo assinado, numerado e vinculado ao contrato de origem.
- › Notificação à Comissão de Fiscalização e cópia enviada na prestação de contas.

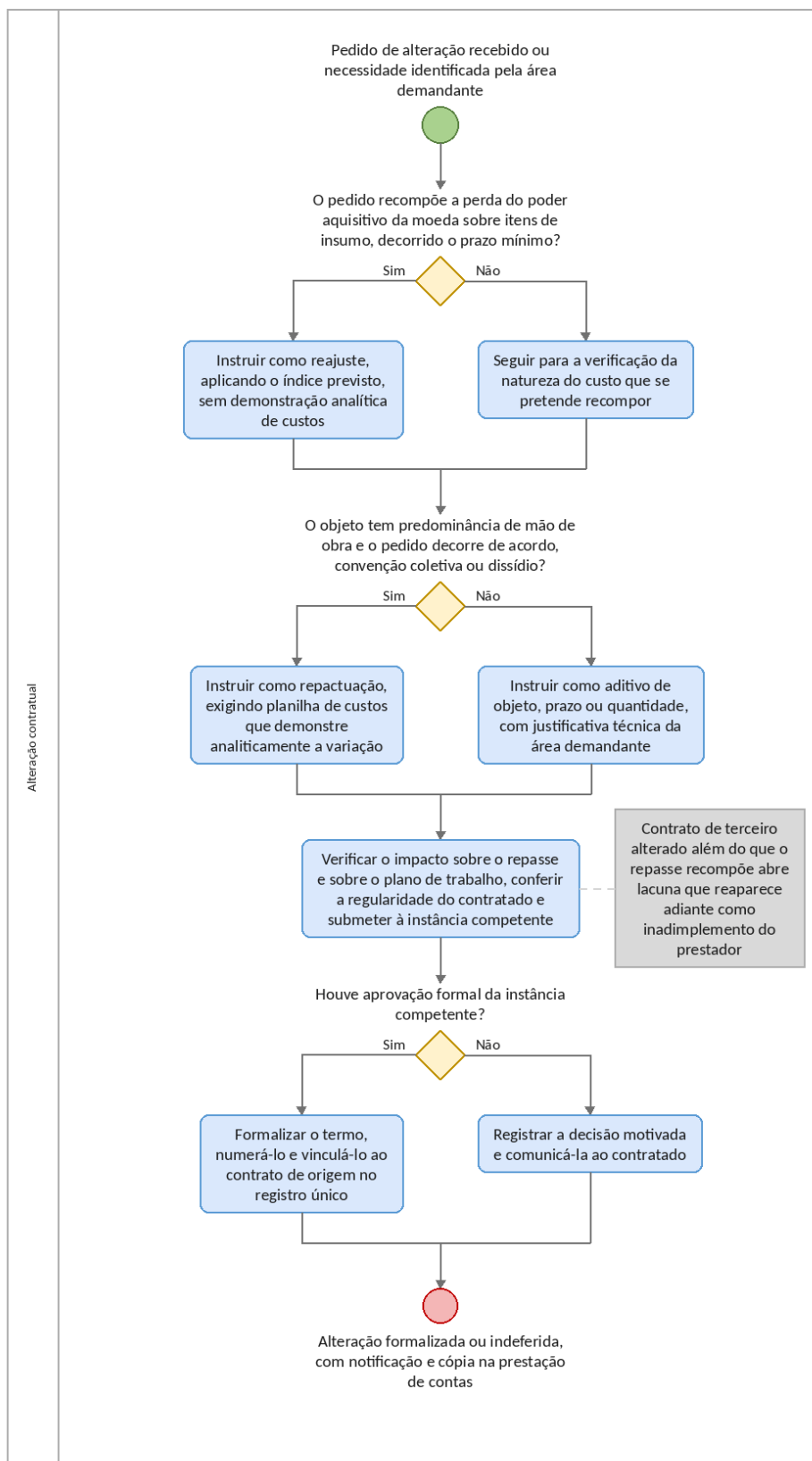
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Classificar primeiro	Reajuste, repactuação e aditivo têm pressupostos distintos.
Índice para insumo	Reajuste recompõe a moeda e prescinde de planilha.
Planilha para mão de obra	Repactuação exige demonstração analítica da variação.
Impacto no repasse	Alteração aprovada sem lastro reaparece como inadimplemento.
Vínculo no registro	O aditivo vive preso ao contrato que altera.

POP-CTR-05.5 Fluxograma

O fluxograma da alteração contratual é conduzido por duas perguntas que separam institutos distintos: se o que se recompõe é a moeda sobre insumo, o percurso é o do reajuste; se é a variação de custo de mão de obra decorrente de instrumento coletivo, o percurso é o da repactuação, com planilha analítica. O que não é nem um nem outro segue como aditivo.

POP-CTR-05 — Aditivo, reajuste e repactuação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 23.2 e 23.3; Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, item 3.16.

POP-CTR-06. Conferência de regularidade antes do pagamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-06.1 Quando usar

- › No recebimento de todo documento fiscal emitido por prestador de serviço contratado.
- › Na expiração do prazo de validade de qualquer certidão apresentada pelo contratado.
- › Na montagem da prestação de contas mensal, quanto às certidões e aos comprovantes do período.

POP-CTR-06.2 Fundamento

Item 3.15 do edital, que faculta ao contratante exigir a qualquer tempo a comprovação do cumprimento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais como condição do pagamento; item 3.28 do edital, quanto à reapresentação das certidões sempre que expirados os prazos de validade; item 6.11 do edital e item 12.4.27 do termo de referência, quanto à retenção enquanto não comprovada a regularidade; itens 12.35.7.9, 12.35.8.10 e 12.35.9.10 do termo de referência, que vinculam expressamente as certidões de INSS e de fundo de garantia ao afastamento da responsabilidade subsidiária do órgão; artigo 5.º-A, parágrafo 5.º, da Lei n.º 6.019, de 1974, e artigo 31 da Lei n.º 8.212, de 1991. Seção 7.9 do protocolo.

! É ESTA CONFERÊNCIA QUE AFASTA A RESPONSABILIDADE SUBSIDIÁRIA

- › A responsabilidade subsidiária do tomador pelas obrigações trabalhistas do prestador é regra legal, e a fiscalização documental é o que demonstra a diligência que a afasta.
- › O instrumento contratual é expresso: a certidão de INSS e a de fundo de garantia são apresentadas garantindo a ausência de responsabilidade subsidiária do órgão.
- › A conferência precede o pagamento porque é o pagamento o ato que a norma condiciona. Conferir depois documenta a omissão com precisão.

! É ESTA CONFERÊNCIA QUE AFASTA A RESPONSABILIDADE SUBSIDIÁRIA

› Certidão vencida não é irregularidade formal: é a perda da prova de que o encargo foi recolhido no período em que o serviço foi prestado.

POP-CTR-06.3 Sequência de execução

1. Receber o documento fiscal e conferir a sua vinculação ao contrato numerado e ao período de medição.
2. Conferir o atesto do fiscal e o relatório de medição do período, com a faixa apurada.
3. Conferir a vigência das certidões de regularidade fiscal, trabalhista, previdenciária e de fundo de garantia na data do pagamento.
4. Solicitar a reapresentação de toda certidão cujo prazo de validade esteja expirado, e reter o processamento até a regularização.
5. Conferir, nos contratos com cessão de mão de obra, os comprovantes de recolhimento referentes ao período da prestação e as retenções aplicáveis.
6. Verificar se há débito trabalhista ou previdenciário conhecido que exponha a contratante à responsabilização subsidiária.
7. Havendo exposição, reter o valor correspondente, notificar o contratado e registrar a retenção e o seu motivo.
8. Aplicar sobre o valor a glosa apurada na medição do período, quando houver.
9. Liberar o pagamento e montar o dossiê de liquidação com o documento fiscal, o atesto, a medição, as certidões e os comprovantes.
10. Arquivar o dossiê na pasta da competência e alimentar a planilha analítica de pagamentos a fornecedores e prestadores.
11. Liberar a retenção somente quando superada a irregularidade que a motivou, registrando o desfecho.

Documento	O que comprova	Âncora
Certidão negativa de débitos junto ao INSS	A regularidade previdenciária do contratado	Edital, item 3.28; TR, itens 12.35.7.9 e 12.35.9.10
Certificado de regularidade do fundo de garantia	O recolhimento do fundo de garantia dos empregados	Edital, itens 3.28 e 6.11
Certidão negativa de débitos trabalhistas	A inexistência de débito reconhecido perante a Justiça do Trabalho	Edital, item 3.28; Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho
Certidão de débitos de tributos e contribuições federais	A regularidade fiscal	Edital, item 3.28

Documento	O que comprova	Âncora
Atesto do fiscal e relatório de medição	A execução do serviço no período	TR, itens 12.32.17 a 12.32.19, 12.35.7.5 e 12.35.12.7
Comprovantes de recolhimento do período	O cumprimento dos encargos no período da prestação	Edital, itens 3.15 e 6.15, V; Lei n.º 8.212, de 1991

Tabela POP-CTR-06.1 — Documentos conferidos antes da liberação do pagamento.

✓ O QUE A CONFERÊNCIA PRECISA GARANTIR
› Certidões vigentes na data do pagamento, e não na data da contratação.
› Conferência anterior ao pagamento, porque é ele o ato condicionado.
› Dossiê de liquidação completo, arquivado por competência.
› Retenção registrada com o motivo, e liberada apenas com a irregularidade superada.

✗ O QUE EXPÕE A ENTIDADE
› Pagar com certidão vencida, deixando a regularização para depois.
› Aceitar declaração do contratado em substituição à certidão.
› Liberar o pagamento sem o atesto do fiscal e sem a medição do período.
› Liberar retenção antes de superada a irregularidade que a motivou.

POP-CTR-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Dossiê de liquidação com documento fiscal, atesto, medição, certidões e comprovantes.
- › Registro da conferência das certidões, com data e responsável.
- › Retenção aplicada, com o motivo, o valor e o desfecho.
- › Planilha analítica de pagamentos a fornecedores e prestadores, por competência.

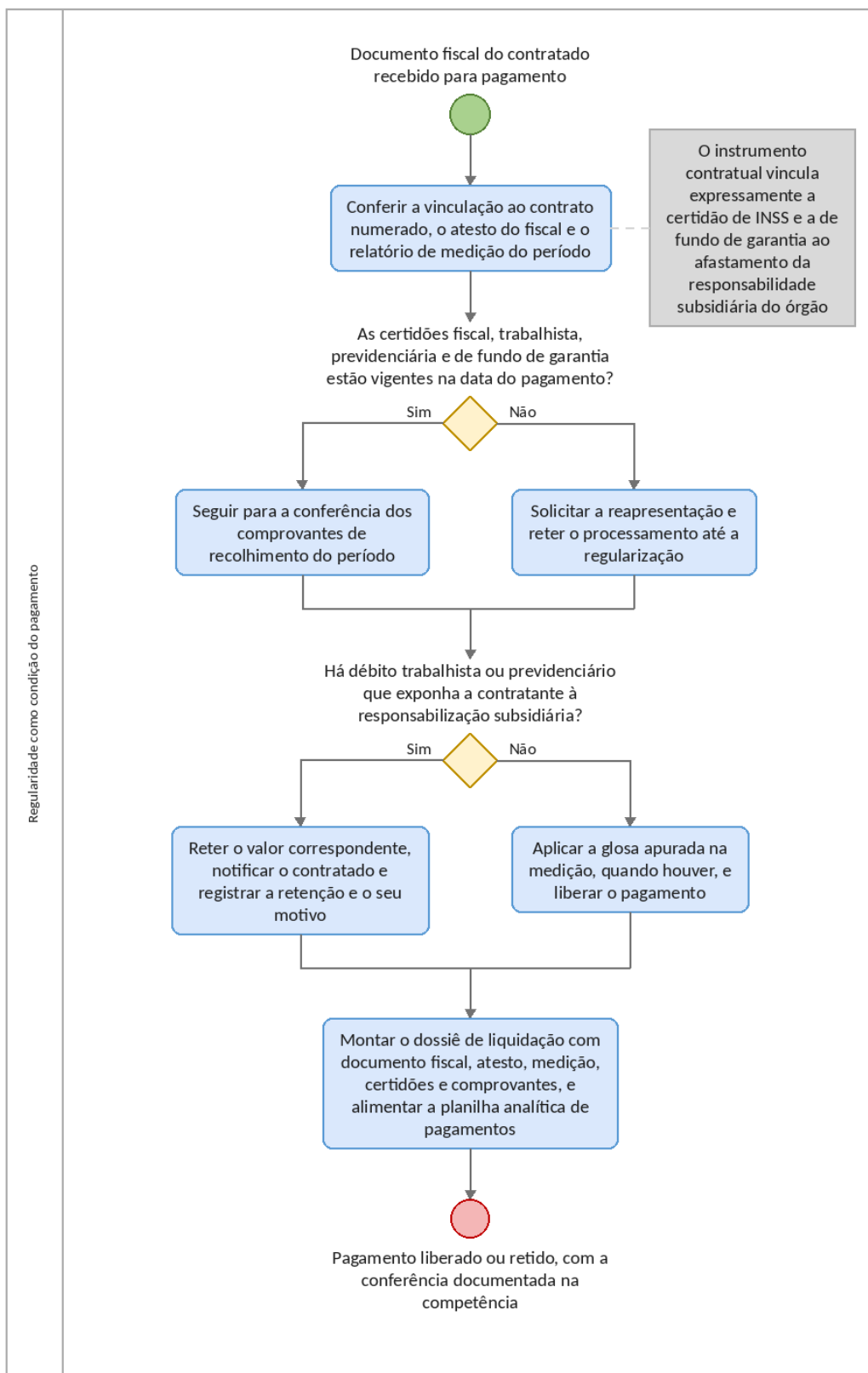
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A conferência afasta o risco	É ela que demonstra a diligência que a lei cobra do tomador.
Vigência na data do pagamento	Certidão válida na assinatura não prova o período executado.
Conferir antes de pagar	O pagamento é o ato que a norma condiciona.
Retenção com motivo	Registrada, comunicada e liberada só com a irregularidade superada.
Dossiê por competência	É o que responde à diligência sem revolver o conjunto.

POP-CTR-06.5 Fluxograma

O fluxograma do pagamento tem duas travas anteriores à liberação: a vigência das certidões na data do pagamento, que retém o processamento quando expirada, e a existência de débito

trabalhista ou previdenciário capaz de expor a contratante à responsabilização subsidiária, que determina a retenção do valor correspondente.

POP-CTR-06 — Conferência de regularidade antes do pagamento



Referência: Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, itens 3.15, 3.28 e 6.11; Termo de Referência HGNI, itens 12.4.27, 12.35.7.9 e 12.35.9.10; Lei n.º 6.019/1974, art. 5.º-A, § 5.º.

POP-CTR-07. Encerramento contratual e transição de prestador

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-CTR-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 7 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-CTR-07.1 Quando usar

- › Na aproximação do termo final da vigência, sem prorrogação pretendida.
- › No distrato, na rescisão ou na substituição do prestador de serviço de execução continuada.
- › Em procedimento de intervenção, transição operacional ou encerramento do contrato de gestão, quanto aos contratos a ele atrelados.

POP-CTR-07.2 Fundamento

Item 34.6 do termo de referência, que impõe cooperação integral com a Administração Pública durante intervenção, transição operacional ou encerramento contratual, assegurando acesso irrestrito a informações, documentos, sistemas, prontuários, contratos, escalas, estoques e registros financeiros; item 34.5, inciso III, quanto à requisição administrativa dos contratos atrelados ao contrato de gestão; item 34.7, quanto às medidas de preservação da continuidade assistencial; item 12.3.4 do termo de referência, quanto à notificação do distrato e da rescisão. Seção 7.10 do protocolo.

! O RISCO DO ENCERRAMENTO É A DESCONTINUIDADE, NÃO O SALDO

- › Serviço de apoio de execução continuada não admite intervalo: limpeza, alimentação, processamento de roupas, manutenção e resíduos param no dia em que o contrato termina.
- › A transição se planeja a partir do fim da vigência, e não a partir do dia em que se percebe que ele chegou.
- › O acesso a informações, documentos, sistemas, contratos, escalas e estoques é dever expresso do instrumento contratual na transição, e alcança o que o contratado tem sob guarda.
- › Pendência de verba rescisória e de regularidade do prestador que sai é o ponto em que a responsabilidade subsidiária reaparece, já sem contrato para fiscalizar.

POP-CTR-07.3 Sequência de execução

1. Identificar o termo final da vigência ou o evento que determina o encerramento, e comunicar a área demandante.
2. Levantar as obrigações contratuais pendentes, os bens sob guarda do contratado, os insumos, os acessos a sistemas e os documentos que ele detém.
3. Verificar se o serviço é de execução continuada e essencial à assistência.
4. Sendo essencial, definir o marco de assunção atividade por atividade e sobrepor os períodos de operação do prestador que sai e do que entra.
5. Não sendo essencial, definir a data única de encerramento e comunicá-la ao contratado.
6. Conferir a regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do contratado até o último período executado.
7. Havendo pendência de regularidade, de verba rescisória ou passivo em discussão, reter o saldo correspondente e registrar a pendência até o desfecho.
8. Receber os bens, os insumos e os documentos, com termo de devolução e conferência.
9. Encerrar os acessos do contratado aos sistemas e às áreas restritas, e transferir ao novo prestador o que for necessário à continuidade.
10. Assegurar acesso irrestrito às informações, aos contratos, às escalas, aos estoques e aos registros necessários à continuidade dos serviços.
11. Formalizar o termo de encerramento ou o distrato, notificar a Comissão de Fiscalização e incluir a cópia na prestação de contas do mês.
12. Consolidar o relatório de transição, com pendências, saldos e desfechos, e arquivá-lo na pasta do contrato.

Objeto do levantamento	Consequência de não levantar
Obrigações contratuais pendentes	Serviço faturado e não executado, ou executado e não pago
Bens, equipamentos e insumos sob guarda do contratado	Perda patrimonial apurada quando já não há contrato para responder por ela
Acessos a sistemas, áreas restritas e chaves	Acesso ativo de quem já não presta serviço à unidade
Documentos, registros e escalas sob a guarda do contratado	Perda da prova da execução e do vínculo de cada trabalhador com o período
Regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do último período	Exposição à responsabilização subsidiária já sem contrato para fiscalizar
Marco de assunção de cada atividade pelo novo prestador	Intervalo de serviço em atividade que não admite interrupção

Tabela POP-CTR-07.1 — O que se levanta antes de encerrar um contrato de execução continuada.

✓ O QUE UMA TRANSIÇÃO PRECISA ENTREGAR
› Marco de assunção definido atividade por atividade, e não por data única.
› Sobreposição de operação nos serviços que não admitem intervalo.
› Regularidade conferida até o último período executado, antes do saldo final.
› Termo de devolução de bens, documentos e acessos, com conferência registrada.

✗ O QUE PRODUZ DESCONTINUIDADE
› Descobrir o vencimento no mês em que ele ocorre.
› Liquidar o saldo final antes de conferir a regularidade do último período.
› Encerrar sem receber documentos, escalas e registros da execução.
› Manter acesso a sistemas e a áreas restritas depois do encerramento.

POP-CTR-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

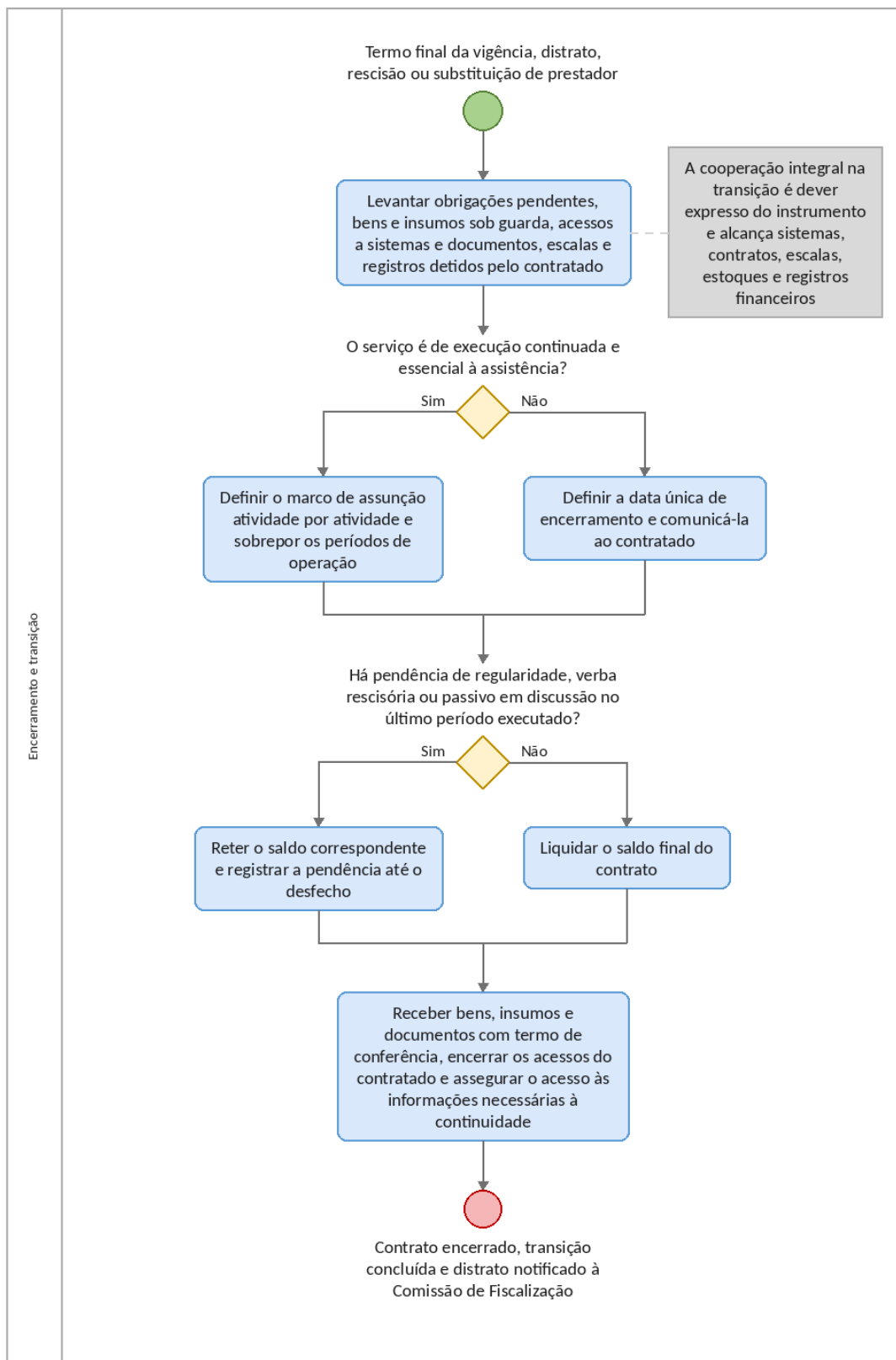
- › Levantamento de pendências, bens, insumos, acessos e documentos.
- › Plano de transição com o marco de assunção de cada atividade.
- › Termo de devolução e conferência de bens, documentos e acessos.
- › Termo de encerramento ou distrato, com a notificação à Comissão de Fiscalização.
- › Relatório de transição, com pendências, saldos retidos e desfechos.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Continuidade primeiro	Serviço essencial não admite intervalo entre prestadores.
Atividade por atividade	O marco de assunção é por serviço, não por data única.
Regularidade até o fim	O último período executado é o que mais expõe a entidade.
Devolver e conferir	Bens, documentos, escalas e acessos voltam com termo.
Cooperação é dever	O acesso irrestrito na transição está no instrumento contratual.

POP-CTR-07.5 Fluxograma

O fluxograma do encerramento tem duas decisões que mudam o percurso: a essencialidade do serviço, que substitui a data única de encerramento pelo marco de assunção atividade por atividade, e a existência de pendência de regularidade ou de verba rescisória no último período, que retém o saldo final até o desfecho.

POP-CTR-07 — Encerramento contratual e transição de prestador



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 34.5, III, 34.6 e 34.7; item 12.3.4.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.440, de 7 de julho de 2011. Acrescenta Título VII-A à Consolidação das Leis do Trabalho para instituir a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12440.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1.º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974. Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1974. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6019.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013, e Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019, que disciplinam a qualificação e a contratualização com Organizações Sociais, e Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Súmula n.º 331 — Contrato de prestação de serviços. Legalidade. Brasília, DF: TST. Disponível em: https://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Finanças, Contabilidade e Prestação de Contas

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

8.1 Âmbito e finalidade.....	438
8.2 Base normativa.....	439
8.3 A conta específica e a vedação de mistura de recursos.....	440
8.4 O ciclo financeiro mensal.....	441
8.5 Conciliação bancária.....	441
8.6 Fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato exigido.....	442
8.7 Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação de funções.....	443
8.8 Rateio da sede: o teto e os critérios de admissibilidade.....	444
8.9 Fechamento contábil segregado por centro de custo.....	445
8.10 Montagem e envio da prestação de contas mensal.....	446
8.11 Prestação de contas anual e relatório de gestão.....	447
8.12 Ofício, diligência e retenção de valores.....	447
8.13 Fundo de reserva: constituição e movimentação.....	448
8.14 Materiais especiais: segregação da pasta e rubrica distinta.....	449
8.15 Guarda dos arquivos da prestação de contas.....	449
8.16 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	450
8.17 Interface com compras, gestão de pessoas e almoxarifado.....	451
8.18 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	452
8.19 Tratamento da não conformidade e da glosa.....	453
8.20 Indicadores e monitoramento.....	454
8.21 Revisão, versão e governança do protocolo.....	455
8.22 Fluxograma.....	456

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	460
POP-FIN-01 Movimentação da conta específica e exclusiva do contrato.....	461
POP-FIN-02 Conciliação bancária da competência.....	465
POP-FIN-03 Planilha de fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato.....	469
POP-FIN-04 Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação.....	473
POP-FIN-05 Apuração do rateio da sede: teto e critérios de admissibilidade.....	477
POP-FIN-06 Fechamento contábil da competência por centro de custo.....	481
POP-FIN-07 Montagem e envio da prestação de contas mensal.....	485
POP-FIN-08 Prestação de contas anual e relatório de gestão.....	489
POP-FIN-09 Resposta a ofício, diligência e retenção de valores.....	493
POP-FIN-10 Constituição e movimentação do fundo de reserva.....	497
POP-FIN-11 Guarda dos arquivos da prestação de contas.....	501
POP-FIN-12 Segregação da pasta de notas fiscais de material especial.....	505
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	509

Protocolo 8. Finanças, Contabilidade e Prestação de Contas

8.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade recebe, guarda, aplica, paga e demonstra os recursos públicos transferidos por força do contrato de gestão. Ele governa o percurso que começa no crédito do repasse na conta bancária específica e termina na entrega do conjunto documental que comprova a regular aplicação do recurso, passando pela liquidação da despesa, pela escrituração segregada por centro de custo, pela conciliação bancária e pela apuração do rateio das despesas comuns da sede.

A finalidade não é contábil no sentido estreito do termo, e convém dizê-lo desde já. O instrumento contratual trata a prestação de contas como dever permanente e instrumento essencial de controle, avaliação de desempenho, transparência e responsabilização. Recurso corretamente aplicado e mal demonstrado produz, para quem fiscaliza, o mesmo efeito de recurso mal aplicado: glosa, retenção e tomada de contas. O trabalho financeiro só se completa quando a aplicação se torna verificável por terceiro que não participou dela.

Três premissas organizam o conjunto. A primeira é a da segregação: os recursos do contrato transitam por conta própria, escrituram-se em contabilidade identificável e não se confundem com nenhuma outra origem. A segunda é a da rastreabilidade: cada movimentação precisa ser reconstituível do extrato ao documento que a originou, e de volta. A terceira é a da tempestividade: os prazos que este protocolo observa são os do instrumento contratual, e é por eles que a execução financeira é avaliada.

O protocolo alcança todas as áreas que geram fato financeiro — compras e contratos, gestão de pessoas, almoxarifado e farmácia, faturamento e a própria direção —, porque a prestação de contas reúne o que essas áreas produzem. O setor financeiro consolida e responde pela entrega; a origem do documento, porém, está quase sempre fora dele, e é essa circunstância que torna as interfaces descritas na seção 8.17 parte do processo, e não assunto lateral.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de finanças, contabilidade e prestação de contas observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um

produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

8.2 Base normativa

O protocolo se apoia em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual — termo de referência e minuta de contrato de gestão do edital —, que fixa a conta, os prazos, a composição da prestação de contas e os limites do rateio. A segunda é a da legislação municipal das organizações sociais, que rege a celebração, a execução e a publicidade. A terceira é a da normatização estadual invocada pelo próprio termo de referência para o rateio. A quarta é a das normas contábeis aplicáveis às entidades sem finalidade de lucros.

Na camada contratual, o item 18.11 do termo de referência determina que os recursos transferidos sejam mantidos em conta bancária específica e exclusiva, vedada a movimentação conjunta com outros recursos da organização social, e enuncia os princípios da segregação contábil, da rastreabilidade, da transparência, da economicidade e do controle. O item 18.3 fixa o prazo de dois dias úteis, contados do efetivo crédito, para a aplicação do saldo ainda não utilizado em caderneta de poupança mantida em instituição financeira oficial. O item 18.13 relaciona a documentação da prestação de contas mensal em quatro blocos, e o item 26.3 fixa a apresentação até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços. O item 12.30.3 determina o arquivamento, por cinco anos após o término do contrato, dos arquivos encaminhados à comissão na entrega mensal.

A minuta de contrato de gestão do edital reforça e detalha. A cláusula 6.14 exige a movimentação exclusiva em conta específica e veda a mistura com recursos próprios ou de outros ajustes, ressalvada a autorização expressa do contratante e assegurada a perfeita rastreabilidade. A cláusula 6.15 enumera dez documentos que acompanham a prestação mensal, entre eles a conciliação bancária e a planilha analítica de pagamentos. A cláusula 6.16 impõe escrituração contábil regular, segregada e compatível com a execução do contrato. A cláusula 6.20 veda a utilização de recursos para finalidade diversa do objeto, e a 6.21 sujeita os documentos ao prazo legal aplicável, em arquivo físico ou digital organizado.

Na camada estadual, a Resolução SES n.º 1.557, de 2017, é invocada pelo item 18.5 do termo de referência como o diploma cujos limites, requisitos e critérios governam o rateio da sede; o

item 18.6 reproduz os quatro critérios cumulativos do seu artigo 2.º. Na camada municipal, a Lei n.º 4.224, de 2013, e o Decreto n.º 11.742, de 2019, são citados nos itens 18.1, 18.12 e 26.1 como o regime da transferência, da execução e da prestação de contas com ampla publicidade; o Decreto n.º 12.997, de 2022, é invocado pela cláusula 6.11 do contrato de gestão quanto à retenção por irregularidade trabalhista e previdenciária. Na camada contábil, a interpretação técnica geral aplicável às entidades sem finalidade de lucros orienta o reconhecimento, a mensuração e a evidenciação dos atos praticados.

Duas distinções merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: a planilha de fluxo financeiro aparece no instrumento sob a forma de recomendação de que se preveja a obrigatoriedade da sua elaboração, tanto no item 24.2 quanto no item 18.13.1.1 — mas os campos mínimos vêm enunciados como conteúdo devido, e a planilha integra a relação da prestação de contas mensal. O serviço a adota como instrumento próprio, na exata configuração de campos e formatos que o instrumento descreve, e é assim que ela é tratada na seção 8.6. A segunda: nem o termo de referência nem o edital impõem que a movimentação se faça exclusivamente por meio eletrônico. O que eles exigem é a conta específica, a vedação de mistura e a rastreabilidade da origem e da aplicação, com identificação bancária do favorecido na planilha de pagamentos. O serviço adota o pagamento por transferência identificada como prática de organização do trabalho, porque é o meio que melhor atende à rastreabilidade exigida, sem converter em vedação contratual aquilo que a fonte não veda.

8.3 A conta específica e a vedação de mistura de recursos

A conta bancária específica é o primeiro e mais elementar instrumento de controle deste protocolo, e também o mais fácil de perder. O item 18.11 do termo de referência determina que os recursos transferidos sejam mantidos em conta específica e exclusiva vinculada ao instrumento, vedada a movimentação conjunta com outros recursos da organização social, de modo a assegurar a segregação contábil, a rastreabilidade das despesas e a transparência da execução financeira. A cláusula 6.14 do contrato de gestão repete a regra pelo lado da movimentação: os recursos são movimentados exclusivamente naquela conta, vedada a mistura com recursos próprios ou com valores de outros contratos, ajustes, parcerias ou convênios.

A cláusula 6.14 traz uma ressalva que precisa ser lida com cuidado, porque ela não é uma porta larga. A mistura é admitida quando expressamente autorizada pelo contratante e desde que assegurada a perfeita rastreabilidade da origem e da aplicação dos recursos — duas condições cumulativas, uma delas dependente de ato de terceiro. Na ausência de autorização expressa, a regra é a vedação, e o serviço opera sobre a regra. O item 24.5 do termo de referência acrescenta uma vedação absoluta e sem ressalva: empréstimos monetários entre contratos de gestão administrados pela mesma organização social.

Ao lado da conta de movimentação existe a conta de aplicação, e o instrumento a trata expressamente. O item 18.3 determina que os recursos repassados sejam aplicados, no prazo máximo de dois dias úteis contados do efetivo crédito na conta específica, exclusivamente em caderneta de poupança mantida em instituição financeira oficial, enquanto não utilizados na execução do objeto, em observância aos princípios da economicidade, da segurança e da preservação do valor real dos recursos públicos. O item 18.13.1.1 exige que os extratos

apresentados incluam a conta investimento ou de aplicação, o que confirma que as duas contas compõem um mesmo conjunto para efeito de demonstração.

8.4 O ciclo financeiro mensal

O ciclo financeiro da unidade tem periodicidade mensal porque é mensal a competência dos repasses, da escrituração e da prestação de contas — não por convenção interna. Ele começa no crédito do repasse e termina na entrega do conjunto documental à comissão, e cada uma das suas etapas produz peça que integrará essa entrega. Descrever o ciclo inteiro importa porque a maior parte das faltas apuradas na prestação de contas nasce muito antes do fechamento, em ato praticado no início do mês por quem não pensava em prestação de contas.

A primeira etapa é a entrada do recurso: crédito na conta específica, identificação da fonte e da competência, e aplicação do saldo ainda não empregado, no prazo do item 18.3. A segunda é a execução da despesa: liquidação contra documento fiscal idôneo e atesto, verificação da vinculação ao objeto e às rubricas autorizadas, apuração das retenções e pagamento pela conta do contrato. A terceira é a escrituração: classificação por natureza de gasto e por centro de custo, com razão e diário. A quarta é a apuração do rateio administrativo, quando houver despesa comum a apropriar.

A quinta etapa é a conciliação bancária, que confronta extrato, contabilidade, pagamentos, saldos e despesas informadas. A sexta é a montagem do conjunto: os quatro blocos documentais do item 18.13 e os relatórios do item 26.3. A sétima é o envio, até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços. A oitava, que não pertence ao mês corrente mas ao ciclo, é o tratamento do retorno — ofício, diligência, glosa ou retenção —, cujo efeito recai sobre competências já encerradas e cuja causa precisa ser corrigida na etapa em que nasceu.

A etapa que mais frequentemente compromete o conjunto é a segunda. Despesa liquidada sem a documentação que a sustenta atravessa a escrituração sem alarde, aparece na conciliação como valor conciliado e só encontra resistência quando a comissão pede o documento que nunca existiu. Por isso a unidade organiza o trabalho de modo a dispor de tempo entre o fechamento contábil e a data de entrega, com a finalidade de tratar pendência dentro da própria competência — sem que disso decorra a instituição de prazo interno paralelo ao prazo do instrumento.

8.5 Conciliação bancária

A conciliação bancária é o documento que liga o mundo do banco ao mundo da contabilidade, e o instrumento contratual a trata como peça autônoma da prestação de contas. A cláusula 6.15, inciso II, do contrato de gestão exige conciliação bancária mensal demonstrando a correspondência entre os valores constantes dos extratos, os registros contábeis, os pagamentos realizados, os saldos financeiros disponíveis e as despesas informadas na prestação de contas. O item 18.13.1.1, alínea p, do termo de referência arrola a conciliação bancária mensal entre os elementos da documentação financeira e bancária.

São cinco grandezas a conciliar, e não duas. Conferir saldo bancário contra saldo contábil é o mínimo, e é também a leitura que deixa passar a maior parte dos problemas: uma despesa informada na prestação de contas com valor diverso do efetivamente pago fecha o saldo e não

fecha a informação. A conciliação exigida pelo instrumento é mais ampla justamente porque a fiscalização compara peças entre si, e a divergência entre elas é o que ela procura.

O método adotado parte do saldo de abertura conferido contra o encerramento da competência anterior já conciliada, percorre o extrato lançamento a lançamento e isola as partidas sem contrapartida identificada. Cada partida isolada é classificada — tarifa, rendimento de aplicação, estorno, lançamento apenas pendente ou erro de registro —, porque o tratamento de cada uma é diferente: a pendência se lança na competência correta, o erro se corrige na origem e se documenta, a tarifa e o rendimento se reconhecem contabilmente.

A consequência de não conciliar está escrita. A cláusula 6.19 do contrato de gestão relaciona, entre as causas de retenção cautelar de repasses, de glosa e de restituição ao erário, a divergência não justificada entre extratos bancários, registros contábeis e despesas informadas; o item 18.13.5 do termo de referência acrescenta a inconsistência nas informações apresentadas. A palavra que governa é justificada: a divergência que a unidade encontra, explica e documenta tem natureza distinta da que a fiscalização descobre. É essa a razão de a conciliação preceder o envio, e não segui-lo.

8.6 Fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato exigido

A planilha demonstrativa de fluxo financeiro é o instrumento pelo qual cada movimentação da conta específica se torna individualmente legível. O item 24.2 do termo de referência a descreve como planilha em formatos de planilha eletrônica e de documento pesquisável, contendo o detalhamento integral das movimentações financeiras realizadas no período, e enumera nas alíneas a a o os campos que ela deverá conter no mínimo; o item 18.13.1.1 repete a mesma enumeração dentro do rol da prestação de contas mensal. O item 24.3 declara a finalidade: fortalecer os mecanismos de transparência, controle, segregação financeira e rastreabilidade dos recursos públicos transferidos.

Alínea	Campo obrigatório da planilha de fluxo financeiro
a	Data da movimentação
b	Valor da transação
c	Tipo de transação, crédito ou débito
d	Categoria da despesa
e	Categoria da receita
f	Nome do fornecedor ou beneficiário
g	Inscrição no cadastro de pessoas físicas ou de pessoas jurídicas do fornecedor ou beneficiário
h	Número do documento fiscal ou comprobatório vinculado à transação
i	Número do contrato relacionado à despesa
j	Justificativa da despesa
k	Responsável pela autorização ou realização da transação
l	Status da transação
m	Saldo anterior à movimentação

Alínea	Campo obrigatório da planilha de fluxo financeiro
n	Saldo atual após a movimentação
o	Campo destinado a observações e comentários complementares

Tabela 8.1 — Os quinze campos mínimos da planilha de fluxo financeiro, na enumeração dos itens 24.2 e 18.13.1.1 do termo de referência.

Quatro exigências acompanham a enumeração e mudam o modo de preencher. A primeira é o detalhamento integral, que impede o agrupamento de transações distintas em linha única de valor somado — o que o extrato mostra separado, a planilha mostra separado. A segunda é a dupla emissão: os dois formatos são exigidos em conjunto, e ambos são gerados da mesma base, para que não divirjam entre si. A terceira é o encadeamento dos saldos anterior e posterior, que transforma a planilha numa série verificável contra o extrato, linha a linha. A quarta é a identificação própria da movimentação de órtese, prótese e material especial, exigida pelo item 12.29.1 e tratada na seção 8.14.

Campo em branco é motivo de devolução do conjunto, e a razão é simples: cada campo responde a uma pergunta que a fiscalização faria. O número do documento fiscal e o número do contrato ligam a linha ao processo que a originou; a justificativa da despesa antecipa a pergunta sobre a pertinência; o responsável pela autorização identifica a alçada exercida; o status distingue o pago do provisionado. Preencher com rigor é mais barato do que responder a diligência sobre linha incompleta, e é essa a economia que a seção persegue.

A planilha é montada a partir do extrato e da escrituração, e não de controle paralelo. Quando a informação de um campo nasce fora do setor financeiro — a justificativa da despesa, o número do contrato, o objeto contratado —, ela é buscada no processo que a produziu, e não estimada no momento do preenchimento. A finalidade declarada é a rastreabilidade: a planilha só serve se, a partir de qualquer linha, for possível chegar ao documento, ao contrato e ao ato que autorizou a despesa.

8.7 Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação de funções

A liquidação é o momento em que a unidade reconhece que a despesa é devida, e é nele que se concentra o maior risco financeiro do contrato. A cláusula 6.20 do contrato de gestão fixa o padrão de conduta: a realização de pagamentos deve observar a vinculação direta da despesa com o objeto do contrato de gestão, com as metas pactuadas, com o plano de trabalho aprovado, com a proposta econômica aceita e com as rubricas autorizadas no termo de referência, sendo vedada a utilização de recursos para finalidade diversa, despesa estranha ao objeto, pagamento sem documentação comprobatória idônea ou obrigação não relacionada à execução dos serviços contratados.

A conferência da vinculação é a primeira porta, e não a última. Verificá-la depois do pagamento significa descobrir o problema quando a correção já depende de devolução de valor ao erário. Por isso o processo de pagamento se abre com quatro peças reunidas: o documento fiscal idôneo, o atesto de quem recebeu o bem ou o serviço, o contrato ou instrumento equivalente que sustenta a contratação e a comprovação da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

Faltando qualquer uma delas, a despesa não se liquida: o documento retorna à área requisitante com a razão registrada, e a pendência é acompanhada até a regularização.

A segregação de funções é princípio adotado pelo serviço, e não etapa acrescentada ao fluxo. Ela consiste em manter em funções distintas quem solicita a despesa, quem a liquida e quem autoriza o pagamento — separação que não desconfia de ninguém e apenas reconhece que o controle mais barato contra o erro involuntário é o olhar de quem não praticou o ato. A ela se soma a alçada declarada: saber de antemão qual função pode autorizar qual valor evita tanto o pagamento fora de competência quanto a paralisação do fluxo por ausência de quem decida.

O que a prestação de contas exige do pagamento está enumerado. A cláusula 6.15, inciso IV, requer planilha analítica de pagamentos a fornecedores e prestadores contendo razão social ou nome do credor, inscrição fiscal, objeto contratado, número do contrato, número do documento comprobatório, datas de emissão, de vencimento e de pagamento, valor bruto, retenções tributárias e previdenciárias, valor líquido pago, forma de pagamento, identificação bancária do favorecido e vinculação da despesa ao objeto. O inciso VI acrescenta as cópias dos comprovantes que demonstrem a efetiva realização da despesa. O processo de pagamento, portanto, nasce já com a forma da peça que o comprovará.

8.8 Rateio da sede: o teto e os critérios de admissibilidade

O rateio das despesas administrativas comuns da sede é a matéria de maior densidade normativa deste protocolo e a maior fonte isolada de glosa financeira em contratos de gestão. O item 18.5 do termo de referência limita as despesas classificadas como rateio da sede ao patamar máximo de três por cento do valor mensal repassado, em estrita observância aos limites, requisitos e critérios da Resolução SES n.º 1.557, de 14 de agosto de 2017 — diploma que reconhece a descentralização de serviços administrativos comuns centralizados na sede, como contabilidade, assessoria jurídica, recursos humanos e compras, como prática legítima e indutora de eficiência, economicidade e racionalidade.

O reconhecimento da legitimidade vem acompanhado de condições exigentes. O item 18.6 estabelece que os dispêndios afetados a título de rateio administrativo devem atender, de forma cumulativa, aos quatro critérios essenciais do artigo 2.º daquela resolução. Cumulativa é a palavra decisiva: não há compensação entre critérios, e a falha em um deles retira a despesa da base, por melhor que os outros três estejam demonstrados.

▣ OS QUATRO CRITÉRIOS CUMULATIVOS DO RATEIO E O TETO QUE OS LIMITA

- Rastreabilidade: demonstração documental e financeira inequívoca que permita a conciliação bancária entre todas as contas destinatárias dos recursos do contrato de gestão, assegurando que o pagamento tenha ocorrido estritamente com tais recursos.
- Clareza: perfeita identificação da destinação, da utilidade e da pertinência de cada despesa compartilhada para o objeto contratual.
- Desdobramento analítico da composição: apresentação de relatórios contábeis detalhados com a discriminação pormenorizada de cada elemento de custo envolvido.

▣ OS QUATRO CRITÉRIOS CUMULATIVOS DO RATEIO E O TETO QUE OS LIMITA

- Proporcionalidade: critério técnico que adote como parâmetro objetivo a razão entre o número de colaboradores diretamente vinculados à execução do hospital e a totalidade de colaboradores da organização social nas demais unidades sob sua gerência.
- Teto: três por cento do valor mensal repassado. Valor superior contraria os limites contratuais, e a comissão não deve reconhecer o pagamento das despesas indevidas.

Ao lado dos critérios há vedações expressas. O item 18.7 veda a classificação e a imputação à conta de rateio de despesas administrativas sem relação de pertinência direta com a execução e o suporte operacional da unidade, nomeando passagens aéreas, diárias de viagens, despesas de deslocamento de dirigentes da sede e custos associados a unidades mantenedoras que não integrem a estrutura de suporte direto ao contrato. O item 18.8 afasta as despesas indiretas adicionais acrescentadas para alcançar o percentual de três por cento, por não serem essenciais nem comprovadas como suporte administrativo. O teto, portanto, é limite e não meta.

A forma de apresentar é tão regulada quanto o conteúdo. O item 18.10 determina que as despesas que compõem a base sejam objeto de informação analítica, apresentando nominalmente o colaborador ou a empresa, e reserva à comissão o direito de não reconhecer as despesas que não forem discriminadas e pertinentes ao objeto. O item 18.13.4 enumera as sete peças do bloco de rateio da prestação mensal: memória de cálculo detalhada, metodologia de composição e distribuição, critérios objetivos de proporcionalidade, relação das unidades contempladas, demonstrativo individualizado das despesas rateadas, documentação comprobatória das despesas de origem e relatório técnico de compatibilidade, razoabilidade e rastreabilidade. A fiscalização e a auditoria dessas despesas competem à comissão de acompanhamento e fiscalização, mediante prestação de contas mensal analítica.

8.9 Fechamento contábil segregado por centro de custo

A contabilidade do contrato de gestão é uma contabilidade que precisa poder ser lida sozinha. A cláusula 6.16 do contrato de gestão exige escrituração contábil regular, segregada e compatível com a execução do instrumento, de modo a permitir a identificação individualizada das receitas, das despesas, dos saldos, das obrigações assumidas, dos pagamentos realizados, dos bens adquiridos, das retenções legais, dos encargos incidentes e dos demais atos de gestão financeira relacionados aos recursos transferidos. Segregada, nesse contexto, significa distinguível de qualquer outra execução mantida pela mesma entidade.

O centro de custo é a unidade de análise que o instrumento adota. O item 18.13.2, alínea a, exige balancete contábil mensal segregado por centro de custo da unidade; as demais alíneas requerem razão e diário contábeis relativos à execução do contrato, demonstrativo das despesas por natureza de gasto, demonstrativo dos custos operacionais da unidade e relatório contábil de provisões trabalhistas e contingências, quando aplicável. A cláusula 6.15, inciso III, do contrato de gestão pede o demonstrativo analítico da execução financeira com segregação por fonte de recurso, rubrica, centro de custo, natureza, competência, valor previsto, valor realizado, saldo remanescente e justificativa das variações relevantes.

A estrutura de centros de custo tem base contratual própria. O item 12.30.5 do termo de referência determina a implantação de sistema de apuração e análise de custos, com ajuste dos centros de custos conforme determinação dos órgãos regulatórios, relatórios de custos por níveis de responsabilidade e relatórios analíticos dos custos dos serviços por centro de custo, preferencialmente disponibilizados por meio eletrônico e acessados por perfil. O item 12.31.1 acrescenta a geração de informações individualizadas por setor hospitalar, ao nível dos centros de custos, produtos e serviços, permitindo análise comparativa e acompanhamento contínuo das operações.

A consequência prática para o fechamento é que o centro de custo se atribui no lançamento, e não em rateio posterior por estimativa. Despesa lançada em centro genérico deixa de informar o custo do serviço que a consumiu, e o demonstrativo de custos operacionais extraído dela descreve a unidade de modo mais grosseiro do que a realidade permitiria. O fechamento se encerra quando o balancete fecha com o razão e com o diário, quando os demonstrativos derivam do balancete conferido e quando o saldo contábil corresponde ao saldo conciliado da conta específica.

8.10 Montagem e envio da prestação de contas mensal

A prestação de contas mensal é a peça em que todo o trabalho descrito nas seções anteriores se torna visível. O item 26.3 do termo de referência fixa que a contratada deverá apresentar mensalmente à contratante, até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços, os documentos e relatórios que enumera, sem prejuízo de outras informações que venham a ser exigidas pela secretaria. Esse prazo é do instrumento, e é por ele que a tempestividade da entrega se mede.

O conteúdo vem de dois lugares que se somam. O item 18.13 relaciona a documentação em quatro blocos: financeira e bancária, com extratos completos da conta específica e da aplicação, planilha de fluxo financeiro, conciliação, demonstrativo analítico de receitas e despesas, relação nominal de pagamentos, comprovantes de transferência e de recolhimento de tributos e encargos, demonstrativo do saldo financeiro ao final da competência e relatório de movimentações entre contas com justificativa técnica, autorização administrativa e comprovação da devolução, quando aplicável; contábil, com balancete por centro de custo, razão, diário, despesas por natureza, custos operacionais e provisões; fiscal, com notas fiscais e comprovantes, certidões de regularidade válidas, relação de contratos com terceiros e aditivos, e comprovação da retenção e do recolhimento dos tributos; e de rateio administrativo, com as sete peças do item 18.13.4.

A esses blocos somam-se os relatórios do item 26.3. O item 26.3.1 pede o demonstrativo dos valores financeiros repassados no período, com indicação detalhada das fontes e dos saldos; o 26.3.2, o relatório consolidado da produção contratada em confronto com a realizada, com análise comparativa e justificativa dos desvios; o 26.3.3, o relatório consolidado do alcance das metas quantitativas e qualitativas; o 26.3.4, o relatório sintético de execução financeira evidenciando a vinculação das despesas ao objeto e às metas; e o 26.3.5, as justificativas técnicas para eventuais não conformidades identificadas no período, acompanhadas, quando cabível, de proposta de medidas corretivas. A cláusula 6.15 do contrato de gestão acrescenta os

dez documentos que enumera, entre eles a relação analítica da folha de pagamento e o demonstrativo dos bens permanentes adquiridos.

A consequência da falta está declarada em três lugares, e convém reuni-los. O item 18.13.5 prevê que a ausência de documentos, a inconsistência das informações ou a impossibilidade de comprovação da regular aplicação dos recursos poderá ensejar glosa de despesas, retenção de repasses, instauração de tomada de contas e sanções. A cláusula 6.19 do contrato de gestão repete a consequência e acrescenta hipóteses. O item 27.6.2 prevê multa administrativa para o atraso injustificado na entrega das informações, relatórios e prestações de contas. A cláusula 6.11, por fim, determina a retenção do valor correspondente no repasse imediatamente subsequente quando não comprovada a regularidade trabalhista e previdenciária, na esteira do Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022.

8.11 Prestação de contas anual e relatório de gestão

A prestação de contas anual não é um resumo do que já foi entregue: é peça de consolidação com conteúdo próprio. O item 26.3.7 do termo de referência determina que ela consolide as informações operacionais, financeiras e de resultados relativas ao exercício, integrando os relatórios mensais apresentados, o balanço patrimonial, as demonstrações contábeis e o relatório anual de gestão, observadas as normas aplicáveis às organizações sociais. São, portanto, quatro conjuntos que se articulam: o que já foi entregue mês a mês, a posição patrimonial, as demonstrações do exercício e a narrativa de gestão que dá sentido aos três.

A palavra integrar tem consequência prática. A peça anual herda as competências mensais e, com elas, as suas faltas: competência entregue com pendência conhecida reaparece na leitura do exercício, e divergência entre o consolidado anual e a soma das mensais já apresentadas é achado imediato para quem confere. Por isso a consolidação se constrói a partir das competências, e não em paralelo a elas, e a conferência entre o consolidado e a série mensal antecede a apresentação.

O destino da peça amplia o seu público e muda o seu registro. O item 26.3.8 determina que a prestação de contas anual, após análise pela secretaria, seja encaminhada ao conselho municipal de saúde, à câmara municipal e aos órgãos de controle competentes, sem prejuízo da ampla publicidade dos seus principais resultados. O relatório anual de gestão é escrito para esses leitores: articula execução física, execução financeira e resultados, explica os desvios com o dado que os sustenta e declara o estado das pendências ainda abertas — glosa, retenção ou diligência sem desfecho — em vez de omiti-las por estarem em discussão.

O item 26.3.9 orienta o modo de ler a peça e, por consequência, o modo de escrevê-la: a prestação de contas não se limita à verificação formal de documentos, devendo privilegiar a análise dos resultados alcançados, do cumprimento das metas pactuadas e da adequada aplicação dos recursos públicos, em consonância com o modelo de controle finalístico adotado para os contratos de gestão. A peça anual que apenas empilha documentos atende à forma e frustra a finalidade; a que relaciona recurso aplicado, meta alcançada e resultado produzido é a que responde ao que o instrumento pede.

8.12 **Ofício, diligência e retenção de valores**

O instrumento contratual descreve, passo a passo, o que acontece quando a fiscalização identifica problema na execução financeira, e conhecer esse percurso é o que permite responder no tempo e na forma certos. O item 24.4.1 do termo de referência determina que a comissão reporte a ocorrência por meio de ofício formal à organização social, comunicando o fato, solicitando esclarecimentos e documentos comprobatórios quando cabível, e alertando para a possibilidade de retenção de valores ao final da análise da prestação de contas. O ofício, portanto, é ao mesmo tempo pedido e advertência.

O item 24.4.2 descreve o passo seguinte: não havendo justificativa plausível ou adequação capaz de mitigar o risco identificado, a comissão deverá sugerir o não reconhecimento da prática, encaminhando toda a documentação ao ordenador de despesas da pasta para ciência, análise e decisão quanto à medida administrativa a ser adotada e à aplicação dos instrumentos sancionatórios. O item 24.4.3 acrescenta que, havendo reconhecimento da prática, a comissão comunicará a irregularidade ao controle interno da secretaria. O item 24.6 amplia o repertório de providências: comunicação formal com pedido de saneamento, sugestão de não reconhecimento da despesa, recomendação de retenção, glosa, restituição de valores ou instauração de tomada de contas, e sugestão de procedimento sancionatório.

A leitura conjunta desses dispositivos revela onde está a margem de atuação da unidade: ela se concentra na primeira resposta. É no atendimento ao ofício inicial, com esclarecimento pertinente e documento que o sustenta, que se decide se o caso se encerra ou se avança para o não reconhecimento. Resposta genérica, sem documento, não afasta o risco apontado — apenas o transfere para a fase em que a decisão já não pertence à comissão.

Por isso o tratamento adotado tem quatro compromissos. O primeiro é responder ponto a ponto, na ordem em que o ofício pergunta, instruindo cada esclarecimento com o documento correspondente. O segundo é observar o prazo fixado pela comissão e, quando ele se mostrar insuficiente, requerer prorrogação motivada antes do termo final, e não depois. O terceiro é registrar o desfecho de cada diligência, com o valor envolvido quando houver glosa ou retenção. O quarto é corrigir na origem o processo que gerou a causa, porque diligência respondida sem correção a montante retorna na competência seguinte com o mesmo objeto.

8.13 **Fundo de reserva: constituição e movimentação**

O fundo de reserva é obrigação contratual expressa e tem regime próprio. O item 28.3 do termo de referência determina que, para mitigar riscos trabalhistas e assegurar a adequada gestão de contingências decorrentes da execução contratual, é obrigatória a sua constituição, previamente validada pela secretaria. O item 28.3.1 fixa a finalidade exclusiva de cobertura de contingências conexas à execução do contrato de gestão, com rubrica contábil própria e constituição mediante alocação de recursos oriundos das transferências financeiras realizadas pelo contratante.

Os parâmetros de constituição não são fixados pelo protocolo, e é importante dizê-lo. O item 28.3.2 determina que o valor destinado ao fundo, a sua fonte de custeio e o prazo máximo para a integral constituição sejam estimados, justificados e compatibilizados com a realidade operacional do contrato, constando expressamente do quadro financeiro respectivo, mediante

aprovação da secretaria. O que este protocolo estabelece é a rotina de movimentação e de demonstração do fundo, uma vez aprovados aqueles parâmetros no instrumento próprio.

As hipóteses de utilização são nomeadas. O item 28.3.3 considera contingências conexas as despesas extraordinárias e imprevisíveis diretamente relacionadas à execução contratual, notadamente as verbas rescisórias trabalhistas decorrentes do encerramento do contrato e as despesas trabalhistas emergenciais decorrentes de atraso superior a sessenta dias no repasse de recursos pelo contratante — hipótese em que os valores utilizados deverão ser integralmente recompostos ao fundo no prazo máximo de quinze dias úteis após a regularização dos repasses. Fora dessas hipóteses, o saldo permanece intacto.

A movimentação tem forma prescrita. O item 28.3.4 condiciona a utilização a solicitação formal, motivada e devidamente instruída pela contratada, acompanhada de deliberação expressa do seu conselho de administração, devendo a secretaria ser formalmente cientificada no prazo máximo de cinco dias úteis após a decisão interna. O item 28.3.5 exige que os recursos sejam depositados em conta bancária específica, remunerada segundo condições de mercado, mantida em instituição financeira oficial ou contratada pelo município. Ao término do contrato, o item 28.3.6 destina o saldo remanescente à restituição ao fundo municipal de saúde, quando não houver sucessão contratual, ou à transferência à nova organização social, exclusivamente para fins de continuidade da sucessão trabalhista; e o item 28.3.7 exige que a restituição ou a transferência seja acompanhada de relatório financeiro-analítico circunstanciado, com a demonstração detalhada de todas as movimentações, devidamente conciliadas com os registros contábeis.

8.14 Materiais especiais: segregação da pasta e rubrica distinta

As órteses, próteses e materiais especiais recebem, no instrumento contratual, tratamento financeiro apartado, e a razão é contábil antes de ser organizacional. O item 12.29.1 do termo de referência determina que as notas fiscais referentes a esses materiais sejam encaminhadas em pasta específica e separada das notas fiscais de materiais hospitalares, considerando a existência de rubrica orçamentária distinta, devendo ainda ser devidamente identificadas na planilha financeira sob denominação própria. São três comandos numa só frase: pasta separada, rubrica distinta e identificação na planilha.

A separação começa no recebimento, e não na montagem da prestação de contas. Nota fiscal que entra no fluxo comum e é separada depois costuma chegar ao fechamento sem a documentação que deveria acompanhá-la, porque as peças que a compõem nascem em áreas distintas e se dispersam com o tempo. Separar na entrada custa pouco; reconstituir documentação de saída de material semanas depois do ato que a deveria ter gerado raramente produz peça com a mesma fidelidade.

O item 12.29.2 enumera, nos incisos I a XII, a documentação que obrigatoriamente acompanha as notas fiscais desses materiais: a nota emitida em nome do paciente, o registro da ortopedia, os exames e laudos que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico, a documentação de saída do material, a documentação de saída individualizada por paciente, o relatório de ordem de compra, o documento de entrada, o romaneio vinculado ao paciente, o checklist operacional,

o mapa de cotação, o atesto dos responsáveis e a radiografia, quando aplicável. A enumeração é obrigatória, e não indicativa.

A responsabilidade pela composição é compartilhada, e o setor financeiro é o consolidador. A maior parte das peças nasce fora dele — no centro cirúrgico, no almoxarifado, na área de compras e na assistência —, mas é ele quem responde pela completude perante a prestação de contas e quem faz a correspondência entre o valor da nota, o lançamento contábil na rubrica distinta e a linha identificada na planilha financeira. A finalidade declarada da segregação é prática: permite responder a diligência sobre material especial sem revolver o conjunto da documentação financeira do período, e demonstra, pela própria organização, que o controle existe.

8.15 Guarda dos arquivos da prestação de contas

A temporalidade dos documentos financeiros deste contrato tem duas fontes, e confundi-las produz tanto excesso quanto insuficiência de guarda. A primeira é o item 12.30.3 do termo de referência, que determina que a contratada archive, na unidade ou em outro local à sua escolha, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados à comissão quando da entrega mensal da prestação de contas. A segunda é a cláusula 6.21 do contrato de gestão, que sujeita os documentos de natureza financeira, contábil, fiscal, trabalhista, previdenciária, patrimonial e bancária à manutenção em arquivo físico ou digital organizado, pelo prazo legal aplicável.

O alcance do prazo de cinco anos merece precisão expressa, porque a sua leitura ampliada criaria obrigação que a fonte não estabelece. O dispositivo nomeia um conjunto determinado: os arquivos encaminhados à comissão na entrega mensal da prestação de contas. É esse conjunto que fica sujeito ao prazo, e a contagem corre do término do contrato de gestão, e não da data de cada documento — o que significa que a peça da primeira competência e a da última se tornam descartáveis no mesmo momento. Os demais documentos financeiros observam o prazo legal aplicável a cada espécie, na forma da cláusula 6.21, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível.

O local de guarda é livre por determinação do próprio dispositivo, que admite a unidade ou outro local à escolha da contratada. Essa liberdade tem contrapartida: o que se exige do arquivo é que a peça se recupere quando pedida. Documento que existe e não se localiza produz, na diligência, o mesmo efeito de documento inexistente. Por isso o arquivo é organizado por competência, identificado pelo protocolo de entrega, e mantém índice que permita localizar a peça pela competência, pela espécie e pelo fornecedor.

O acesso é a outra face da guarda. A cláusula 6.18 do contrato de gestão obriga a franquear à contratante e aos órgãos de controle interno e externo o acesso aos documentos físicos e eletrônicos relacionados à execução do contrato, inclusive registros contábeis, financeiros, bancários, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e operacionais, preservadas as informações protegidas por sigilo legal e pela legislação de proteção de dados pessoais. No arquivo digital, a documentação observa os requisitos de integridade e de recuperabilidade aplicáveis, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê.

8.16 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação de funções, adotado pelo serviço: quem solicita a despesa não a liquida, quem liquida não autoriza o pagamento, e quem executa a movimentação bancária não é quem concilia a conta. Essa separação não desconfia de ninguém — reconhece apenas que o olhar de quem não praticou o ato é o controle mais barato e mais eficaz contra o erro involuntário, e que ele é também o que a fiscalização procura quando avalia a estrutura de controle interno.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção administrativa e financeira	Responde pela execução financeira do contrato perante a secretaria, aprova as alçadas, valida a prestação de contas mensal e anual e responde aos ofícios da comissão
Coordenação financeira	Conduz o ciclo mensal, controla a conta específica e a aplicação, autoriza pagamentos na sua alçada e responde pela tempestividade da entrega
Contabilidade	Escritura a execução por centro de custo e por natureza de gasto, emite balancete, razão, diário e demonstrativos, e reconhece provisões e contingências
Tesouraria	Executa pagamentos e movimentações pela conta específica, guarda comprovantes e mantém o controle dos saldos e das aplicações
Responsável pela conciliação bancária	Confronta extratos, registros contábeis, pagamentos, saldos e despesas informadas, e documenta as divergências e o seu tratamento
Responsável pela prestação de contas	Monta o conjunto documental, confere peça a peça contra a relação do instrumento, protocola a entrega e organiza o arquivo da competência
Responsável pelo rateio administrativo	Apura a base, aplica os quatro critérios cumulativos e o teto, e produz a memória de cálculo e o relatório técnico
Controle interno da entidade	Verifica a aderência do processo às regras do instrumento, examina amostras de despesa e acompanha o tratamento das não conformidades
Áreas de origem do documento	Compras, gestão de pessoas, almoxarifado, farmácia e faturamento produzem e entregam ao financeiro os documentos que sustentam a despesa

Tabela 8.2 — As nove funções que respondem pela execução financeira e pela prestação de contas, e o que cabe a cada uma.

O que não se delega, e o protocolo declara para que não haja dúvida: a autorização de pagamento sem a documentação comprobatória reunida; a movimentação de recursos fora da conta específica; a apropriação a título de rateio de despesa que deixe de atender a qualquer dos quatro critérios cumulativos; e o envio de prestação de contas com divergência conhecida e sem justificativa escrita. Cada uma dessas condutas tem consequência prevista no instrumento, e nenhuma delas se resolve por conveniência de prazo.

A relação com a comissão de acompanhamento e fiscalização é conduzida pela direção administrativa e financeira, com o suporte técnico das funções envolvidas no fato questionado. Concentrar a interlocução tem finalidade prática: evita que a mesma matéria receba respostas divergentes de áreas diferentes, e assegura que o que se afirma à fiscalização corresponda ao que os documentos arquivados sustentam.

8.17 Interface com compras, gestão de pessoas e almoxarifado

O setor financeiro consolida documentos que, na sua quase totalidade, nascem fora dele. Essa circunstância define a natureza das interfaces: o que se pede das outras áreas não é colaboração eventual, e sim a produção tempestiva de peça que a prestação de contas exige. Três interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar.

Com a área de compras e contratos, a interface é o processo que sustenta a despesa. O ponto de falha é o pagamento pedido sem o instrumento que o ampare — sem contrato, sem ordem de compra, sem cotação ou sem a justificativa da contratação. A cláusula 6.15, inciso VII, do contrato de gestão exige a relação dos contratos firmados com terceiros acompanhada dos instrumentos, aditivos, cotações, justificativas de contratação, critérios de escolha e documentos de liquidação. O tratamento é a devolução do pedido com a razão registrada e o acompanhamento da pendência até a regularização.

Com a gestão de pessoas, a interface é a folha e os seus encargos. A cláusula 6.15, inciso V, exige relação analítica da folha de pagamento com identificação dos profissionais vinculados à execução do objeto, função, setor de lotação, carga horária, competência, valores pagos, encargos, benefícios, retenções legais e comprovantes de recolhimento. O ponto de falha é a comprovação da regularidade trabalhista e previdenciária, cuja ausência tem consequência imediata: a cláusula 6.11 determina a retenção do valor correspondente no repasse imediatamente subsequente, até que superada a irregularidade. O item 12.30.4 acrescenta a apresentação anual do instrumento de convenção trabalhista registrado, com comprovação da adesão e do efetivo cumprimento.

Com o almoxarifado e a farmácia, a interface é o documento que comprova a entrada e a saída do insumo. Aqui incide uma condição própria, que o protocolo registra em vez de ignorar: o item 12.34.6 do termo de referência determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina estabelecido pela organização social, relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares, seja previamente submetido à análise e aprovação da secretaria, não podendo ser implementado sem a devida autorização. A parte deste protocolo que descreve como a documentação de medicamentos e insumos ingressa na prestação de contas é, por isso, minuta a submeter no início da execução contratual, e não rotina implantada por decisão unilateral. O item 12.34.5.3 já indica o conteúdo mínimo desse desenho no regime de contingência: a documentação de conferência e recebimento, emitida e assinada no ato da entrega, é obrigatoriamente encaminhada junto à documentação de prestação de contas.

8.18 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo financeiro produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — comprovante juntado ao processo no dia do pagamento, atesto assinado na entrega, conciliação documentada na competência a que se refere.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Extratos da conta específica e da conta de aplicação	Tesouraria	Pasta da competência	Cinco anos após o término do contrato
Planilha de fluxo financeiro, nos dois formatos	Coordenação financeira	Pasta da competência	Cinco anos após o término do contrato
Conciliação bancária e o tratamento das divergências	Responsável pela conciliação	Pasta da competência	Cinco anos após o término do contrato
Processo de pagamento: documento fiscal, atesto, autorização e comprovantes	Tesouraria e coordenação financeira	Processo de despesa	Prazo legal aplicável ao documento
Balancete por centro de custo, razão, diário e demonstrativos	Contabilidade	Escrituração do contrato	Prazo legal aplicável ao documento
Memória de cálculo e relatório técnico do rateio	Responsável pelo rateio	Pasta da competência	Cinco anos após o término do contrato
Pasta específica de notas fiscais de material especial	Coordenação financeira, com insumo de várias áreas	Pasta própria, rubrica distinta	Cinco anos após o término do contrato
Protocolo de entrega da prestação de contas	Responsável pela prestação de contas	Arquivo da competência	Cinco anos após o término do contrato
Ofício recebido, resposta protocolada e desfecho da diligência	Direção administrativa e financeira	Pasta de diligências	Prazo legal aplicável ao documento
Movimentação do fundo de reserva e deliberação do conselho	Direção administrativa e financeira	Pasta do fundo de reserva	Prazo legal aplicável ao documento

Tabela 8.3 — Os dez registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A coluna de guarda traduz a distinção construída na seção 8.15. O prazo de cinco anos contados do término do contrato de gestão alcança os documentos que integram o conjunto encaminhado à comissão na entrega mensal da prestação de contas, na forma do item 12.30.3; os demais registros observam o prazo legal aplicável a cada espécie, na forma da cláusula 6.21 do contrato de gestão, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso, a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e o arquivo digital observa os requisitos de integridade, de recuperabilidade e de controle de acesso por perfil.

A organização do arquivo segue a lógica da competência, porque é essa a unidade em que a fiscalização pergunta. Dentro dela, as peças se ordenam pelos quatro blocos documentais, e o índice permite chegar ao documento pelo fornecedor, pelo número da nota ou pelo contrato. Documento que instrua diligência, glosa ou tomada de contas em curso permanece disponível enquanto perdurar o procedimento, observado o prazo aplicável à sua espécie.

8.19 Tratamento da não conformidade e da glosa

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu — pagamento sem documentação idônea, despesa sem vinculação

demonstrada ao objeto, lançamento sem centro de custo, divergência de conciliação sem justificativa, peça faltante no conjunto entregue, rateio com critério não atendido. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

A glosa é a espécie mais visível de não conformidade, e a que tem consequência financeira direta. O tratamento adotado tem quatro momentos. Primeiro, a classificação da causa: documental, quando falta a peça que comprova a despesa; de vinculação, quando a despesa não se demonstra ligada ao objeto, às metas ou às rubricas autorizadas; de rateio, quando a apropriação excede o teto ou deixa de atender a algum dos quatro critérios; ou de consistência, quando os números das peças não conversam entre si. Segundo, a decisão entre apresentar defesa e acatar, que é técnica e registrada. Terceiro, a correção na origem, para que a mesma glosa não se repita. Quarto, a devolutiva à área que gerou a causa.

A distinção entre retenção e glosa importa para o tratamento. A retenção é medida cautelar que suspende valor até o esclarecimento, e a cláusula 6.11 traz uma hipótese de retenção com causa e desfecho declarados: a irregularidade trabalhista e previdenciária não comprovada leva à retenção no repasse imediatamente subsequente, até que superada. A glosa é o não reconhecimento definitivo da despesa. Confundi-las leva a tratar como perda o que ainda comporta saneamento, e a demorar no saneamento do que já é perda a recompor.

O item 26.3.5 do termo de referência incorpora o tratamento da não conformidade à própria prestação de contas, ao exigir justificativas técnicas para as não conformidades identificadas no período, acompanhadas, quando cabível, de proposta de medidas corretivas. A consequência para a conduta é direta: a não conformidade encontrada pela unidade é apresentada por ela, com a causa e a correção proposta, em vez de aguardar que a fiscalização a encontre. A análise das causas é periódica, em rotina definida pelo serviço, e tem por finalidade a correção tempestiva do processo que as origina.

8.20 Indicadores e monitoramento

O monitoramento deste protocolo apoia-se em parâmetros que o próprio instrumento contratual fixa, e não em metas construídas pelo documento. Essa escolha é deliberada: indicador cuja referência está no termo de referência ou no contrato de gestão é verificável por quem fiscaliza e mede exatamente o que será cobrado. Os prazos, os limites e as exigências documentais reunidos nas seções anteriores fornecem, cada um, um parâmetro de acompanhamento.

Indicador	Fórmula	Parâmetro	Origem
Tempestividade da prestação de contas mensal	Dia do envio do conjunto documental à comissão, na competência	Até o décimo dia do mês subsequente	Item 26.3
Aplicação tempestiva do saldo não utilizado	Intervalo entre o crédito do repasse e a aplicação do saldo	Até dois dias úteis	Item 18.3
Rateio administrativo apropriado	Valor apropriado a título de rateio ÷ valor mensal repassado × 100	Até 3,0%	Itens 18.5 e 18.9
Completude do conjunto documental	Peças entregues ÷ peças exigidas pelos itens 18.13 e 26.3 × 100	100,0%	Itens 18.13 e 18.13.5

Indicador	Fórmula	Parâmetro	Origem
Conciliação sem divergência pendente	Divergências não justificadas ao fim da conciliação da competência	Nenhuma	Cláusula 6.15, inciso II
Recomposição do fundo de reserva utilizado	Intervalo entre a regularização do repasse e a recomposição integral	Até quinze dias úteis	Item 28.3.3

Tabela 8.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, parâmetro e o dispositivo de que cada parâmetro decorre.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os parâmetros do quadro acima, que são os que a fiscalização confere. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros: intervalo entre o fato gerador e a chegada do documento ao setor financeiro, taxa de devolução de pedido de pagamento por falta documental, número de partidas isoladas na conciliação e a sua classificação, e passivo de diligências sem desfecho. A terceira acompanha o efeito financeiro: valores glosados, retidos ou não reconhecidos, por causa classificada.

A análise é feita pela direção administrativa e financeira com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do setor financeiro. A razão é a mesma que organiza a seção 8.17: a maior parte das causas de glosa nasce fora do financeiro, na área que produziu — ou deixou de produzir — o documento que sustenta a despesa. Medir em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falta foi do outro, e é o que permite corrigir a etapa em que o problema efetivamente nasceu.

Os resultados alimentam dois destinos. Para dentro, orientam a correção do processo e a priorização do que precisa mudar. Para fora, compõem a leitura que a prestação de contas oferece à comissão: o item 26.3.9 determina que a análise privilegie os resultados alcançados, o cumprimento das metas e a adequada aplicação dos recursos, em consonância com o modelo de controle finalístico — e um conjunto documental acompanhado da leitura dos seus próprios indicadores responde a essa exigência melhor do que a entrega silenciosa das peças.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

8.21 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração dos dispositivos contratuais sobre prestação de contas, mudança na composição documental exigida, alteração da norma estadual que rege o rateio, ou achado de diligência que revele falha estrutural do processo.

Há, além disso, uma condição de vigência que alcança parte do conteúdo e que a seção 8.17 já registrou. O item 12.34.6 do termo de referência determina que qualquer fluxo, procedimento ou rotina relacionado ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares seja previamente submetido à análise e aprovação da secretaria, não podendo ser implementado sem a devida autorização. O trecho deste protocolo que trata dessa matéria é minuta a submeter, e a submissão alcança também as alterações posteriores que venham a incidir sobre ela.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre setores, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e a aderência é acompanhada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar uniformidade de conduta.

A responsabilidade pela manutenção é da direção administrativa e financeira, com validação da contabilidade quanto ao que toca a escrituração e o reconhecimento contábil, e da direção geral quanto ao que toca a interlocução com a secretaria e com a comissão. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

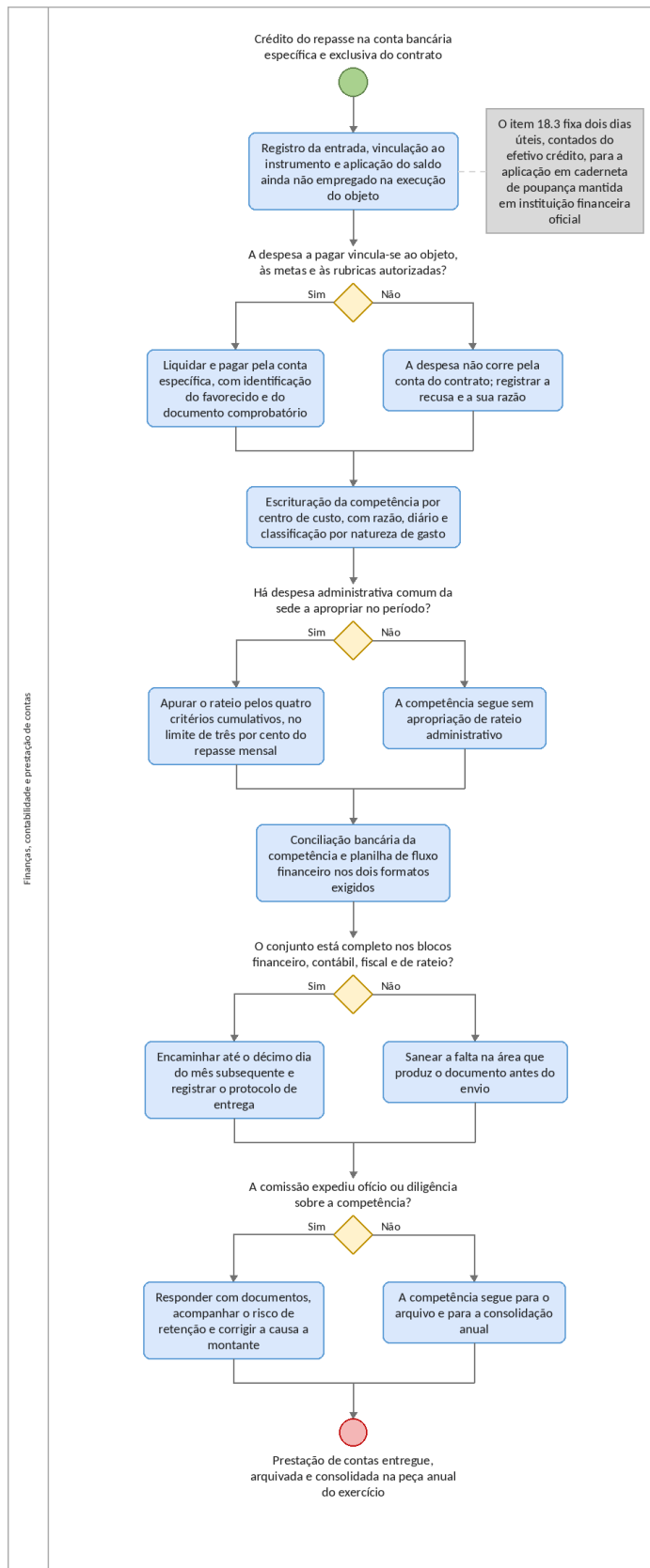
8.22 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho do crédito do repasse até a entrega da prestação de contas da competência, e foi desenhado para conter apenas as decisões que efetivamente mudam o percurso do recurso. A primeira é a vinculação da despesa ao objeto, às metas e às rubricas autorizadas, que separa o pagamento legítimo pela conta específica daquilo que não corre por ela — é a bifurcação de maior consequência financeira, porque tudo o que a atravessa indevidamente reaparece adiante como glosa. A segunda é a existência de despesa administrativa comum da sede a apropriar, que aciona a apuração pelos quatro critérios cumulativos e pelo teto de três por cento. A terceira é a completude do conjunto documental nos quatro blocos, que retém o envio enquanto a falta não é saneada na área que produz o documento. A quarta é a expedição de ofício ou de diligência pela comissão, que abre o

percurso de resposta, de acompanhamento do risco de retenção e de correção da causa a montante.

As demais etapas são de tronco porque não comportam alternativa. A entrada do recurso na conta específica, com identificação da fonte e aplicação do saldo ainda não empregado no prazo do instrumento; a escrituração da competência por centro de custo, com razão, diário e classificação por natureza de gasto; e a conciliação bancária acompanhada da planilha de fluxo financeiro nos dois formatos exigidos. Cada uma delas é condição da seguinte, e a sua omissão não abre caminho diferente — apenas compromete o percurso inteiro a partir dali. O desenho encerra na entrega, no arquivamento e na consolidação anual, que é o ponto em que a execução financeira do período se torna verificável por quem fiscaliza, e cada procedimento da parte final traz o seu próprio fluxograma, com as bifurcações daquele percurso específico.

Do crédito do repasse à prestação de contas da competência



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 18.3, 18.5, 18.11, 18.13, 24.4 e 26.3; Edital de Seleção Pública 001/SEMUS/2026, cláusulas 6.14 a 6.21.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.29.1, 12.29.2, 12.30.3, 12.30.4, 12.30.5, 12.31.1, 12.34.5.3, 12.34.6, 18.1 a 18.13.6, 24.1 a 24.6, 26.1 a 26.3.9, 27.6.2 e 28.1 a 28.3.7. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial a minuta do Contrato de Gestão, cláusulas 6.8 e 6.11 a 6.22, e o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n.º 1.557, de 14 de agosto de 2017. Estabelece critérios para o rateio de despesas administrativas comuns centralizadas na sede da entidade parceira. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2017. Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 15 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.ioerj.com.br/portal/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais no âmbito do Município de Nova Iguaçu. Nova Iguaçu: Câmara Municipal, 2013. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019. Regulamenta a celebração e a execução dos contratos de gestão com Organizações Sociais. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2019. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022, art. 13. Dispõe sobre a retenção de valores em caso de irregularidade trabalhista e previdenciária. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Interpretação Técnica Geral ITG 2002 (R1) — Entidade sem Finalidade de Lucros. Brasília, DF: CFC, 2015. Disponível em: <https://cfc.org.br/tecnica/normas-brasileiras-de-contabilidade/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5.º da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os doze procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 8.22 e descreve o ciclo financeiro inteiro da competência.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-FIN-01	Movimentação da conta específica e exclusiva do contrato	8.3 e 8.4
POP-FIN-02	Conciliação bancária da competência	8.5
POP-FIN-03	Planilha de fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato	8.6
POP-FIN-04	Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação	8.7
POP-FIN-05	Apuração do rateio da sede: teto e critérios de admissibilidade	8.8
POP-FIN-06	Fechamento contábil da competência por centro de custo	8.9
POP-FIN-07	Montagem e envio da prestação de contas mensal	8.10
POP-FIN-08	Prestação de contas anual e relatório de gestão	8.11
POP-FIN-09	Resposta a ofício, diligência e retenção de valores	8.12
POP-FIN-10	Constituição e movimentação do fundo de reserva	8.13
POP-FIN-11	Guarda dos arquivos da prestação de contas	8.15
POP-FIN-12	Segregação da pasta de notas fiscais de material especial	8.14

Tabela 8.5 — Os doze procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-FIN-01. Movimentação da conta específica e exclusiva do contrato

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-01.1 Quando usar

- › A cada crédito de repasse na conta bancária específica vinculada ao contrato de gestão.
- › Antes de qualquer pagamento que se pretenda debitar dessa conta.
- › Sempre que houver movimentação financeira entre contas da própria contratada.
- › No encerramento da competência, para compor o demonstrativo de saldo financeiro.

POP-FIN-01.2 Fundamento

Cláusula 6.14 do contrato de gestão constante do edital: os recursos repassados devem ser movimentados exclusivamente em conta bancária específica vinculada ao instrumento, vedada a mistura com recursos próprios ou de outros ajustes, salvo autorização expressa do contratante e assegurada a perfeita rastreabilidade. Itens 18.11 e 18.3 do termo de referência. Seções 8.3 e 8.4 do protocolo.

! O QUE NÃO PODE ACONTECER NA CONTA DO CONTRATO

- › Movimentação conjunta com recursos próprios da entidade ou com valores de outros contratos, ajustes, parcerias ou convênios, fora da autorização expressa prevista na cláusula 6.14.
- › Pagamento de despesa estranha ao objeto, à meta pactuada ou às rubricas autorizadas.
- › Aplicação financeira do saldo fora da caderneta de poupança mantida em instituição financeira oficial, enquanto o recurso não for utilizado na execução do objeto.
- › Empréstimo monetário entre contratos de gestão administrados pela mesma organização social, expressamente vedado pelo item 24.5 do termo de referência.
- › Transferência entre contas sem justificativa técnica, autorização administrativa e comprovação da devolução dos valores, quando aplicável.

POP-FIN-01.3 Sequência de execução

1. Conferir o crédito do repasse no extrato da conta específica e identificar a fonte e a competência a que se refere.
2. Registrar a entrada na escrituração do contrato, preservando a segregação em relação a recursos de qualquer outra origem.
3. Verificar qual parcela do saldo será empregada de imediato na execução do objeto.
4. Aplicar o saldo ainda não utilizado em caderneta de poupança mantida em instituição financeira oficial, no prazo de dois dias úteis contados do efetivo crédito.
5. Antes de cada pagamento, confirmar a vinculação da despesa ao objeto, ao plano de trabalho, às metas pactuadas e às rubricas autorizadas.
6. Efetuar o pagamento pela conta específica, com identificação do favorecido, do documento comprobatório e do contrato a que a despesa se vincula.
7. Recusar e registrar o pedido de pagamento que não atenda à vinculação exigida, indicando a razão da recusa.
8. Havendo movimentação entre contas, instruí-la com justificativa técnica, autorização administrativa e comprovação da devolução dos valores, quando aplicável.
9. Lançar cada movimentação na planilha de fluxo financeiro, conforme o POP-FIN-03.
10. Ao final da competência, extrair o demonstrativo do saldo financeiro existente, incluída a conta de aplicação.

✓ O QUE SUSTENTA A MOVIMENTAÇÃO

- › Uma conta, um contrato: a segregação é o que torna a rastreabilidade demonstrável.
- › Vinculação conferida antes do pagamento, e não depois, quando a correção já custa glosa.
- › Saldo não utilizado aplicado no prazo do instrumento, em instituição financeira oficial.
- › Identificação do favorecido e do documento comprobatório em cada débito.

✗ O QUE COMPROMETE A CONTA

- › Pagar despesa de outra unidade ou de outro ajuste pela conta do contrato.
- › Deixar o saldo ocioso sem aplicação enquanto não empregado no objeto.
- › Movimentar valores entre contas sem a instrução documental que o instrumento exige.
- › Realizar pagamento em espécie ou por meio que impeça a identificação do beneficiário.

POP-FIN-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

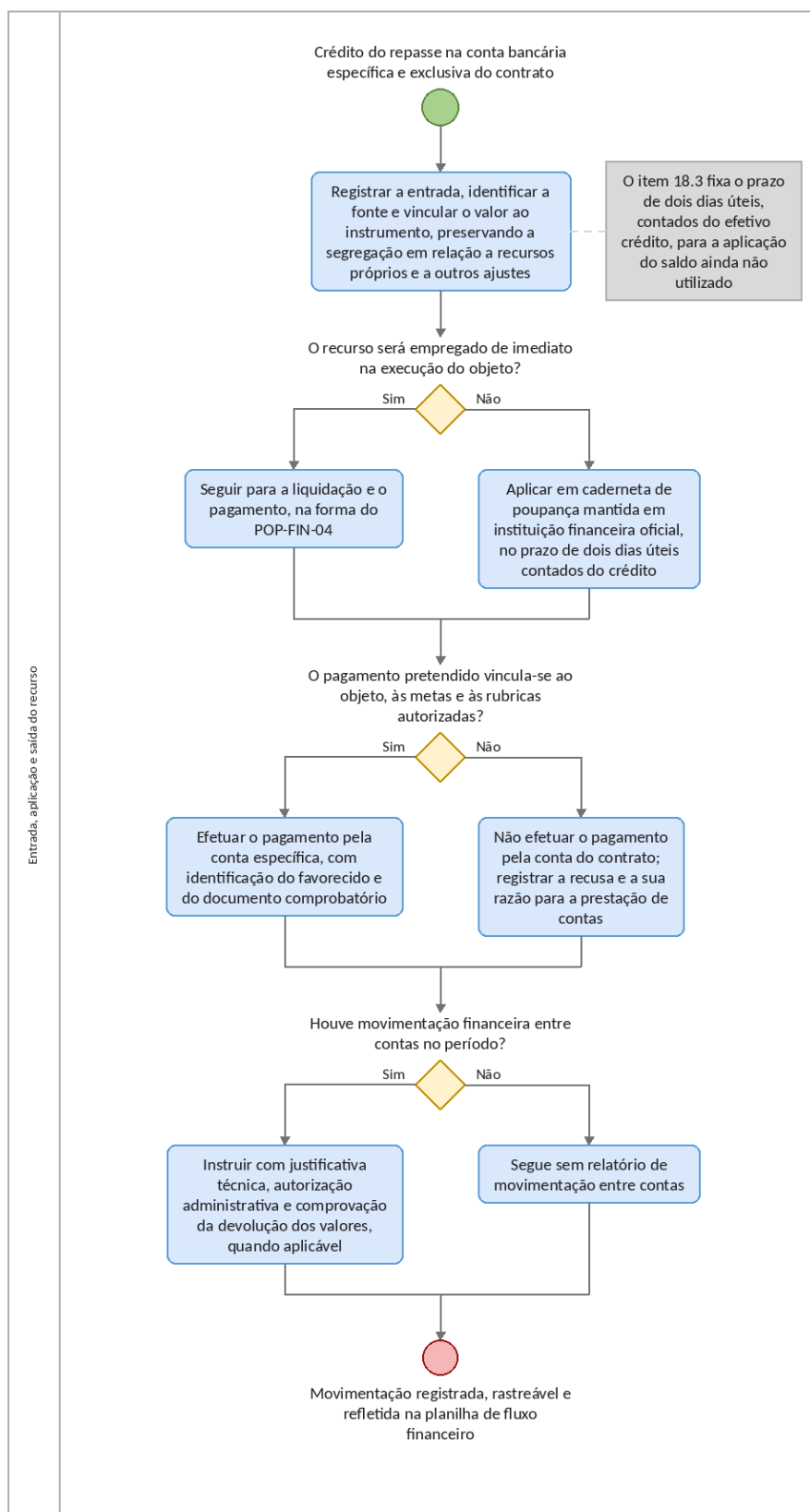
- › Extrato completo da conta específica e da conta de aplicação, por competência.
- › Comprovantes de transferência e de pagamento, arquivados na pasta da competência.
- › Registro da recusa de pagamento e da sua razão, quando houver.
- › Relatório de movimentação entre contas, com justificativa, autorização e comprovação da devolução, quando aplicável.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Conta específica	A movimentação é exclusiva da conta vinculada ao contrato de gestão.
Vedação de mistura	Recursos próprios e de outros ajustes não transitam por ela.
Dois dias úteis	Prazo do instrumento para aplicar o saldo ainda não utilizado.
Vinculação ao objeto	A despesa estranha ao objeto não corre pela conta do contrato.
Rastreabilidade	Cada débito identifica favorecido, documento e vínculo contratual.

POP-FIN-01.5 Fluxograma

O fluxograma da conta específica mostra as três decisões que mudam o percurso do recurso: se ele será empregado de imediato ou aplicado enquanto não utilizado, o que aciona o prazo de dois dias úteis; se o pagamento pretendido se vincula ao objeto e às rubricas autorizadas, que é o que separa o pagamento legítimo do que não corre pela conta do contrato; e se houve movimentação entre contas, que exige justificativa, autorização e comprovação da devolução.

POP-FIN-01 — Movimentação da conta específica e exclusiva



Referência: Edital de Seleção Pública 001/SEMUS/2026, cláusula 6.14; Termo de Referência HGNI, itens 18.3 e 18.11.

POP-FIN-02. Conciliação bancária da competência

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-02.1 Quando usar

- › Ao encerramento de cada competência mensal, para compor a prestação de contas.
- › Sempre que houver divergência entre saldo contábil e saldo bancário.
- › Antes da emissão do demonstrativo de saldo financeiro do período.
- › Na resposta a diligência que questione pagamento, saldo ou rendimento.

POP-FIN-02.2 Fundamento

Cláusula 6.15, inciso II, do contrato de gestão constante do edital: a conciliação bancária mensal deve demonstrar a correspondência entre os valores dos extratos, os registros contábeis, os pagamentos realizados, os saldos financeiros disponíveis e as despesas informadas na prestação de contas. Item 18.13.1.1, alínea p, do termo de referência. Seção 8.5 do protocolo.

! A DIVERGÊNCIA NÃO JUSTIFICADA É HIPÓTESE EXPRESSA DE RETENÇÃO

- › A cláusula 6.19 do contrato de gestão relaciona, entre as causas de retenção cautelar de repasses e de glosa, a divergência não justificada entre extratos bancários, registros contábeis e despesas informadas.
- › O item 18.13.5 do termo de referência acrescenta a inconsistência nas informações apresentadas como causa de glosa, retenção e instauração de tomada de contas.
- › A conciliação existe para que a divergência seja encontrada e explicada por quem executa, antes de ser encontrada por quem fiscaliza.
- › Partida sem contrapartida identificada é achado, e achado sem tratamento vira apontamento.

POP-FIN-02.3 Sequência de execução

1. Obter os extratos completos da conta específica e da conta de aplicação, cobrindo todo o período de referência.
2. Conferir o saldo de abertura do extrato contra o saldo de encerramento da competência anterior já conciliada.
3. Confrontar cada lançamento do extrato com o registro contábil correspondente.
4. Isolar as partidas sem contrapartida identificada e classificá-las como tarifa, rendimento, estorno, lançamento pendente ou erro de registro.
5. Efetuar na competência correta o lançamento apenas pendente e refazer o confronto.
6. Apurar a causa do erro de registro, corrigi-lo e documentar a correção.
7. Conferir a correspondência entre os pagamentos realizados e as despesas informadas na prestação de contas do período.
8. Conferir os rendimentos da aplicação financeira e as tarifas eventualmente incidentes.
9. Fechar o saldo conciliado e confrontá-lo com o demonstrativo de saldo financeiro da competência.
10. Documentar as divergências remanescentes com a respectiva justificativa antes do envio.

✓ O QUE FAZ A CONCILIAÇÃO FECHAR

- › Partir do saldo de abertura conferido contra a competência anterior.
- › Classificar a partida antes de tratá-la — tarifa, rendimento e estorno têm caminhos distintos.
- › Registrar a justificativa da divergência remanescente no próprio documento da conciliação.
- › Conferir pagamentos contra despesas informadas, e não apenas saldo contra saldo.

✗ O QUE INVALIDA A CONCILIAÇÃO

- › Fechar a conciliação por ajuste de diferença, sem identificar a partida que a originou.
- › Deixar rendimento de aplicação e tarifa fora do confronto.
- › Tratar como pendência o que é erro de registro, adiando a correção para a competência seguinte.
- › Enviar a prestação de contas com divergência conhecida e sem justificativa escrita.

POP-FIN-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Documento de conciliação bancária da competência, com os saldos de abertura e de encerramento.
- › Relação das partidas isoladas, com a classificação e o tratamento de cada uma.
- › Justificativa escrita das divergências remanescentes.

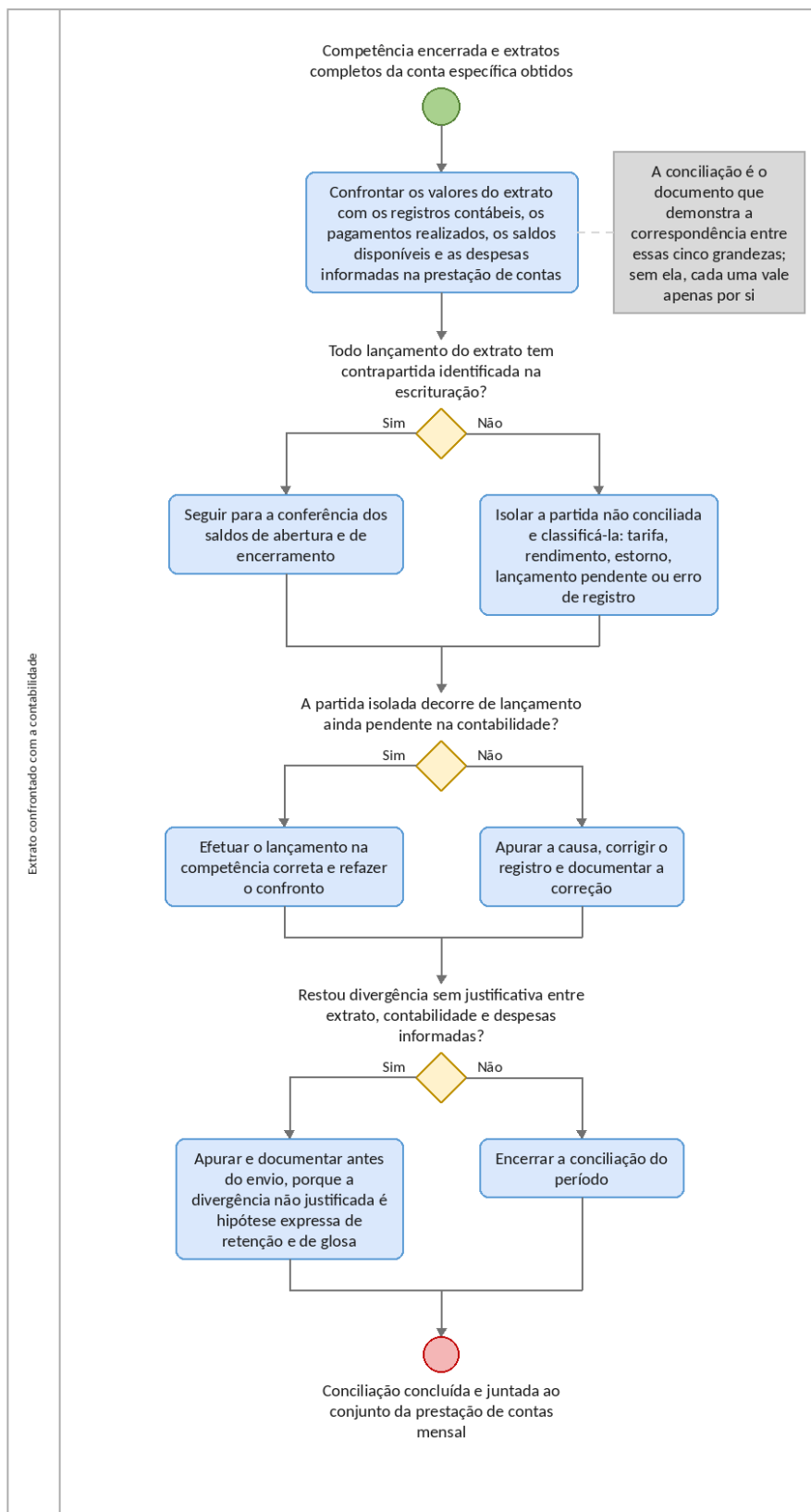
- › Extratos completos da conta específica e da conta de aplicação do período.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Cinco grandezas	Extrato, contabilidade, pagamentos, saldos e despesas informadas.
Classificar antes	Tarifa, rendimento, estorno, pendência e erro têm tratamentos diferentes.
Divergência explicada	A justificativa é parte do documento, não conversa posterior.
Saldo encadeado	A abertura confere com o encerramento da competência anterior.
Retenção evitável	A divergência sem justificativa é causa expressa de retenção.

POP-FIN-02.5 Fluxograma

O fluxograma da conciliação separa o que confere do que diverge e, dentro da divergência, distingue o lançamento apenas pendente do erro de registro — porque o tratamento de cada um é diferente. A última decisão é a que retém o conjunto: divergência sem justificativa entre extrato, contabilidade e despesas informadas é hipótese expressa de retenção.

POP-FIN-02 — Conciliação bancária da competência



Referência: Edital de Seleção Pública 001/SEMUS/2026, cláusula 6.15, inciso II; Termo de Referência HGNI, item 18.13.1.1, alínea p.

POP-FIN-03. Planilha de fluxo financeiro: campos obrigatórios e formato

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-03.1 Quando usar

- › No fechamento de cada competência, para compor a prestação de contas mensal.
- › A cada movimentação registrada na conta específica ou na conta de aplicação.
- › Na resposta a diligência que peça o detalhamento de movimentações do período.

POP-FIN-03.2 Fundamento

Item 24.2 do termo de referência, que enumera nas alíneas a a o os campos mínimos da planilha demonstrativa de fluxo financeiro das contas bancárias específicas, em formatos de planilha eletrônica e de documento pesquisável; o item 18.13.1.1 repete a mesma enumeração no rol da prestação de contas mensal. Item 12.29.1 quanto à identificação do material especial. Seção 8.6 do protocolo.

! CAMPO EM BRANCO É MOTIVO DE DEVOLUÇÃO DO CONJUNTO

- › Os quinze campos são mínimos declarados pelo instrumento, e não sugestão de layout.
- › O detalhamento é integral das movimentações realizadas no período, o que inclui crédito, débito, rendimento, tarifa e estorno.
- › Os dois formatos são exigidos em conjunto: planilha eletrônica e documento pesquisável.
- › Movimentação de órtese, prótese ou material especial recebe identificação própria na planilha, por força do item 12.29.1.
- › Saldo anterior e saldo posterior encadeiam linha a linha; série que não encadeia impede a conferência de todo o período.

POP-FIN-03.3 Sequência de execução

1. Extrair as movimentações do período da conta específica e da conta de aplicação.
2. Lançar uma linha por movimentação, sem agrupamento que oculte transação individual.
3. Preencher a data, o valor e o tipo da transação, distinguindo crédito de débito.
4. Preencher a categoria da despesa ou da receita conforme o plano de contas do contrato.
5. Preencher o nome e o número de inscrição do fornecedor ou beneficiário.
6. Vincular a linha ao número do documento fiscal ou comprovatório e ao número do contrato relacionado à despesa.
7. Preencher a justificativa da despesa, o responsável pela autorização ou realização e o status da transação.
8. Preencher o saldo anterior e o saldo posterior à movimentação, conferindo o encadeamento com o extrato.
9. Usar o campo de observações para o esclarecimento que a linha exigir.
10. Identificar sob a denominação própria as linhas relativas a material especial.
11. Gerar os arquivos nos dois formatos e juntá-los ao conjunto da prestação de contas.

Campo	Origem do dado
Data, valor e tipo da transação	Extrato da conta específica ou da aplicação
Categoria da despesa e da receita	Plano de contas e classificação contábil do contrato
Nome e inscrição do fornecedor ou beneficiário	Cadastro de fornecedores e documento fiscal
Número do documento fiscal ou comprovatório	Documento que instruiu a liquidação
Número do contrato relacionado à despesa	Instrumento contratual ou equivalente
Justificativa da despesa	Processo de compra ou de contratação
Responsável pela autorização ou realização	Alçada registrada no processo de pagamento
Status da transação	Controle de pagamentos
Saldo anterior e saldo posterior	Extrato bancário, encadeado linha a linha
Observações e comentários complementares	Área que originou a movimentação

Tabela POP-FIN-03.1 — Os quinze campos mínimos e a origem do dado de cada um.

✓ O QUE FAZ A PLANILHA SER ACEITA

- › Uma linha por movimentação, sem agrupar o que o extrato mostra separado.
- › Vínculo explícito entre a linha, o documento fiscal e o contrato que a originou.
- › Encadeamento de saldos conferido contra o extrato antes de gerar os arquivos.

✓ O QUE FAZ A PLANILHA SER ACEITA

- › Os dois formatos gerados a partir da mesma base, para que não divirjam entre si.

✗ O QUE FAZ A PLANILHA VOLTAR

- › Deixar campo em branco por considerá-lo dispensável naquela linha.
- › Consolidar várias transações em uma única linha de valor somado.
- › Gerar o documento pesquisável a partir de versão anterior da planilha.
- › Deixar a movimentação de material especial sem a identificação própria.

POP-FIN-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Planilha de fluxo financeiro da competência, em planilha eletrônica e em documento pesquisável.
- › Extratos que serviram de base à extração, arquivados na pasta da competência.
- › Registro das correções feitas na planilha antes do envio.
- › Conferência do encadeamento de saldos contra o extrato.

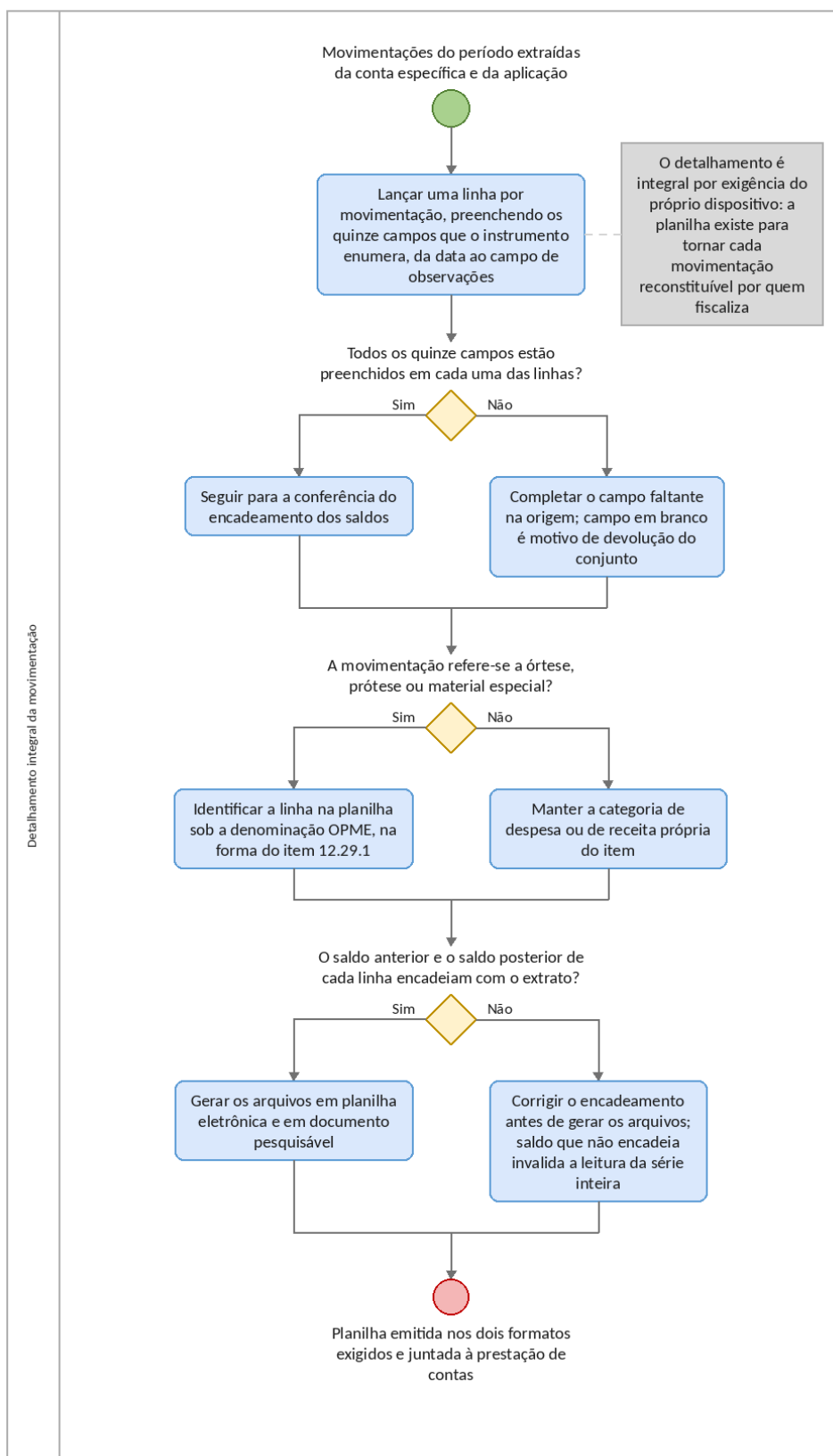
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quinze campos	São o mínimo declarado pelo instrumento, das alíneas a a o.
Dois formatos	Planilha eletrônica e documento pesquisável, gerados da mesma base.
Uma linha por movimentação	Agrupar oculta a transação e impede a conferência.
Material especial identificado	A denominação própria decorre da rubrica distinta.
Saldos encadeados	A série precisa fechar com o extrato do período.

POP-FIN-03.5 Fluxograma

O fluxograma da planilha tem três bifurcações: a completude dos quinze campos em cada linha, sem a qual o conjunto é devolvido; a natureza do item, que impõe a identificação própria do material especial; e o encadeamento dos saldos com o extrato, que retém a emissão dos arquivos enquanto a série não fecha.

POP-FIN-03 — Planilha de fluxo financeiro: campos e formato



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 24.2, alíneas a a o, e 18.13.1.1; item 12.29.1.

POP-FIN-04. Liquidação e pagamento a fornecedor: alçadas e segregação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-04.1 Quando usar

- › No recebimento de documento fiscal relativo a bem entregue ou serviço prestado.
- › Antes de qualquer débito na conta específica do contrato de gestão.
- › Na apuração e no recolhimento das retenções tributárias e previdenciárias incidentes.

POP-FIN-04.2 Fundamento

Cláusula 6.15, incisos IV e VI, do contrato de gestão constante do edital, que exige planilha analítica de pagamentos com os elementos que enumera e as cópias dos documentos que comprovem a efetiva realização da despesa; cláusula 6.20, que veda a utilização de recursos para finalidade diversa, despesa estranha ao objeto ou pagamento sem documentação comprobatória idônea. Seção 8.7 do protocolo.

! O QUE PRECISA ESTAR REUNIDO ANTES DE LIQUIDAR

- › Documento fiscal idôneo, emitido contra a contratada e vinculado ao contrato de gestão.
- › Atesto de quem recebeu o bem ou o serviço, identificando a função que atestou.
- › Contrato, ordem de compra ou instrumento equivalente que sustente a contratação.
- › Comprovação da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária exigida pelo instrumento.
- › Faltando qualquer um, a despesa não se liquida: devolve-se o documento à área requisitante com a razão registrada, e a pendência é acompanhada até a regularização.

POP-FIN-04.3 Sequência de execução

1. Receber o documento fiscal e conferir a sua idoneidade e a identificação do credor.

2. Conferir o atesto do recebimento do bem ou da prestação do serviço.
3. Confrontar o documento com o contrato, a ordem de compra e as condições pactuadas.
4. Verificar a vinculação da despesa ao objeto, ao plano de trabalho, às metas e às rubricas autorizadas.
5. Devolver à área requisitante, com a razão registrada, o documento que não atenda à vinculação exigida.
6. Apurar as retenções tributárias e previdenciárias incidentes e reservar os valores para recolhimento.
7. Classificar a despesa por natureza e por centro de custo, na forma do POP-FIN-06.
8. Submeter a autorização do pagamento à função competente segundo a alçada definida pelo serviço.
9. Efetuar o pagamento pela conta específica, com identificação do favorecido.
10. Recolher os tributos e encargos retidos e arquivar os comprovantes.
11. Lançar a operação na planilha analítica de pagamentos e na planilha de fluxo financeiro.

✓ O QUE SUSTENTA O PAGAMENTO

- › Segregação de funções adotada pelo serviço entre quem solicita, quem liquida e quem autoriza.
- › Atesto por quem efetivamente recebeu o bem ou o serviço, identificado por função.
- › Alçada declarada, de modo que se saiba de antemão quem pode autorizar o quê.
- › Comprovante de retenção arquivado junto ao comprovante de pagamento.

✗ O QUE NÃO SE PAGA

- › Despesa sem documentação comprobatória idônea.
- › Despesa estranha ao objeto do contrato ou a rubrica não autorizada.
- › Documento fiscal sem atesto de recebimento identificável.
- › Pagamento que ultrapasse a alçada da função que o autorizou.

POP-FIN-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Processo de pagamento com documento fiscal, atesto, contrato e autorização.
- › Comprovante de pagamento e comprovantes de recolhimento das retenções.
- › Registro da devolução do documento à área requisitante, quando houver.
- › Linha correspondente na planilha analítica de pagamentos e no fluxo financeiro.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

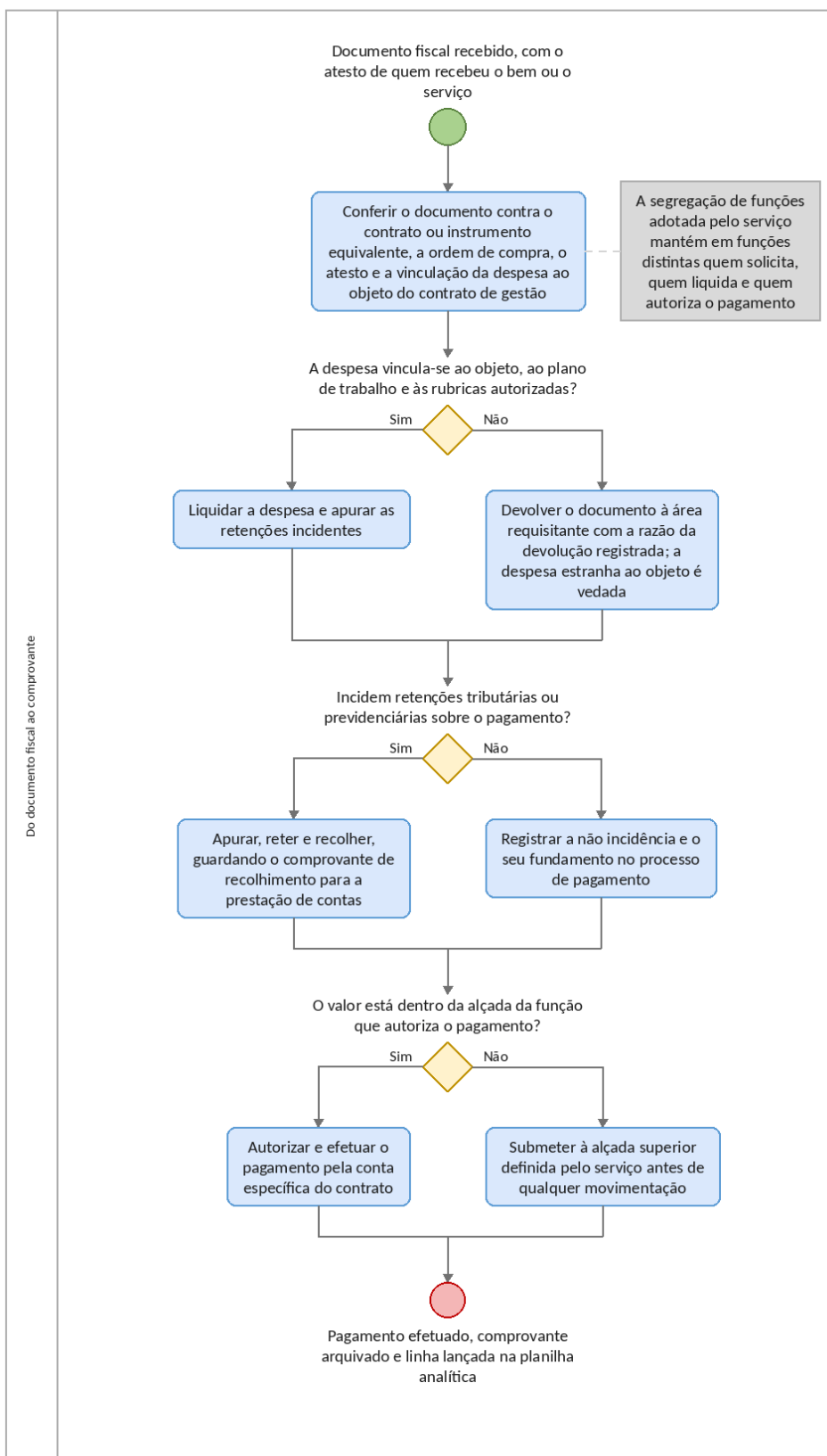
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Vinculação primeiro	A despesa estranha ao objeto é vedada, e a conferência antecede o pagamento.
Segregação de funções	Solicitar, liquidar e autorizar são funções distintas.
Alçada declarada	Saber quem autoriza o quê evita pagamento fora de competência.
Retenção comprovada	O recolhimento integra a documentação fiscal da prestação.
Rastro completo	Documento, atesto, autorização, comprovante e lançamento.

POP-FIN-04.5 Fluxograma

O fluxograma do pagamento mostra a vinculação da despesa ao objeto como a primeira porta, e não como conferência final. Depois dela, duas decisões definem o percurso: a incidência de retenções, que gera obrigação própria de recolhimento e de comprovação, e a alçada da função que autoriza, que decide entre pagar e submeter à instância superior.

POP-FIN-04 — Liquidação e pagamento a fornecedor



Referência: Edital de Seleção Pública 001/SEMUS/2026, cláusulas 6.15, incisos IV e VI, e 6.20.

POP-FIN-05. Apuração do rateio da sede: teto e critérios de admissibilidade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-05.1 Quando usar

- › No fechamento de cada competência em que houver despesa administrativa comum a apropriar.
- › Na montagem do bloco de rateio administrativo da prestação de contas mensal.
- › Na resposta a questionamento da comissão sobre despesa apropriada a título de rateio.

POP-FIN-05.2 Fundamento

Itens 18.5 a 18.10 do termo de referência, que limitam o rateio da sede a três por cento do valor mensal repassado, impõem os quatro critérios cumulativos do art. 2.º da Resolução SES n.º 1.557/2017, vedam a imputação de despesas sem pertinência direta e exigem informação analítica com identificação nominal; item 18.13.4, que enumera as peças do bloco. Seção 8.8 do protocolo.

✕ AS DESPESAS QUE O INSTRUMENTO VEDA EXPRESSAMENTE NO RATEIO

- › Passagens aéreas e diárias de viagem.
- › Despesas de deslocamento de dirigentes da sede.
- › Custos associados a unidades mantenedoras que não integrem a estrutura de suporte direto ao contrato de gestão.
- › Despesas administrativas sem relação de pertinência direta com a execução e o suporte operacional da unidade.
- › Despesas indiretas adicionais acrescentadas para alcançar o percentual de três por cento, que o item 18.8 considera não essenciais nem comprovadas.

✕ AS DESPESAS QUE O INSTRUMENTO VEDA EXPRESSAMENTE NO RATEIO

- › Despesa não discriminada nominalmente por colaborador ou empresa, que a comissão pode deixar de reconhecer.

POP-FIN-05.3 Sequência de execução

1. Levantar as despesas administrativas comuns da sede no período, por elemento de custo.
2. Apresentar cada dispêndio de forma analítica, nominando o colaborador ou a empresa.
3. Excluir da base as despesas expressamente vedadas pelo item 18.7 e as sem pertinência direta com a execução da unidade.
4. Submeter cada despesa remanescente ao critério de rastreabilidade, demonstrando a conciliação bancária entre as contas destinatárias dos recursos do contrato.
5. Submeter ao critério de clareza, identificando destinação, utilidade e pertinência da despesa compartilhada para o objeto contratual.
6. Submeter ao critério de desdobramento analítico, com relatórios contábeis que discriminem cada elemento de custo.
7. Aplicar o critério de proporcionalidade, tomando por parâmetro a razão entre o número de colaboradores vinculados à execução da unidade e a totalidade de colaboradores da entidade nas demais unidades sob sua gerência.
8. Excluir a despesa que deixe de atender a qualquer um dos quatro critérios, registrando qual.
9. Comparar o valor apurado com três por cento do repasse mensal e reduzir a apropriação ao teto, quando o exceder.
10. Montar o bloco de rateio com memória de cálculo, metodologia, critérios de proporcionalidade, relação das unidades contempladas, demonstrativo individualizado, documentação comprobatória e relatório técnico.

Critério	O que precisa ser demonstrado
Rastreabilidade	Demonstração documental e financeira inequívoca que permita a conciliação bancária entre todas as contas destinatárias dos recursos do contrato, assegurando que o pagamento ocorreu estritamente com tais recursos
Clareza	Perfeita identificação da destinação, da utilidade e da pertinência de cada despesa compartilhada para o objeto contratual
Desdobramento analítico	Relatórios contábeis detalhados com a discriminação pormenorizada de cada elemento de custo envolvido
Proporcionalidade	Critério técnico que adote como parâmetro objetivo a razão entre o número de colaboradores vinculados à execução da unidade e a totalidade de colaboradores da entidade nas demais unidades sob sua gerência

Tabela POP-FIN-05.1 — Os quatro critérios cumulativos e o que cada um exige demonstrar.

✓ O QUE FAZ O RATEIO SER RECONHECIDO

- › Identificação nominal do colaborador ou da empresa em cada linha da base.
- › Os quatro critérios demonstrados de forma cumulativa, e não alternativa.
- › Memória de cálculo que permita refazer a apuração a partir dos documentos.
- › Apropriação dentro do teto, sem composição artificial para alcançá-lo.

✗ O QUE FAZ O RATEIO SER GLOSADO

- › Apropriar despesa vedada ou sem pertinência direta com a execução da unidade.
- › Apresentar a base de forma agregada, sem discriminação nominal.
- › Completar o percentual com despesas indiretas acrescentadas para esse fim.
- › Apresentar metodologia diferente da que foi efetivamente aplicada na apuração.

POP-FIN-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Memória de cálculo detalhada do rateio administrativo da competência.
- › Metodologia de composição e distribuição dos custos rateados e critérios de proporcionalidade adotados.
- › Relação das unidades contempladas e demonstrativo individualizado das despesas rateadas.
- › Documentação comprobatória das despesas de origem e relatório técnico de compatibilidade, razoabilidade e rastreabilidade.

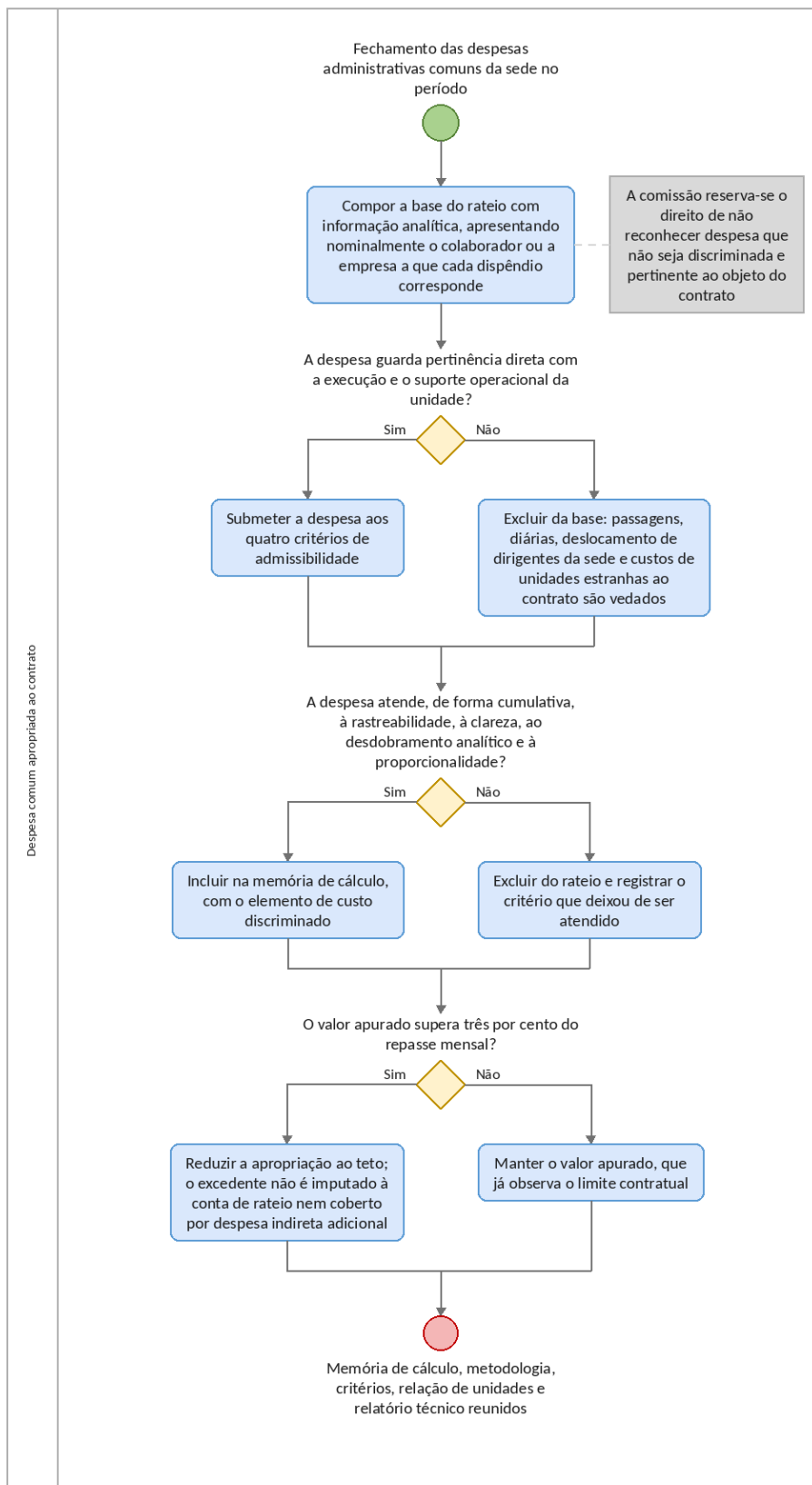
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Teto de três por cento	Limite sobre o valor mensal repassado, fixado pelo item 18.5.
Críticos cumulativos	Rastreabilidade, clareza, desdobramento analítico e proporcionalidade.
Identificação nominal	A base discrimina colaborador ou empresa, por exigência do item 18.10.
Vedações expressas	Passagens, diárias e deslocamento de dirigentes da sede.
Sete peças	O bloco de rateio da prestação mensal tem composição enumerada.

POP-FIN-05.5 Fluxograma

O fluxograma do rateio é uma sucessão de filtros, e o desenho o mostra: primeiro a pertinência direta com a execução da unidade, que exclui as despesas expressamente vedadas; depois os quatro critérios cumulativos, que excluem o que não se demonstra; e por fim o teto de três por cento, que limita o que sobreviveu aos dois filtros anteriores.

POP-FIN-05 — Apuração do rateio da sede: teto e critérios



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 18.5 a 18.10 e 18.13.4; Resolução SES-RJ n.º 1.557/2017, art. 2.º.

POP-FIN-06. Fechamento contábil da competência por centro de custo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-06.1 Quando usar

- › Ao encerramento de cada competência contábil do contrato de gestão.
- › Antes da montagem da prestação de contas mensal.
- › Sempre que houver reconhecimento de provisão trabalhista ou de contingência.

POP-FIN-06.2 Fundamento

Item 18.13.2 do termo de referência, que exige balancete contábil mensal segregado por centro de custo da unidade, razão e diário contábeis, demonstrativo das despesas por natureza de gasto, demonstrativo dos custos operacionais e relatório de provisões trabalhistas e contingências, quando aplicável; item 12.30.5, quanto ao sistema de apuração e análise de custos; cláusula 6.16 do contrato de gestão. Seção 8.9 do protocolo.

! O QUE IMPEDE O FECHAMENTO DA COMPETÊNCIA

- › Documento fiscal do período ainda não lançado ou lançado sem centro de custo.
- › Balancete que não fecha com o razão e o diário contábeis.
- › Despesa classificada em natureza de gasto incompatível com o documento que a sustenta.
- › Centro de custo criado fora da estrutura ajustada com os órgãos reguladores.
- › Divergência entre o saldo contábil e o saldo conciliado da conta específica.

POP-FIN-06.3 Sequência de execução

1. Verificar se todos os documentos fiscais e comprobatórios do período foram recebidos das áreas que os originam.
2. Lançar os documentos pendentes na competência a que pertencem.
3. Conferir a classificação de cada despesa por natureza de gasto e por centro de custo.
4. Conferir o registro das receitas do período, incluídos os rendimentos de aplicação.
5. Extrair o balancete contábil mensal segregado por centro de custo da unidade.
6. Confrontar o balancete com o razão e com o diário contábeis.
7. Localizar e corrigir o lançamento que originar qualquer diferença, reemitindo os relatórios.
8. Extrair o demonstrativo das despesas por natureza de gasto e o dos custos operacionais da unidade.
9. Avaliar a existência de provisão trabalhista ou de contingência a reconhecer e emitir o relatório contábil correspondente, quando aplicável.
10. Confrontar o saldo contábil com o saldo conciliado da conta específica, conforme o POP-FIN-02.
11. Disponibilizar o conjunto para a montagem da prestação de contas.

✓ O QUE SUSTENTA A ESCRITURAÇÃO SEGREGADA

- › Centro de custo atribuído no lançamento, e não em rateio posterior por estimativa.
- › Escrituração que permita identificar receitas, despesas, saldos e obrigações do contrato.
- › Balancete conferido contra razão e diário antes da emissão dos demonstrativos.
- › Provisão reconhecida com base em documento e em critério declarado.

✗ O QUE COMPROMETE O FECHAMENTO

- › Lançar despesa em competência diversa da que lhe corresponde para acomodar o resultado.
- › Atribuir centro de custo genérico ao que pode ser identificado por setor.
- › Emitir demonstrativo a partir de balancete que ainda não fecha.
- › Misturar na mesma escrituração recursos do contrato e de outra origem.

POP-FIN-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Balancete contábil mensal segregado por centro de custo da unidade.
- › Razão e diário contábeis da competência.
- › Demonstrativos de despesas por natureza de gasto e de custos operacionais.

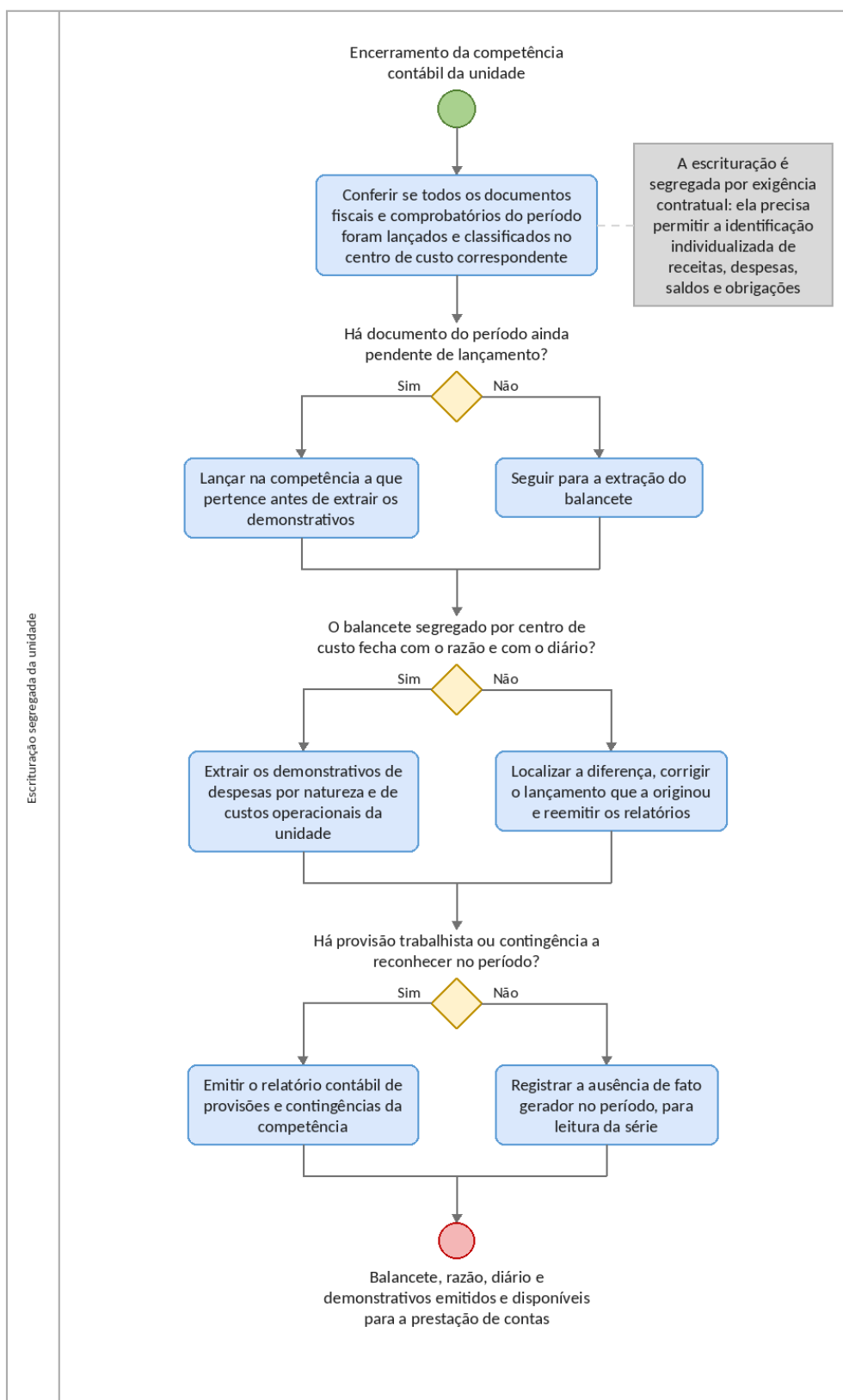
- › Relatório contábil de provisões trabalhistas e contingências, quando aplicável.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Segregação por centro de custo	É exigência expressa do balancete mensal.
Fecha com razão e diário	O balancete que não fecha impede o demonstrativo.
Natureza de gasto	A classificação acompanha o documento que sustenta a despesa.
Provisões quando aplicável	O relatório se emite quando há fato a reconhecer.
Contabilidade do contrato	A escrituração é segregada e identificável por si.

POP-FIN-06.5 Fluxograma

O fluxograma do fechamento contábil tem três travas antes dos demonstrativos: o documento ainda não lançado, que impede a extração; o balancete que não fecha com o razão e o diário, que devolve ao lançamento que originou a diferença; e o reconhecimento de provisão ou contingência, que acrescenta peça própria ao conjunto do período.

POP-FIN-06 — Fechamento contábil da competência por centro de custo



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 18.13.2 e 12.30.5; Edital, cláusula 6.16.

POP-FIN-07. Montagem e envio da prestação de contas mensal

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-07.1 Quando usar

- › Ao encerramento de cada competência, após o fechamento contábil e a conciliação.
- › Até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços.
- › Sempre que a secretaria exigir informação adicional àquelas enumeradas no instrumento.

POP-FIN-07.2 Fundamento

Item 26.3 do termo de referência, que fixa a apresentação mensal até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços e enumera nos itens 26.3.1 a 26.3.5 os relatórios exigidos; item 18.13, que relaciona a documentação financeira e bancária, contábil, fiscal e de rateio; cláusula 6.15 do contrato de gestão. Seção 8.10 do protocolo.

! O PRAZO E AS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA

- › A apresentação é mensal, até o décimo dia do mês subsequente à execução dos serviços.
- › A ausência de documentos, a inconsistência das informações ou a impossibilidade de comprovação da regular aplicação dos recursos podem ensejar glosa, retenção de repasses, tomada de contas e sanções.
- › O atraso injustificado na entrega das informações, relatórios e prestações de contas pode ensejar multa administrativa.
- › A regularidade trabalhista e previdenciária não comprovada na prestação de contas leva à retenção do valor correspondente no repasse imediatamente subsequente.

POP-FIN-07.3 Sequência de execução

1. Confirmar o encerramento contábil da competência e a conclusão da conciliação bancária.

2. Reunir o bloco financeiro e bancário: extratos completos, planilha de fluxo financeiro, conciliação, demonstrativo analítico de receitas e despesas, relação nominal de pagamentos, comprovantes de transferência e de recolhimento, demonstrativo de saldo e relatório de movimentações entre contas.
3. Reunir o bloco contábil: balancete segregado por centro de custo, razão, diário, demonstrativos de despesas por natureza e de custos operacionais e relatório de provisões, quando aplicável.
4. Reunir o bloco fiscal: notas fiscais e demais comprovantes, certidões de regularidade válidas, relação de contratos com terceiros e aditivos, e comprovação das retenções.
5. Reunir o bloco de rateio administrativo, conforme o POP-FIN-05.
6. Reunir os relatórios do item 26.3: demonstrativo dos valores repassados com fontes e saldos, confronto entre produção contratada e realizada, alcance das metas quantitativas e qualitativas, execução financeira vinculada ao objeto e às metas, e justificativas técnicas das não conformidades com proposta de medidas corretivas.
7. Conferir cada peça contra a relação do instrumento e sanear a falta na área que a produz.
8. Conferir a validade das certidões na data do envio.
9. Encaminhar o conjunto à comissão dentro do prazo e registrar o protocolo de entrega.
10. Arquivar cópia do que foi encaminhado, conforme o POP-FIN-11.

Bloco	O que reúne	Dispositivo
Financeiro e bancário	Extratos, planilha de fluxo financeiro, conciliação, demonstrativos, relação de pagamentos e comprovantes	Item 18.13.1
Contábil	Balancete por centro de custo, razão, diário, despesas por natureza, custos operacionais e provisões	Item 18.13.2
Fiscal	Notas fiscais, certidões de regularidade, relação de contratos e comprovação das retenções	Item 18.13.3
Rateio administrativo	Memória de cálculo, metodologia, critérios, unidades, demonstrativo, comprovação e relatório técnico	Item 18.13.4
Relatórios de execução	Repasse e saldos, produção contratada e realizada, metas, execução financeira e justificativas de não conformidade	Itens 26.3.1 a 26.3.5

Tabela POP-FIN-07.1 — Os quatro blocos documentais e o dispositivo que enumera cada um.

✓ O QUE FAZ O CONJUNTO SER ACEITO
› Conferência peça a peça contra a relação do instrumento antes do envio.
› Certidões conferidas quanto à validade na data em que o conjunto é encaminhado.
› Justificativa técnica das não conformidades apresentada com a própria prestação.
› Protocolo de entrega registrado, com a data e a competência a que se refere.

✕ O QUE FAZ O CONJUNTO SER DEVOLVIDO

- › Enviar com peça faltante na expectativa de complementar depois.
- › Apresentar relatório de produção sem o confronto com a produção contratada.
- › Deixar não conformidade conhecida sem justificativa técnica.
- › Encaminhar documento ilegível ou sem identificação da competência.

POP-FIN-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Conjunto da prestação de contas mensal, com índice das peças que o compõem.
- › Protocolo de entrega à comissão, com data e competência.
- › Registro das faltas saneadas antes do envio e da área que as originou.
- › Cópia integral do que foi encaminhado, para a guarda de que trata o POP-FIN-11.

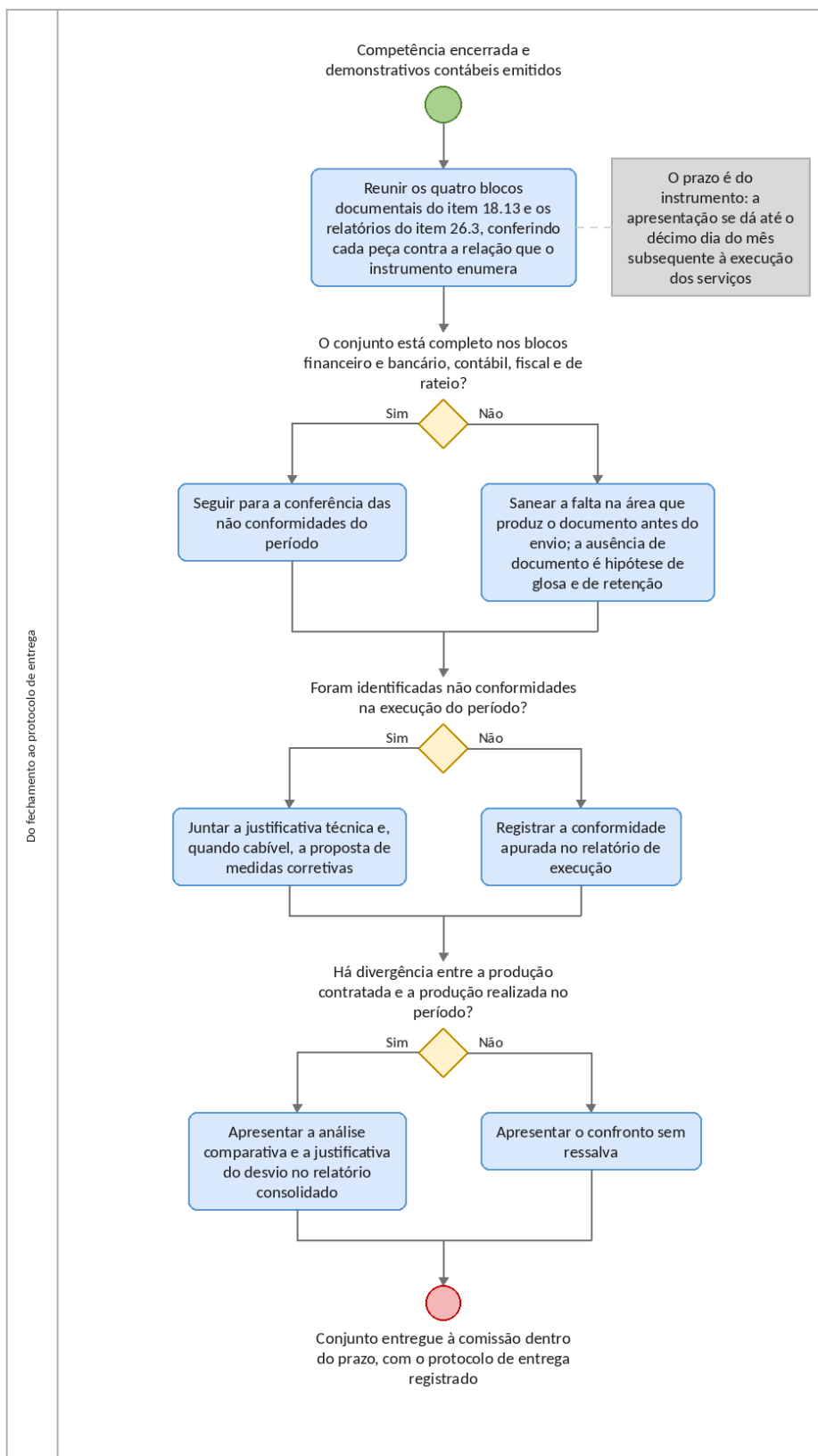
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Décimo dia	Prazo do instrumento para a apresentação mensal.
Quatro blocos	Financeiro e bancário, contábil, fiscal e de rateio.
Cinco relatórios	Repasse, produção, metas, execução financeira e não conformidades.
Falta gera glosa	Ausência e inconsistência são causas expressas de retenção.
Protocolo registrado	A entrega é fato documentado, não presumido.

POP-FIN-07.5 Fluxograma

O fluxograma da prestação mensal mostra a completude dos quatro blocos documentais como a decisão que retém o envio, e duas decisões que acrescentam peças ao conjunto: a existência de não conformidade no período, que exige justificativa técnica e proposta de medida corretiva, e a divergência entre produção contratada e realizada, que exige análise comparativa.

POP-FIN-07 — Montagem e envio da prestação de contas mensal



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 26.3 a 26.3.5 e 18.13; Edital, cláusula 6.15.

POP-FIN-08. Prestação de contas anual e relatório de gestão

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-08.1 Quando usar

- › Ao encerramento de cada exercício de execução do contrato de gestão.
- › Após a conclusão das prestações de contas mensais do exercício.
- › Quando houver necessidade de consolidar resultados para os órgãos de controle.

POP-FIN-08.2 Fundamento

Item 26.3.7 do termo de referência, segundo o qual a prestação de contas anual consolida as informações operacionais, financeiras e de resultados do exercício, integrando os relatórios mensais apresentados, o balanço patrimonial, as demonstrações contábeis e o relatório anual de gestão; item 26.3.8, quanto ao encaminhamento posterior. Seção 8.11 do protocolo.

! A PEÇA ANUAL INTEGRA AS MENSAIS E HERDA AS SUAS FALTAS

- › A consolidação anual não substitui a prestação mensal nem sana omissão de competência.
- › Divergência entre o consolidado anual e a soma das competências mensais é achado imediato para quem confere.
- › Glosa, retenção e diligência ainda sem desfecho entram na peça como estado declarado.
- › Após a análise, a peça segue ao conselho municipal de saúde, à câmara municipal e aos órgãos de controle, com ampla publicidade dos seus principais resultados.

POP-FIN-08.3 Sequência de execução

1. Levantar as competências do exercício e o desfecho da análise de cada uma.

2. Sanear a competência pendente antes de iniciar a consolidação.
3. Consolidar as informações operacionais do exercício, com a produção realizada e o confronto com a produção contratada.
4. Consolidar as informações financeiras: repasses recebidos, despesas executadas, saldos, rendimentos e devoluções.
5. Consolidar os resultados: alcance das metas quantitativas e qualitativas e dos indicadores pactuados.
6. Integrar os relatórios mensais apresentados no período.
7. Integrar o balanço patrimonial e as demonstrações contábeis do exercício.
8. Elaborar o relatório anual de gestão, articulando execução física, execução financeira e resultados.
9. Conferir a correspondência entre o consolidado e a soma das competências mensais.
10. Registrar o estado das glosas, retenções e diligências ainda sem desfecho.
11. Apresentar a peça à secretaria e acompanhar o encaminhamento posterior.

✓ O QUE SUSTENTA A PEÇA ANUAL

- › Consolidação construída a partir das competências mensais, e não em paralelo a elas.
- › Conferência entre o consolidado e a soma das mensais antes da apresentação.
- › Estado das pendências declarado, com valor envolvido e tratamento em curso.
- › Relatório de gestão que articule execução física, financeira e resultados.

✗ O QUE FRAGILIZA A PEÇA ANUAL

- › Consolidar sobre competência que ainda tem pendência conhecida.
- › Apresentar números anuais que não reconciliam com os mensais já entregues.
- › Omitir glosa ou diligência sem desfecho por estar em discussão.
- › Tratar o relatório de gestão como resumo narrativo sem vínculo com os demonstrativos.

POP-FIN-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Prestação de contas anual consolidada, com índice das peças integradas.
- › Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do exercício.
- › Relatório anual de gestão.
- › Demonstrativo de conciliação entre o consolidado anual e as competências mensais.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

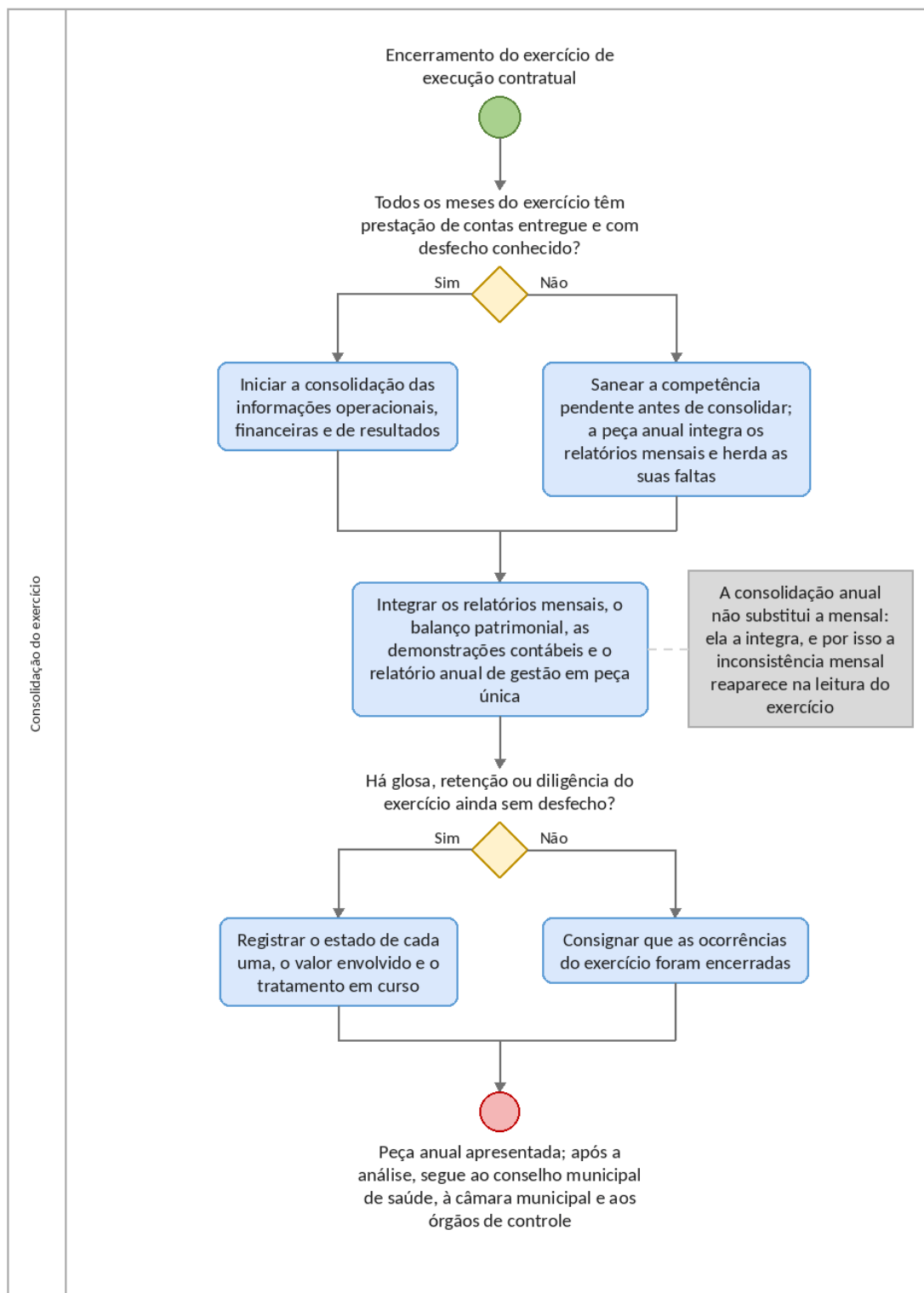
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Consolida e integra	A peça anual reúne mensais, balanço, demonstrações e relatório.
Reconcilia com as mensais	Divergência entre anual e mensal é achado imediato.
Pendência declarada	Glosa e diligência sem desfecho entram como estado.
Destino posterior	Conselho municipal de saúde, câmara municipal e órgãos de controle.
Publicidade	Os principais resultados recebem ampla publicidade.

POP-FIN-08.5 Fluxograma

O fluxograma da prestação anual começa por uma trava incomum: a integridade das competências mensais do exercício, porque a peça anual as integra e herda as suas faltas. A decisão final trata do que ainda está aberto — glosa, retenção ou diligência sem desfecho —, que entra na consolidação como estado declarado, e não como omissão.

POP-FIN-08 — Prestação de contas anual e relatório de gestão



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 26.3.7 e 26.3.8.

POP-FIN-09. Resposta a ofício, diligência e retenção de valores

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-09.1 Quando usar

- › No recebimento de ofício da comissão sobre a execução financeira ou a prestação de contas.
- › Quando houver comunicação de possibilidade de retenção cautelar de valores.
- › Quando houver sugestão de não reconhecimento de despesa ou glosa.

POP-FIN-09.2 Fundamento

Itens 24.4.1 e 24.4.2 do termo de referência, que preveem o ofício formal com solicitação de esclarecimentos e documentos comprobatórios e o alerta quanto à retenção de valores ao final da análise, bem como a sugestão de não reconhecimento na ausência de justificativa plausível; item 24.6, quanto às demais providências; cláusula 6.19 do contrato de gestão. Seção 8.12 do protocolo.

! O QUE O OFÍCIO ABRE E O QUE ELE PODE FECHAR

- › O ofício solicita esclarecimentos e documentos comprobatórios e alerta para a possibilidade de retenção de valores ao final da análise da prestação de contas.
- › Não havendo justificativa plausível ou adequação capaz de mitigar o risco, a comissão pode sugerir o não reconhecimento da prática ou da despesa ao ordenador de despesas.
- › As providências podem alcançar retenção, glosa, restituição de valores e instauração de tomada de contas.
- › O prazo de resposta é o fixado pela comissão, e o atraso injustificado tem consequência própria.

POP-FIN-09.3 Sequência de execução

1. Protocolar o ofício no recebimento e registrar a data, o objeto e o prazo fixado.

2. Identificar a competência e as peças da prestação de contas a que o questionamento se refere.
3. Levantar a documentação comprobatória do fato questionado junto à área que praticou o ato.
4. Reconstituir a evidência quando ela não estiver reunida, registrando a causa da falta documental.
5. Elaborar a resposta técnica, respondendo ponto a ponto ao que foi perguntado.
6. Instruir a resposta com os documentos que sustentam cada esclarecimento.
7. Requerer prorrogação motivada antes do termo final, quando o prazo se mostrar insuficiente.
8. Protocolar a resposta e registrar o número do protocolo e a data.
9. Acompanhar o desfecho da análise e registrar glosa, retenção ou não reconhecimento.
10. Corrigir na origem o processo que gerou a causa e registrar a correção adotada.
11. Levar o caso à análise periódica dos indicadores, na forma da seção 8.20.

Providência prevista	O que a unidade reúne
Ofício com solicitação de esclarecimentos	Resposta ponto a ponto, instruída com os documentos comprobatórios do fato questionado
Alerta de retenção de valores	Demonstração da regular aplicação do recurso na competência questionada
Sugestão de não reconhecimento da despesa	Justificativa técnica da pertinência e da vinculação da despesa ao objeto
Recomendação de glosa ou restituição	Registro do valor, da causa e do efeito financeiro, e correção do processo de origem
Instauração de tomada de contas	Conjunto documental íntegro da competência, na forma do POP-FIN-11

Tabela POP-FIN-09.1 — As providências previstas e o que cada uma exige da unidade.

✓ O QUE FAZ A RESPOSTA SER ACEITA

- › Responder ponto a ponto, na ordem em que o ofício pergunta.
- › Instruir cada esclarecimento com o documento que o sustenta.
- › Requerer prorrogação motivada antes do termo, quando necessário.
- › Registrar o desfecho e a correção adotada a montante.

✗ O QUE AGRAVA A DILIGÊNCIA

- › Responder em termos genéricos, sem documento que sustente a afirmação.
- › Deixar o prazo transcorrer sem resposta e sem pedido de prorrogação.
- › Tratar a glosa como perda contábil, sem corrigir o processo que a gerou.
- › Reconstituir documento sem registrar que houve reconstituição e por quê.

POP-FIN-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

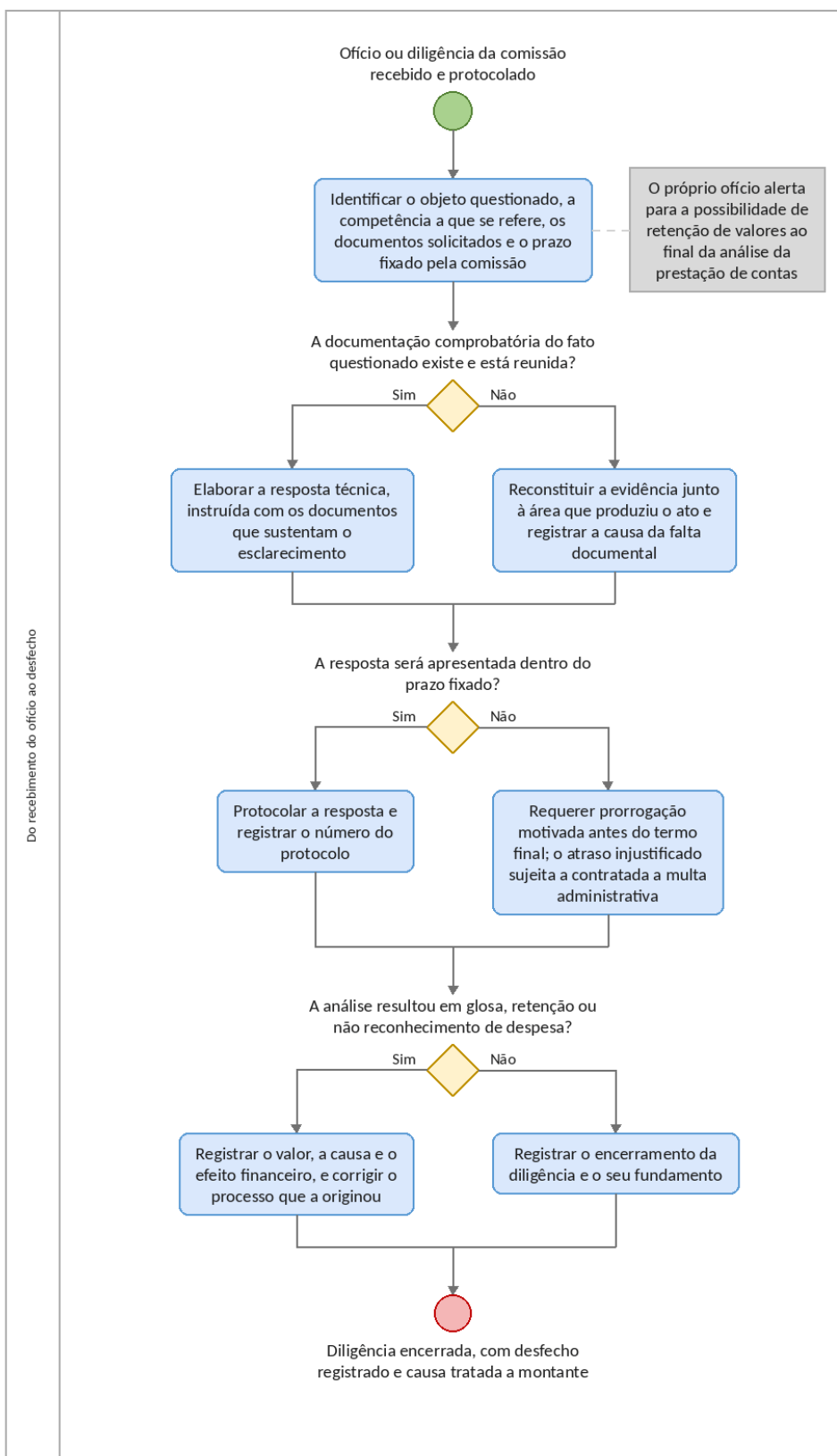
- › Ofício recebido, com data de protocolo, objeto e prazo.
- › Resposta protocolada, com o conjunto documental que a instruiu.
- › Registro do desfecho: encerramento, glosa, retenção ou não reconhecimento.
- › Registro da correção adotada no processo de origem.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Prazo do ofício	É o fixado pela comissão, e o atraso tem consequência própria.
Documento sustenta	Esclarecimento sem documento não afasta o risco apontado.
Retenção é possível	O próprio ofício alerta para essa consequência.
Causa a montante	A glosa se trata no processo que a originou.
Registro do desfecho	Cada diligência encerra com desfecho documentado.

POP-FIN-09.5 Fluxograma

O fluxograma da diligência tem três decisões que mudam o percurso: a existência da evidência documental, que separa responder de reconstituir; o cumprimento do prazo, que decide entre protocolar e requerer prorrogação motivada; e o resultado da análise, que separa o encerramento da diligência do tratamento da glosa e da sua causa a montante.

POP-FIN-09 — Resposta a ofício, diligência e retenção de valores



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 24.4.1, 24.4.2 e 24.6; Edital, cláusula 6.19.

POP-FIN-10. Constituição e movimentação do fundo de reserva

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-10
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-10.1 Quando usar

- › Na constituição do fundo, após a validação prévia pela secretaria.
- › A cada aporte destinado à integralização do valor aprovado.
- › Sempre que houver pretensão de utilizar recursos do fundo.
- › Ao término do contrato de gestão, para a restituição ou a transferência do saldo.

POP-FIN-10.2 Fundamento

Item 28.3 do termo de referência, que torna obrigatória a constituição do fundo de reserva, previamente validado pela secretaria; itens 28.3.1 a 28.3.7, que fixam a finalidade exclusiva, a rubrica contábil própria, a conta bancária específica e remunerada, as hipóteses de contingência conexa, a instrução da utilização e o destino do saldo remanescente. Seção 8.13 do protocolo.

! AS CONDIÇÕES QUE O INSTRUMENTO FIXA PARA O FUNDO

- › Finalidade exclusiva de cobertura de contingências conexas à execução do contrato de gestão.
- › Rubrica contábil própria e conta bancária específica, remunerada segundo condições de mercado, em instituição financeira oficial ou contratada pelo município.
- › Valor, fonte de custeio e prazo máximo de constituição estimados, justificados e constantes do quadro financeiro, mediante aprovação da secretaria.
- › Utilização condicionada a solicitação formal, motivada e instruída, acompanhada de deliberação expressa do conselho de administração, com ciência formal à secretaria em até cinco dias úteis após a decisão interna.
- › Recomposição integral em até quinze dias úteis após a regularização dos repasses, quando a utilização decorrer de atraso superior a sessenta dias no repasse.

POP-FIN-10.3 Sequência de execução

1. Confirmar no quadro financeiro o valor, a fonte de custeio e o prazo de constituição aprovados pela secretaria.
2. Abrir a conta bancária específica e remunerada e criar a rubrica contábil própria.
3. Efetuar os aportes com recursos oriundos das transferências realizadas pelo contratante, dentro do prazo de constituição.
4. Acompanhar o saldo e os rendimentos, conciliando-os com a escrituração.
5. Diante de pretensão de utilização, verificar se o fato configura contingência conexa nas hipóteses previstas.
6. Instruir a solicitação formal e motivada, com a demonstração do fato e do valor.
7. Submeter a solicitação ao conselho de administração e obter deliberação expressa.
8. Cientificar formalmente a secretaria no prazo de cinco dias úteis contados da decisão interna.
9. Movimentar o valor deliberado e registrar a saída na rubrica própria.
10. Recompôr integralmente o fundo em até quinze dias úteis após a regularização dos repasses, quando a utilização tiver decorrido de atraso superior a sessenta dias.
11. Ao término do contrato, apurar o saldo e elaborar o relatório financeiro-analítico circunstanciado que acompanha a restituição ou a transferência.

✓ O QUE SUSTENTA A MOVIMENTAÇÃO DO FUNDO

- › Enquadramento do fato nas hipóteses de contingência conexa antes de qualquer movimentação.
- › Deliberação expressa do conselho de administração juntada ao processo.
- › Ciência formal à secretaria dentro do prazo do instrumento.
- › Conciliação do saldo e dos rendimentos com a escrituração, competência a competência.

✗ O QUE DESVIRTUA O FUNDO

- › Utilizar o saldo para despesa corrente ou para cobrir insuficiência de fluxo.
- › Movimentar antes da deliberação do conselho de administração.
- › Manter os recursos fora de conta específica e remunerada.
- › Deixar de recompor o fundo depois de regularizado o repasse que motivou a utilização.

POP-FIN-10.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Quadro financeiro com valor, fonte de custeio e prazo de constituição aprovados.

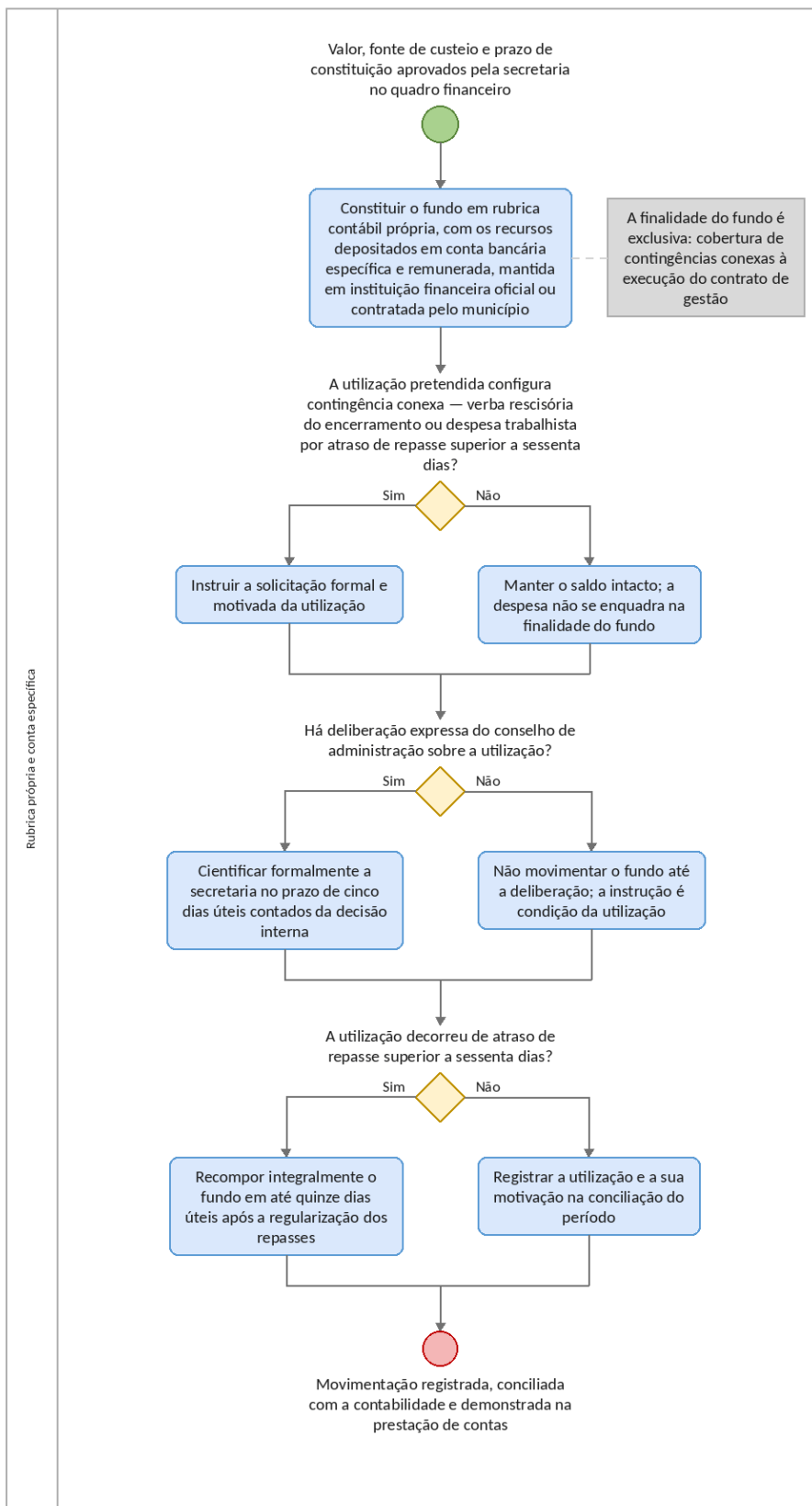
- › Extratos da conta específica do fundo e demonstrativo da rubrica contábil própria.
- › Solicitação de utilização, deliberação do conselho de administração e ofício de ciência à secretaria.
- › Relatório financeiro-analítico circunstanciado da restituição ou da transferência do saldo.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Finalidade exclusiva	Contingências conexas à execução do contrato de gestão.
Conta e rubrica próprias	Conta específica remunerada e rubrica contábil distinta.
Cinco dias úteis	Prazo de ciência à secretaria após a decisão interna.
Quinze dias úteis	Prazo de recomposição após a regularização dos repasses.
Destino do saldo	Restituição ao fundo municipal ou transferência à sucessora.

POP-FIN-10.5 Fluxograma

O fluxograma do fundo de reserva mostra que a finalidade é a primeira porta: só a contingência conexas que o instrumento nomeia autoriza a utilização. Depois dela vêm a deliberação do conselho de administração, sem a qual o fundo não se movimenta, e a hipótese de atraso de repasse, única que aciona a recomposição integral em prazo próprio.

POP-FIN-10 — Constituição e movimentação do fundo de reserva



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 28.3 a 28.3.7.

POP-FIN-11. Guarda dos arquivos da prestação de contas

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-11
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-11.1 Quando usar

- › Após cada entrega mensal da prestação de contas à comissão.
- › Na organização do arquivo financeiro, contábil, fiscal e bancário do contrato.
- › Quando houver solicitação de acesso por órgão de controle interno ou externo.

POP-FIN-11.2 Fundamento

Item 12.30.3 do termo de referência, segundo o qual a contratada deverá arquivar, na unidade ou em outro local à sua escolha, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados à comissão quando da entrega mensal da prestação de contas; cláusulas 6.21 e 6.18 do contrato de gestão, quanto ao prazo legal aplicável aos demais documentos e ao acesso pelos órgãos de controle. Seção 8.15 do protocolo.

! O ALCANCE EXATO DO PRAZO DE CINCO ANOS

- › O prazo de cinco anos alcança os arquivos encaminhados à comissão quando da entrega mensal da prestação de contas — é esse o conjunto que o dispositivo nomeia.
- › A contagem corre do término do contrato de gestão, e não da data de cada documento.
- › O local de guarda é a unidade ou outro local à escolha da contratada, o que admite arquivo externo desde que a recuperação seja possível.
- › Os demais documentos financeiros, contábeis, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e bancários observam o prazo legal aplicável a cada um, em arquivo físico ou digital organizado.
- › Documento que não se recupera equivale a documento que não existe, quando a diligência chega.

POP-FIN-11.3 Sequência de execução

1. Constituir, a cada entrega, o arquivo da competência com exatamente o conjunto encaminhado.
2. Identificar o arquivo pela competência e pelo número do protocolo de entrega.
3. Distinguir, no arquivo, o conjunto encaminhado à comissão dos demais documentos financeiros do período.
4. Aplicar ao conjunto encaminhado o prazo de cinco anos contados do término do contrato de gestão.
5. Aplicar aos demais documentos o prazo legal aplicável a cada espécie.
6. Manter índice que permita localizar cada peça pela competência, pela espécie e pelo fornecedor.
7. Conferir a integridade e a legibilidade do arquivo antes de encerrar a competência.
8. Reconstituir junto à área de origem a peça faltante identificada na conferência.
9. Preservar, no arquivo digital, a integridade, a recuperabilidade e o controle de acesso por perfil.
10. Franquear o acesso solicitado por órgão de controle interno ou externo, preservado o que a lei protege por sigilo.
11. Registrar cada acesso concedido, com a identificação do solicitante e do que foi disponibilizado.

Espécie	Prazo aplicável	Fundamento
Conjunto encaminhado à comissão na entrega mensal da prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato de gestão	Item 12.30.3 do termo de referência
Demais documentos financeiros, contábeis, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e bancários	Prazo legal aplicável a cada espécie	Cláusula 6.21 do contrato de gestão
Documentos que instruem diligência, glosa ou tomada de contas em curso	Enquanto perdurar o procedimento, observado o prazo da espécie	Itens 18.13.5 e 24.6 do termo de referência

Tabela POP-FIN-11.1 — A temporalidade por espécie de documento.

✓ O QUE FAZ O ARQUIVO SERVIR
› Arquivar exatamente o que foi encaminhado, e não uma versão reconstituída depois.
› Índice que permita localizar a peça pela competência, pela espécie e pelo fornecedor.
› Distinção clara entre o conjunto sujeito ao prazo contratual e os demais documentos.
› Controle de acesso por perfil no arquivo digital, com registro das consultas.

✕ O QUE INUTILIZA O ARQUIVO

- › Guardar por competência sem identificar o protocolo de entrega correspondente.
- › Estender a todos os documentos, sem necessidade, o prazo previsto para o conjunto encaminhado.
- › Manter arquivo digital sem garantia de recuperação do formato ao longo do prazo.
- › Descartar peça enquanto houver diligência, glosa ou tomada de contas em curso.

POP-FIN-11.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Arquivo da competência com o conjunto encaminhado e o protocolo de entrega.
- › Índice do arquivo financeiro, contábil, fiscal e bancário do contrato.
- › Registro das peças reconstituídas e da causa da falta documental.
- › Registro dos acessos concedidos aos órgãos de controle.

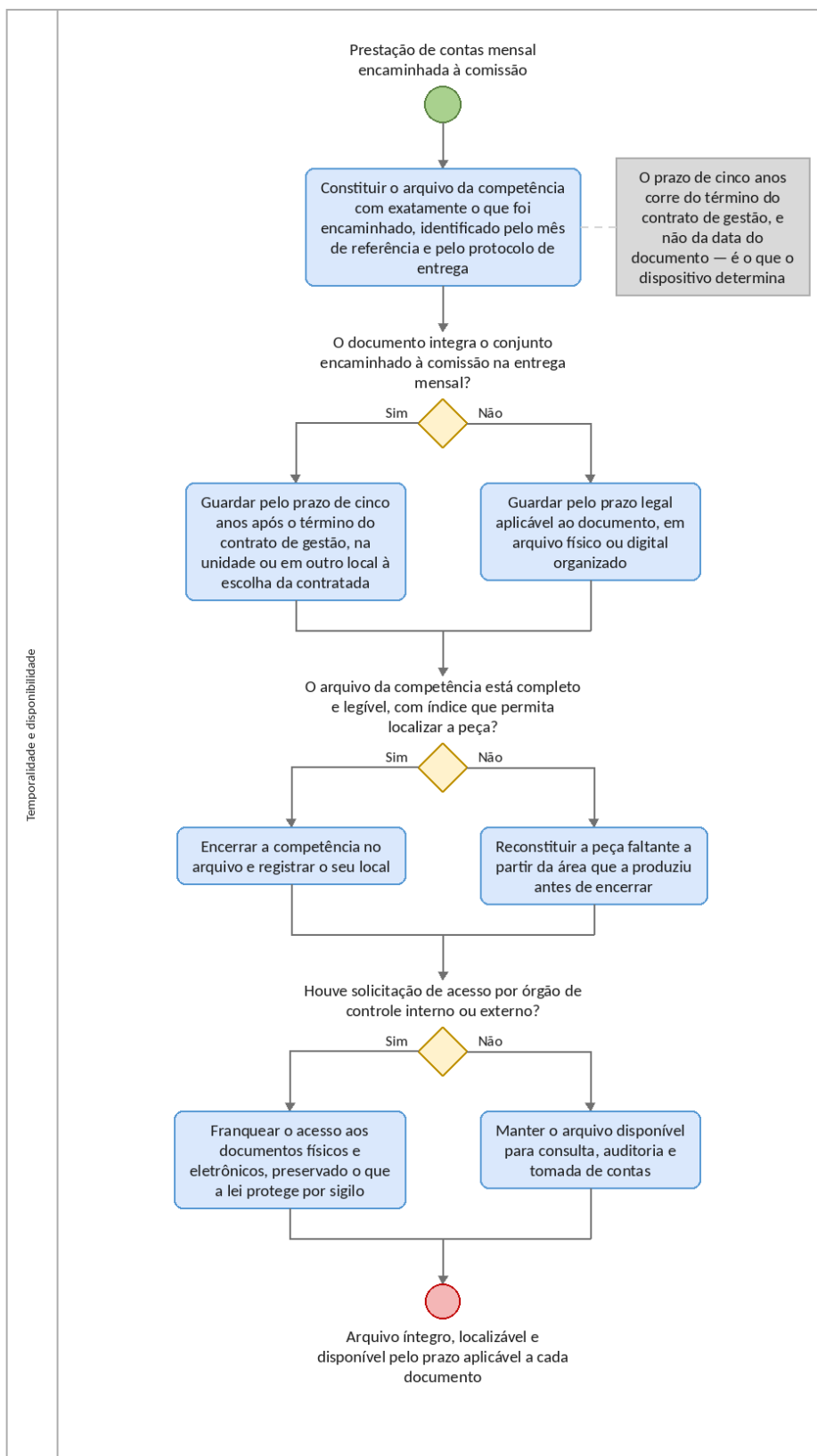
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Cinco anos	Prazo contado do término do contrato de gestão.
Alcance nomeado	Os arquivos encaminhados à comissão na entrega mensal.
Demais documentos	Observam o prazo legal aplicável a cada espécie.
Local à escolha	A unidade ou outro local, desde que a peça se recupere.
Acesso franqueado	Aos órgãos de controle, preservado o sigilo legal.

POP-FIN-11.5 Fluxograma

O fluxograma da guarda mostra a decisão que define a temporalidade de cada peça: integrar ou não o conjunto encaminhado à comissão na entrega mensal, porque é esse conjunto que o instrumento sujeita ao prazo de cinco anos contados do término do contrato. As duas decisões seguintes tratam da integridade do arquivo e do acesso pelos órgãos de controle.

POP-FIN-11 — Guarda dos arquivos da prestação de contas



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.30.3; Edital, cláusulas 6.18 e 6.21.

POP-FIN-12. Segregação da pasta de notas fiscais de material especial

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-FIN-12
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 8 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-FIN-12.1 Quando usar

- › No recebimento de nota fiscal de órtese, prótese ou material especial.
- › Na montagem do bloco fiscal da prestação de contas mensal.
- › Na conferência da planilha financeira antes do fechamento da competência.

POP-FIN-12.2 Fundamento

Item 12.29.1 do termo de referência, que determina o encaminhamento das notas fiscais de material especial em pasta específica e separada das notas de materiais hospitalares, considerando a existência de rubrica orçamentária distinta, com identificação própria na planilha financeira; item 12.29.2, que enumera nos incisos I a XII a documentação que obrigatoriamente as acompanha. Seção 8.14 do protocolo.

! A NOTA FISCAL SOZINHA NÃO SUSTENTA A DESPESA

- › A documentação que deve acompanhar obrigatoriamente a nota é enumerada nos incisos I a XII do item 12.29.2 e vai da nota emitida em nome do paciente ao mapa de cotação e aos atestos.
- › A pasta é específica e separada das notas de materiais hospitalares, porque a rubrica orçamentária é distinta.
- › A identificação própria na planilha financeira é exigência do mesmo dispositivo.
- › Boa parte das peças nasce fora do setor financeiro, no centro cirúrgico, no almoxarifado e na área de compras; o dossiê se monta ao longo do processo, e não depois dele.

POP-FIN-12.3 Sequência de execução

1. Separar a nota fiscal de material especial das demais notas já no recebimento.
2. Conferir a documentação que a acompanha contra os incisos I a XII do item 12.29.2.
3. Reter a peça incompleta, registrar a pendência com a origem e acompanhar o retorno até a regularização.
4. Compor a pasta específica da competência, separada da pasta de materiais hospitalares.
5. Classificar a despesa na rubrica orçamentária distinta.
6. Identificar a movimentação na planilha financeira sob a denominação própria de material especial.
7. Conferir a correspondência entre o valor da nota, o lançamento contábil e a linha da planilha.
8. Confirmar, com a área assistencial e com a de suprimentos, a vinculação nominal do material ao paciente.
9. Integrar a pasta ao bloco fiscal da prestação de contas mensal.
10. Arquivar a pasta na forma do POP-FIN-11.

✓ O QUE SUSTENTA A PASTA

- › Separação feita no recebimento, e não na montagem da prestação de contas.
- › Conferência da documentação contra a enumeração do instrumento, inciso a inciso.
- › Correspondência conferida entre nota, lançamento contábil e linha da planilha.
- › Identificação própria da movimentação na planilha financeira.

✗ O QUE COMPROMETE A PASTA

- › Misturar as notas de material especial com as de materiais hospitalares.
- › Compor a pasta com nota desacompanhada da documentação exigida.
- › Lançar a despesa em rubrica comum de material.
- › Reconstituir documentação de saída semanas depois do ato que a deveria ter gerado.

POP-FIN-12.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Pasta específica de notas fiscais de material especial, por competência.
- › Registro das pendências documentais, com origem, prazo e retorno.
- › Lançamento na rubrica orçamentária distinta e linha identificada na planilha financeira.
- › Conferência da correspondência entre nota, contabilidade e planilha.

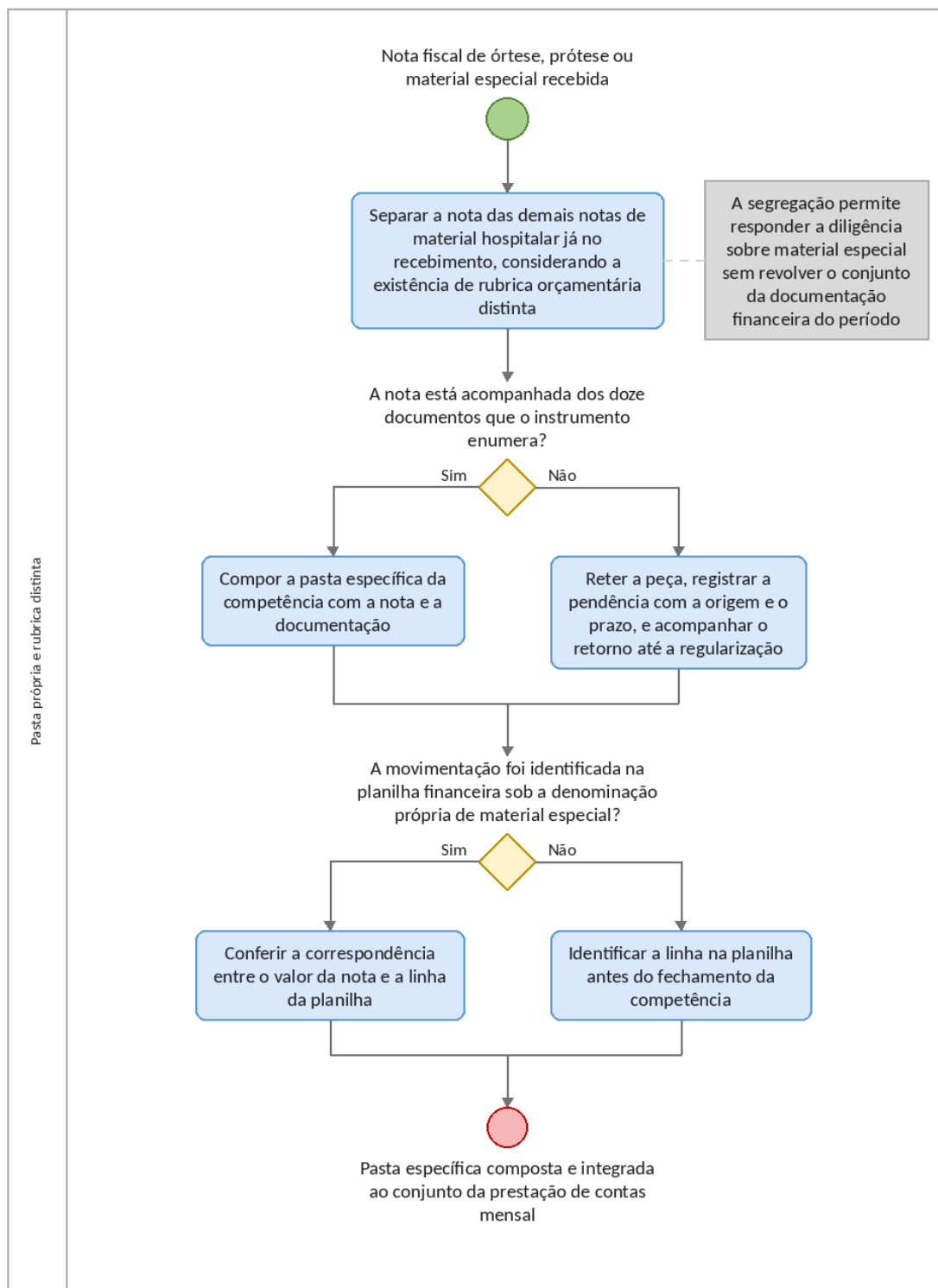
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Pasta específica	Separada das notas de materiais hospitalares.
Rubrica distinta	É a razão contábil da separação exigida.
Doze documentos	A enumeração do instrumento é obrigatória, não indicativa.
Identificação na planilha	A denominação própria liga a pasta ao demonstrativo.
Montagem ao longo	Documento de saída não se reconstitui com fidelidade depois.

POP-FIN-12.5 Fluxograma

O fluxograma da pasta de material especial tem duas bifurcações: a completude da documentação que deve acompanhar a nota, sem a qual a peça é retida e a pendência registrada, e a identificação da movimentação na planilha financeira sob a denominação própria, que é o que liga a pasta ao demonstrativo financeiro do período.

POP-FIN-12 — Segregação da pasta de notas fiscais de material especial



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.29.1 e 12.29.2, incisos I a XII.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Interpretação Técnica Geral ITG 2002 (R1) — Entidade sem Finalidade de Lucros. Brasília, DF: CFC, 2015. Disponível em: <https://cfc.org.br/tecnica/normas-brasileiras-de-contabilidade/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 11.742, de 2019. Regulamenta a celebração e a execução dos contratos de gestão com Organizações Sociais. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2019. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 12.997, de 2022, art. 13. Dispõe sobre a retenção de valores em caso de irregularidade trabalhista e previdenciária. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 2013. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais no âmbito do Município de Nova Iguaçu. Nova Iguaçu: Câmara Municipal, 2013. Disponível em: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial a minuta do Contrato de Gestão. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n.º 1.557, de 14 de agosto de 2017. Estabelece critérios para o rateio de despesas administrativas comuns centralizadas na sede da entidade parceira. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2017. Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 15 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.ioerj.com.br/portal/>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Gestão de Pessoas

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

9.1 Âmbito e finalidade.....	512
9.2 Base normativa.....	513
9.3 Princípios: transparência, impessoalidade e isonomia	515
9.4 O ciclo do colaborador, da seleção ao desligamento	515
9.5 Recrutamento e seleção.....	516
9.6 Admissão, documentação e comprovação de registro no conselho de classe	517
9.7 Integração institucional e adesão formal aos princípios do sistema público	518
9.8 Escalas: elaboração, afixação e envio no prazo	518
9.9 Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala.....	519
9.10 Jornada, controle de ponto e horas extras	520
9.11 Contratação autônoma: hipóteses excepcionais e vedações.....	521
9.12 Folha de pagamento, encargos e comprovação.....	521
9.13 Avaliação periódica de desempenho	522
9.14 Desligamento, rescisão e quitação de verbas	523
9.15 Apuração disciplinar e sindicância.....	524
9.16 Saúde ocupacional e acidente de trabalho.....	525
9.17 Absenteísmo e rotatividade: monitoramento e plano de ação.....	525
9.18 Atribuições e responsabilidades das equipes	526
9.19 Interface com finanças e com as coordenações assistenciais	527
9.20 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	528
9.21 Tratamento da não conformidade.....	529
9.22 Indicadores e monitoramento	530
9.23 Revisão, versão e governança do protocolo.....	531
9.24 Fluxograma	532

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	536
POP-RH-01 Recrutamento e seleção: transparência, impessoalidade e isonomia	537
POP-RH-02 Admissão, documentação e registro no conselho de classe	541
POP-RH-03 Integração institucional e adesão aos princípios do SUS	545
POP-RH-04 Elaboração, afixação e envio das escalas no prazo.....	549
POP-RH-05 Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala	553
POP-RH-06 Controle de ponto, jornada e horas extras	557
POP-RH-07 Contratação por RPA — hipóteses e vedações.....	561
POP-RH-08 Folha de pagamento, encargos e comprovação	565
POP-RH-09 Avaliação periódica de desempenho	569
POP-RH-10 Desligamento, rescisão e quitação de verbas.....	573
POP-RH-11 Apuração disciplinar e sindicância	577
POP-RH-12 Saúde ocupacional: PCMSO, PGR, CIPA e CAT	581
POP-RH-13 Monitoramento de absenteísmo e rotatividade	586
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	590

Protocolo 9. Gestão de Pessoas

9.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade organiza o ciclo do colaborador, do reconhecimento da necessidade de pessoal até o encerramento do vínculo, e como comprova, mês a mês, que esse ciclo se cumpriu. Ele alcança a seleção, a admissão, a integração, a alocação em escala, o controle da jornada, a folha e os seus encargos, o desenvolvimento e a avaliação, a saúde ocupacional, a apuração de conduta e o desligamento. Alcança também as contratações de natureza autônoma, nas hipóteses estritas em que o instrumento contratual as admite, e a repercussão de toda movimentação de pessoal no cadastro nacional do estabelecimento.

A finalidade é dupla, e as duas metades pesam igual. A primeira é assegurar que o posto esteja coberto por profissional habilitado, em escala conhecida e cumprida: é disso que depende a assistência, e é isso que o instrumento contratual cobra quando exige o cumprimento integral das escalas de trabalho. A segunda é assegurar que exista, para cada ato de pessoal, o documento que o comprova. Contratação sem dossiê, jornada sem registro e folha sem comprovante de recolhimento não são falhas administrativas menores: são a razão pela qual uma prestação de contas correta no mérito é devolvida na forma.

Duas premissas organizam o protocolo inteiro. A primeira é que a responsabilidade pela contratação, pela gestão e pela remuneração de todo o pessoal é integral e exclusiva da organização, que assume os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e sociais decorrentes — assim dispõem o item 12.4.1 do termo de referência e o item 3.29 do edital. A segunda é que a gestão de pessoas não é setor de retaguarda: ela alimenta a escala, o faturamento e a prestação de contas, e cada um desses três se desorganiza quando um dado de pessoal chega tarde. O protocolo descreve, por isso, não apenas o que a gestão de pessoas faz, mas o que ela entrega a quem depende dela.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de gestão de pessoas observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

9.2 Base normativa

O protocolo se apoia em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento convocatório, formado pelo edital e pelo termo de referência, que fixa obrigações próprias de gestão de pessoas com prazos, conteúdos e vedações expressas. A segunda é a da legislação trabalhista e previdenciária, que rege o vínculo celetista, os seus encargos e o seu encerramento. A terceira é a das normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho, que definem os programas obrigatórios e as suas evidências. A quarta é a da regulação profissional, que condiciona o exercício de cada função ao registro regular no respectivo conselho de classe.

Na camada do instrumento convocatório, o termo de referência dedica à matéria a seção 12.4, cujos dispositivos vão da responsabilidade integral pela contratação até a apresentação das convenções coletivas no ato da assinatura. É ali que estão as regras operacionais mais precisas do conjunto: o prazo de envio das escalas, a exigência de sobreaviso e de plano de contingência, a vedação da contratação autônoma para determinadas funções, o prazo de pagamento dos empregados celetistas e a implantação do controle biométrico de frequência. O edital acrescenta o conteúdo da comprovação: quais documentos ficam permanentemente disponíveis para auditoria e o que a relação analítica da folha deve conter.

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
TR, itens 12.4.1 e 12.4.5; Edital, item 3.29	Responsabilidade integral e exclusiva pela contratação, gestão e remuneração do pessoal, com todos os encargos, e adoção de critérios técnicos, objetivos e transparentes	9.1 e 9.3
TR, itens 9.18 e 12.4.30	Inexistência de dever de concurso público para a organização social e seleção de pessoal por critérios públicos, objetivos e impessoais, conforme regulamento próprio	9.3 e 9.5
TR, itens 12.4.7, 12.4.8 e 12.4.9	Comprovação de capacidade técnica, formação adequada à função e regularidade junto ao conselho de classe, e titulação compatível de responsável técnico, coordenadores, diaristas e plantonistas	9.6
TR, itens 12.4.6 e 12.12.24	Cadastramento de todos os profissionais no cadastro nacional e garantia dos itens condicionantes do credenciamento e da habilitação, entre eles carga horária, código de ocupação e equipamentos	9.6 e 9.19

Dispositivo	O que ele fixa	Seção
TR, item 12.4.14	Adesão formal de todos os colaboradores aos princípios e diretrizes do sistema público, especialmente universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social	9.7
TR, itens 12.4.10 e 12.35.1	Envio mensal das escalas completas até o primeiro dia do mês de referência, com nomes, cargos, serviços e horários, afixação em local visível ao público, e apresentação da escala executada assinada pela direção médica	9.8
TR, item 12.4.11	Cumprimento integral das escalas, com plano de contingência e profissionais de sobreaviso para cobertura de faltas, férias, licenças ou desligamentos	9.9
TR, itens 12.4.19 e 12.35.1; Edital, item 3.27, a	Controle biométrico de frequência implantado no prazo do instrumento, alcançando todos os profissionais lotados na unidade, com envio mensal dos registros e comprovação do pagamento das horas extras devidas	9.10
TR, item 12.4.13; Edital, item 3.27.1	Contratação por recibo de pagamento a autônomo apenas de forma excepcional e complementar, vedada para direção, coordenação, chefia e gestão administrativa, e vedação de cooperativa fornecedora de mão de obra	9.11
TR, itens 12.4.4, 12.26.1 e 12.26.5; Edital, item 6.15, V	Pagamento dos empregados celetistas até o quinto dia útil do mês subsequente e comprovação mensal da folha, dos encargos e da quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias	9.12
TR, itens 12.4.15 e 12.4.17	Ações de valorização dos colaboradores e programa periódico de avaliação de desempenho, com resultados apresentados semestralmente na prestação de contas	9.13
TR, itens 12.4.16, 12.4.23, 12.14.3, q, e 12.35.2	Política de segurança e saúde ocupacional com programa de controle médico, programa de riscos e comissão interna de prevenção de acidentes, equipamentos de proteção, dosimetria e laudo técnico de insalubridade	9.16
TR, item 12.4.18; Quadro 15, indicadores 21, 22 e 23	Educação permanente com plano anual apresentado em janeiro, e os três indicadores contratuais que medem treinamento, integração e rotatividade	9.7 e 9.22

Tabela 9.1 — Os dispositivos do instrumento convocatório conferidos no texto e a seção deste protocolo que cada um sustenta.

Uma precisão merece registro expresso, porque a sua omissão produziria citação frágil. O item 28 do termo de referência intitula-se sucessão trabalhista e fundo de reserva, e é o dispositivo que admite a sucessão em favor de nova organização social ao término do contrato de gestão e que obriga a constituição de fundo de reserva com rubrica contábil própria, cujas contingências conexas incluem, na alínea a do item 28.3.3, as despesas com verbas rescisórias trabalhistas decorrentes do encerramento do contrato. Ele não é, portanto, dispositivo que discipline a rescisão individual do contrato de trabalho: esta segue a legislação trabalhista, e é dela que decorrem as formalidades e os prazos tratados na seção do desligamento. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

9.3 Princípios: transparência, impessoalidade e isonomia

O regime de contratação adotado é o celetista, e o instrumento contratual o declara ao fixar, no item 12.4.4, o prazo de pagamento dos profissionais contratados sob esse regime. A consequência jurídica está expressa no item 9.18 do próprio termo de referência: os empregados das organizações sociais não são servidores públicos, e por isso não se lhes aplica a exigência de concurso público — mas a seleção de pessoal deve ser posta em prática por procedimento objetivo e impessoal. O item 12.4.30 traduz a mesma ideia em obrigação operacional: a seleção observará critérios públicos, objetivos e impessoais, conforme regulamento próprio da contratada.

Dizer que não há concurso público não afrouxa nada; ao contrário, desloca a garantia da forma para a demonstração. No concurso, a lisura decorre do rito legal. No processo seletivo próprio, ela decorre de o serviço conseguir mostrar, documento por documento, que o critério existia antes do candidato, que a mesma regra valeu para todos e que a decisão foi tomada por quem não tinha interesse no resultado. É por isso que este protocolo insiste em registro: o dossiê do certame é a única prova disponível quando a escolha é questionada meses depois.

A transparência se concretiza na divulgação prévia dos requisitos da função, das etapas, dos critérios de avaliação e da forma de classificação, na mesma via em que o resultado será publicado. A impessoalidade se concretiza na objetividade do critério e no tratamento do impedimento antes da avaliação, e não depois dela. A isonomia se concretiza na aplicação uniforme da regra a todos os inscritos, com a exceção sempre motivada por escrito. Os três princípios são também o objeto do item C.2.6, inciso I, do anexo de critérios de pontuação, que avalia o regulamento institucional de recrutamento e seleção exatamente por assegurar transparência, impessoalidade e isonomia nos processos seletivos.

Há ainda um princípio que atravessa todo o protocolo e que não se confunde com os três: o da responsabilidade por função. As atribuições, as decisões e os registros deste documento são atribuídos a funções — coordenação de área, gestão de pessoas, responsável técnico, direção médica, responsável pelo cadastro —, e não a pessoas. A exceção é a escala, que é nominal porque o instrumento contratual a exige nominal, com nomes, cargos, serviços e horários de plantão. Fora dela, o protocolo descreve papéis, para sobreviver a qualquer mudança de equipe sem perder validade.

9.4 O ciclo do colaborador, da seleção ao desligamento

O ciclo tem sete etapas, cada uma com função responsável declarada e com evidência própria. Descrevê-lo inteiro não é excesso: a maior parte das falhas que aparecem na escala e na prestação de contas foi decidida antes, numa etapa anterior, e quase sempre numa passagem entre setores. É nas passagens que a informação se perde, e por isso cada transição exige registro — sem ele, a apuração de um atraso vira discussão entre áreas, e não correção de processo.

O reconhecimento da necessidade responde à coordenação da área, ocorre quando a vaga se abre ou o posto fica descoberto, e deixa como evidência a formalização escrita com a função e a justificativa. A seleção responde à gestão de pessoas, corre pelo regulamento próprio e deixa o

dossiê do certame, com a divulgação, a pontuação por critério e o resultado publicado. A admissão responde ao setor de pessoal, ocorre antes da primeira escala e deixa o dossiê funcional, o contrato de trabalho anotado, a comprovação de formação e de conselho e o registro cadastral. A integração responde à gestão de pessoas com o núcleo de educação permanente, ocorre antes do primeiro plantão e deixa a lista de presença e o termo de adesão assinado.

A alocação e a jornada respondem à coordenação da área com a gestão da escala, atravessam todo o vínculo e deixam a escala prevista enviada no prazo, a escala executada assinada e os registros de frequência. A remuneração responde ao setor de pessoal com o financeiro, fecha-se por competência e deixa a folha, os encargos recolhidos e os comprovantes que integram a prestação de contas. O desenvolvimento e a saúde ocupacional respondem à gestão de pessoas com a saúde ocupacional, acompanham o vínculo inteiro e deixam os planos de capacitação, os resultados da avaliação e os atestados de saúde ocupacional. O desligamento responde ao setor de pessoal, ocorre na data de efeito e deixa o termo de rescisão, os comprovantes de quitação e a baixa cadastral.

A etapa cuja falha se propaga para mais longe é a admissão, e por uma razão pouco intuitiva: ela é a que alimenta o cadastro nacional do estabelecimento. Admissão, desligamento e alteração de carga horária repercutem diretamente na habilitação da unidade e, por consequência, no que ela pode apresentar como produção. Um dado de pessoal que chega tarde ao cadastro não produz efeito na gestão de pessoas: produz rejeição de conta na competência seguinte, em outro setor, que não tem como corrigir a causa.

9.5 Recrutamento e seleção

O recrutamento começa na formalização escrita da necessidade pela coordenação da área, com a função pretendida, os requisitos que ela exige e a justificativa. Essa formalização não é burocracia interna: é o documento que permite conferir se a função consta do organograma aprovado e do plano de cargos, carreiras e salários da instituição — peças que o próprio instrumento contratual exige, o organograma no item 12.4.2, com anuência expressa da secretaria, e o plano de cargos no item 12.35.18, apresentado no ato da assinatura do contrato de gestão.

A seleção corre pelo regulamento próprio de recrutamento e seleção da instituição, que é documento de item específico da proposta e permanece lá, aqui apenas referenciado. O que este protocolo estabelece é a sua execução: requisitos, etapas, critérios de avaliação e forma de classificação definidos e divulgados antes da abertura; inscrições registradas e indeferimentos motivados por escrito; banca constituída com declaração de ausência de impedimento; pontuação registrada critério a critério; e resultado publicado na mesma via em que o certame foi divulgado. A convocação segue a ordem de classificação, e qualquer convocação fora dela é motivada por escrito e arquivada.

Os requisitos de habilitação profissional não são construídos pelo serviço: vêm do instrumento contratual e da regulação de cada categoria. O item 12.4.9 exige que todos os profissionais contratados comprovem capacidade técnica, formação adequada às funções exercidas e regularidade junto aos respectivos conselhos de classe. O item 12.4.7 exige, para os serviços

médicos, graduação em instituição reconhecida e registro ativo e regular junto ao conselho. O item 12.4.8 exige titulação compatível com a área de atuação para responsável técnico, coordenadores de serviço, diaristas e plantonistas, admitindo residência médica, pós-graduação concluída ou experiência comprovada na especialidade pertinente. Esses requisitos entram na divulgação do certame porque são condição da função, e não preferência do avaliador.

Duas vedações delimitam o campo. A contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra é vedada pelo item 3.27.1 do edital e, quanto às atividades assistenciais e médicas, pelo item 12.3.3 do termo de referência. E a contratação por recibo de pagamento a autônomo não substitui o processo seletivo nas hipóteses em que a atividade é contínua ou corresponde a posto permanente de escala, matéria de que trata a seção própria adiante. A urgência de cobrir um posto não dispensa o procedimento objetivo: a cobertura imediata corre pela via da contingência, e a reposição corre pela via da seleção, em paralelo.

9.6 Admissão, documentação e comprovação de registro no conselho de classe

A admissão é o ato que transforma o classificado em colaborador, e o protocolo a trata como conferência antes de ser como formalização. Três comprovações precedem tudo o mais, na redação do item 12.4.9: capacidade técnica, formação adequada às funções exercidas e regularidade junto aos respectivos conselhos de classe. A regularidade é conferida na fonte do próprio conselho, com registro da data da consulta e da validade encontrada — a carteira profissional apresentada pelo candidato é indício, e não prova atual da situação do registro.

O registro no conselho tem validade, e essa validade vence durante o vínculo. Registro vencido produz o mesmo efeito de registro ausente: exposição da unidade e, no plano do faturamento, procedimento apresentado por profissional cuja situação não sustenta a apresentação. Por isso o acompanhamento da validade é rotina periódica definida pelo serviço, com a finalidade declarada de garantir que a atuação profissional permaneça regular durante todo o vínculo, e não apenas no dia da contratação.

A formalização reúne o contrato de trabalho, a anotação na carteira de trabalho e previdência social — cujo comprovante o item 3.27, alínea c, do edital arrola entre os documentos permanentemente disponíveis para auditoria —, o exame médico admissional conforme o risco da função e a entrega dos equipamentos de proteção individual, com registro do recebimento. Quando a função exigir titulação específica, a comprovação é juntada ao dossiê funcional antes da entrada em escala, e não depois: é o que permite responder, a qualquer tempo, à conferência da titulação exigida pelo item 12.4.8.

A admissão encerra em três lançamentos que costumam ser tratados como acessórios e não são. O primeiro é a inclusão no cadastro nacional do estabelecimento, com o código brasileiro de ocupação e a carga horária correspondentes ao que efetivamente se contratou — o item 12.4.6 exige que todos os profissionais atuantes estejam regularmente cadastrados, e o item 12.12.24 nomeia carga horária, código de ocupação e equipamentos entre os itens condicionantes do correto credenciamento e habilitação dos serviços. O segundo é a inclusão no sistema de controle de frequência. O terceiro é a inclusão na relação nominal dos profissionais alocados, com formações e titulações, que o item 12.4.20 manda apresentar e manter atualizada mensalmente junto à comissão de acompanhamento dos contratos de gestão.

9.7 Integração institucional e adesão formal aos princípios do sistema público

A integração é a etapa que separa a contratação da entrada em serviço. Ela apresenta a instituição, a unidade, o posto e os seus riscos, e transmite o que o colaborador precisa saber antes do primeiro plantão: as rotinas de segurança do paciente, o controle de infecção, os fluxos assistenciais da área, as regras de escala, de ponto e de comunicação. É também nela que se cumpre uma exigência expressa do instrumento contratual, e que não admite substituto: a adesão formal de todos os colaboradores aos princípios e diretrizes do sistema público de saúde.

O item 12.4.14 nomeia esses princípios: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. A palavra que organiza a obrigação é formal. Não se trata de mencioná-los numa apresentação, e sim de colher a adesão em termo assinado, arquivado no dossiê funcional. A razão é simples: adesão formal é aquilo que se demonstra documentalmente, e a diferença entre ter falado do assunto e ter o termo assinado é exatamente a diferença entre cumprir e afirmar que se cumpriu.

A integração tem indicador contratual próprio. O indicador 22 do Quadro 15 mede o número de profissionais que realizaram integração no mês sobre o número de profissionais novos admitidos no mês, multiplicado por cem, com meta igual ou superior a setenta por cento; o resultado publicado no instrumento é de cento e nove vírgula um por cento. Como numerador e denominador pertencem à mesma competência, integração realizada depois não recompõe o mês em que a admissão ocorreu. Daí a regra prática que o protocolo adota: a turma se programa a partir das admissões, e quando o calendário não alcançar o colaborador antes do primeiro plantão, realiza-se o módulo essencial de segurança e rotina, agendando o restante e registrando a pendência.

A integração abre, e não encerra, a trilha formativa. O item 12.4.18 determina assegurar a educação permanente dos profissionais nos termos da política nacional, apresentando anualmente, no mês de janeiro, o plano anual de educação permanente da unidade à secretaria; o item 12.4.22 acrescenta a capacitação continuada quanto ao uso de equipamentos, processos e procedimentos assistenciais; e o item 12.14.3 arrola o núcleo de educação permanente entre as instâncias obrigatórias. O indicador 21 do Quadro 15 mede o total de horas de treinamento sobre o número de pessoal ativo no período, com meta de uma hora e meia por pessoa treinada ao mês e resultado publicado de duas vírgula nove. A integração alimenta esse conjunto, encaminhando o novo colaborador ao plano conforme a categoria profissional e a área de lotação.

9.8 Escalas: elaboração, afixação e envio no prazo

A escala é o documento mais cobrado deste protocolo, e o único cujo prazo tem data certa no instrumento contratual. O item 12.4.10 determina encaminhar mensalmente à secretaria, até o primeiro dia do mês de referência, as escalas completas de todos os profissionais da unidade, contendo nomes, cargos, serviços e horários de plantão, devendo tais escalas também ser afixadas em local visível ao público. Três exigências, portanto, e não uma: completude, prazo e publicidade. Escala enviada no prazo mas de parte dos serviços cumpre um terço da obrigação; escala completa enviada depois do primeiro dia cumpre outro terço.

Há uma segunda escala, e confundi-las é a falha mais comum. O item 12.35.1 exige apresentar as escalas executadas no mês, assinadas pela direção médica da unidade, em formato portátil e em planilha, conforme modelo aprovado pela Comissão de Fiscalização. A escala prevista declara o que se planejou e circula antes do mês; a escala executada declara o que aconteceu e circula depois dele, com as substituições e as coberturas identificadas. Uma não substitui a outra: a prevista não prova o que ocorreu, e a executada não cumpre o prazo do primeiro dia.

A montagem começa nas coordenações das áreas, que enviam a previsão no modelo consolidado pela gestão de pessoas. A consolidação confronta a previsão com a relação nominal dos profissionais alocados e com o cadastro do estabelecimento, porque escala que designa profissional não cadastrado ou com ocupação divergente antecipa um problema que aparecerá no faturamento. Identificado posto sem profissional designado, aciona-se a cobertura antes do envio, e não depois: a escala completa é condição do envio, não consequência dele. A unidade organiza o seu fechamento de modo a dispor de tempo para tratar pendência antes do primeiro dia do mês, sem que disso decorra a instituição de um prazo interno paralelo ao prazo do instrumento.

A escala é, por determinação da fonte, documento nominal — e é a única exceção ao princípio de responsabilidade por função que este protocolo adota. Isso tem uma consequência de proteção de dados que merece registro: a escala afixada em local visível ao público traz nome, cargo, serviço e horário porque o instrumento assim o exige, e o seu conteúdo se limita ao que a exigência determina. Dado pessoal que não integre a exigência não entra na peça afixada, e o tratamento observa a legislação de proteção de dados pessoais.

9.9 Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala

O item 12.4.11 do termo de referência é curto e exigente: a contratada deverá assegurar o cumprimento integral das escalas de trabalho, mantendo plano de contingência e profissionais de sobreaviso para cobertura de ausências decorrentes de faltas, férias, licenças ou desligamentos. A obrigação é de resultado — escala cumprida — e nomeia dois instrumentos: o sobreaviso e o plano de contingência. O protocolo acrescenta apenas o que a execução exige: distinguir os horizontes da ausência, porque tratá-los com o mesmo instrumento é o que transforma ausência previsível em urgência.

A ausência programada — férias, licença prevista, desligamento com aviso — é conhecida antes do fechamento da escala e resolve-se dentro dela, com o substituto já designado na própria previsão do mês. Quando isso não acontece, o que era planejamento vira acionamento de emergência, e o custo assistencial e financeiro da cobertura sobe sem que nada de imprevisto tenha ocorrido. A ausência comunicada com pouca antecedência aciona o profissional de sobreaviso da mesma qualificação exigida pelo posto, com registro da hora do chamado, do aceite e do início da cobertura. A ausência não comunicada aciona o plano de contingência da área, com comunicação à coordenação e à direção técnica.

A qualificação importa tanto quanto a presença. O posto exige o profissional que a função descreve, e cobri-lo com qualificação diversa não cumpre a escala: apenas ocupa o lugar. Por isso a relação de sobreaviso é organizada por qualificação, e não apenas por área, e é mantida atualizada, com a finalidade declarada de permitir o acionamento correto no momento em que

ele é necessário. Quando o profissional de sobreaviso da qualificação exigida não estiver disponível no momento, aciona-se o plano de contingência, que prevê a reorganização interna da área e o acionamento de outras fontes de cobertura.

Toda substituição é registrada na escala executada, com a identificação de quem cobriu o posto e o motivo da ausência. Esse registro tem duas funções: comprova a cobertura na prestação de contas e alimenta a leitura do absenteísmo. Ausência que se repete no mesmo posto ou com o mesmo colaborador deixa de ser caso isolado e passa a ser objeto de análise de causa com a coordenação da área e a saúde ocupacional — porque ausência concentrada em um posto costuma dizer mais sobre a condição de trabalho do posto do que sobre quem o ocupa.

9.10 Jornada, controle de ponto e horas extras

O controle da jornada tem base contratual expressa e alcance amplo. O item 12.4.19 determina implantar, no prazo máximo de trinta dias contados do início da execução contratual, sistema de controle biométrico de frequência, mantendo o registro e o acompanhamento da jornada de trabalho de todos os profissionais lotados na unidade, independentemente do vínculo jurídico mantido, com aferição regular e alimentação do sistema informatizado de gestão. O Quadro 14, que relaciona as atividades de implantação dos dois primeiros meses do contrato, reitera a exigência ao arrolar o sistema informatizado de gestão de recursos humanos e o controle eletrônico e ponto biométrico conforme determinação do tribunal regional do trabalho.

A expressão que define o alcance é independentemente do vínculo jurídico mantido. Ela afasta a leitura de que o registro se restringiria aos empregados celetistas e obriga a que a jornada de todos os que atuam na unidade seja registrada e acompanhada. É uma exigência de rastreabilidade, e é também o que permite conciliar, ao fim do período, o que a escala previu, o que a escala executada declarou e o que o registro de frequência documenta. A conciliação entre essas três fontes é o núcleo desta seção.

A apuração confronta os registros com a escala executada do período e identifica três espécies de inconsistência. A marcação ausente ou incompleta, que decorre de falha no registro ou no equipamento no momento e se trata com justificativa escrita da coordenação da área, colhida antes do fechamento da apuração. A marcação incompatível com o posto previsto, que decorre de troca não registrada na escala e se trata corrigindo a escala executada e registrando o motivo. E a jornada realizada além da prevista, cuja natureza é apurada antes de qualquer lançamento. Tratar inconsistência apenas no fechamento produz ajuste sem lastro, e ajuste sem lastro é exatamente o que a fiscalização procura.

A jornada excedente repercute na remuneração, e o edital fecha o circuito da comprovação: o item 3.27, alínea a, arrola entre os documentos permanentemente disponíveis para auditoria o comprovante de pagamento de salários aos empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários. Os adicionais decorrentes da condição do posto — noturno, insalubridade e demais previstos na legislação trabalhista — apoiam-se no laudo técnico de insalubridade que o item 12.35.2 manda apresentar no prazo de trinta dias, contemplando a identificação das atividades e ambientes insalubres e a caracterização dos adicionais devidos. E o item 12.35.1 determina que os registros

de frequência sejam enviados mensalmente à Comissão de Fiscalização e permaneçam arquivados e disponíveis para fins de fiscalização pelos órgãos de controle.

9.11 Contratação autônoma: hipóteses excepcionais e vedações

O item 12.4.13 do termo de referência admite a contratação de profissionais por meio de recibo de pagamento a autônomo de forma excepcional e complementar, restrita a atividades específicas, eventuais ou de natureza não contínua, especialmente para atendimento de demandas pontuais ou especializadas, ficando vedada a contratação por essa via para funções de direção, coordenação, chefia e gestão administrativa. O dispositivo tem duas metades, e a segunda é a que este protocolo redige primeiro: a vedação é expressa, alcança quatro espécies de função e antecede qualquer análise de mérito da demanda.

A vedação se aplica pela natureza da função, e não pela denominação que se lhe dê. Função que dirige, que coordena serviço, que chefia equipe ou que responde por gestão administrativa está fora da hipótese, ainda que a contratação se apresente como temporária, como projeto ou como consultoria. Reclassificar a função para caber na hipótese é conduta que a fiscalização identifica com facilidade, porque o organograma aprovado e a escala mostram o que a pessoa efetivamente faz. Nessas situações, a via correta é o processo seletivo, ainda que a necessidade seja urgente.

A primeira metade do dispositivo também tem teste próprio. Excepcional e complementar são qualificadores que se demonstram: excepcional é o que foge à rotina do serviço, e complementar é o que se soma à estrutura existente sem substituí-la. Demanda que corresponde a posto permanente de escala, ou que se repete com o mesmo objeto e a mesma periodicidade, deixa de ser eventual ainda que cada recibo, isoladamente, pareça pontual. Por isso a análise verifica o histórico de contratações com o mesmo objeto antes de formalizar a nova, e a justificativa escrita da excepcionalidade precede a contratação — justificativa produzida depois documenta, mas não demonstra.

Duas outras vedações delimitam o mesmo campo. O item 3.27.1 do edital veda a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra, e o item 12.3.3 do termo de referência veda a contratação de cooperativas de trabalho cujo objeto caracterize intermediação ou fornecimento de mão de obra, especialmente nas atividades assistenciais e médicas. Quanto à comprovação, o item 12.35.1 determina enviar mensalmente, juntamente com as notas fiscais de serviços médicos e assistenciais, a relação de profissionais com os valores recebidos por cada um deles, visando garantir a rastreabilidade dos recursos públicos — de modo que a contratação autônoma regular é, por definição, a que aparece individualizada nessa relação.

9.12 Folha de pagamento, encargos e comprovação

A folha se fecha contra três fontes, e não contra uma. A frequência apurada diz quem trabalhou e quanto; a escala executada diz onde cada um esteve e quem cobriu posto; a relação nominal dos profissionais alocados no mês, a mesma que o item 12.4.20 manda manter atualizada junto à comissão de acompanhamento, diz quem estava vinculado à unidade na competência. Divergência entre as três é apurada antes do fechamento, porque depois ela reaparece como

inconsistência na prestação de contas — e ali o custo de explicá-la é sempre maior do que o de corrigi-la na origem.

O prazo de pagamento é do instrumento. O item 12.4.4 determina que o pagamento dos profissionais contratados sob regime celetista seja realizado até o quinto dia útil do mês subsequente, respeitada a legislação vigente, e que os prestadores pessoas jurídicas que atuem diretamente nas atividades assistenciais sejam tratados como prioridade absoluta, com pagamento no prazo máximo de quarenta e oito horas após o repasse financeiro efetuado pela secretaria. O item 13.3 do edital dá a medida da gravidade: o não pagamento do salário, do vale-transporte e do auxílio-alimentação no dia fixado, e o não recolhimento do fundo de garantia e das contribuições sociais da previdência, configuram falta grave.

A comprovação tem conteúdo determinado e não admite montagem improvisada. O item 6.15, inciso V, do edital exige, com a prestação de contas mensal, relação analítica da folha de pagamento e dos encargos incidentes, contendo a identificação dos profissionais vinculados à execução do objeto, função, setor de lotação, carga horária, competência, valores pagos, encargos sociais, benefícios, retenções legais e comprovantes de recolhimento do fundo de garantia, da previdência, do imposto de renda retido e demais obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais pertinentes. O item 12.26.1 arrola o demonstrativo de folha de pagamento entre os documentos da prestação de contas mensal, apresentada até o décimo dia do mês subsequente, e o item 12.26.5 acrescenta as apólices de seguro contra acidentes e acidentes de trabalho e os comprovantes de quitação das obrigações relativas aos empregados que prestam ou prestaram serviços. Montar esse conjunto ao longo da competência custa menos do que reconstituí-lo no dia do envio.

Três condicionantes acompanham a folha. A política remuneratória observa valores compatíveis com os praticados no mercado e os pisos salariais legais e normativos de cada categoria, na forma do item 12.4.12, e apoia-se no plano de cargos, carreiras e salários que o item 12.35.18 manda apresentar no ato da assinatura, com dimensionamentos, valores detalhados e projeções de dissídio, férias, décimo terceiro e encargos. As convenções ou acordos coletivos aplicáveis são apresentados no ato da assinatura do contrato de gestão, conforme o item 12.4.31. E a regularidade fiscal e trabalhista é mantida: o item 3.28 do edital obriga a reapresentar as certidões sempre que expirados os prazos de validade, e o item 12.4.27 do termo de referência autoriza a retenção de valores das parcelas vincendas quando constatado débito trabalhista ou previdenciário que implique risco de responsabilização subsidiária do Município.

9.13 Avaliação periódica de desempenho

O item 12.4.17 determina instituir programa periódico de avaliação de desempenho dos colaboradores, apresentando seus resultados semestralmente nos relatórios de prestação de contas. A obrigação tem, portanto, duas faces: a existência do programa e a apresentação periódica dos seus resultados a quem fiscaliza. O anexo de critérios de pontuação reforça a mesma direção ao exigir, no item C.2.6, inciso II, uma política de recursos humanos que contemple gestão de desempenho, gestão do trabalho, saúde do trabalhador e prevenção de acidentes, com diretrizes claras de avaliação periódica e desenvolvimento de competências.

O programa opera por ciclos. Cada ciclo abre com a divulgação dos critérios por função, antes do início do período avaliado, e com a indicação das evidências que sustentarão cada critério. Critério conhecido apenas no momento da nota não orienta comportamento algum: avalia sem ter permitido melhorar. A avaliação é feita pela chefia imediata, com evidências registradas por critério, e o resultado é devolvido ao avaliado — avaliação sem devolutiva produz registro, e não produz melhoria. Quando o instrumento adotado pelo serviço previr autoavaliação, ela integra o ciclo.

O resultado tem dois destinos possíveis, e é essa bifurcação que dá utilidade ao programa. Lacuna de competência identificada gera plano de desenvolvimento individual e pauta encaminhada à educação permanente, articulando a avaliação com o que o item 12.4.18 exige quanto à formação e com o que o item 12.4.15 exige quanto às ações de valorização, que abrangem desenvolvimento profissional, integração, capacitação, promoção e melhoria contínua das condições de trabalho. Desempenho satisfatório alimenta os critérios objetivos de progressão funcional previstos no plano de cargos e salários.

Uma distinção precisa ficar expressa, porque a sua ausência corrompe os dois instrumentos. Avaliação de desempenho não é procedimento disciplinar. Ela mede o exercício da função ao longo de um período e alimenta desenvolvimento; a apuração de conduta corre em procedimento próprio, com delimitação do fato, contraditório e decisão fundamentada, na forma da seção seguinte. Usar a avaliação como sanção faz a avaliação perder a franqueza que a torna útil e faz a apuração perder o rito que a torna sustentável. Quando um ciclo revela indício de conduta que exija apuração, o que se faz é abrir o procedimento próprio, e não converter a nota em medida.

9.14 Desligamento, rescisão e quitação de verbas

O desligamento encerra o vínculo e abre, no mesmo dia, três frentes que costumam ser tratadas em momentos diferentes — e é essa dispersão que produz a maior parte dos problemas que aparecem depois. A primeira é a escala: o posto pode ficar descoberto imediatamente, e a cobertura corre pela via da contingência enquanto a reposição corre pela via da seleção. A segunda é o cadastro: profissional desligado que permanece no cadastro nacional do estabelecimento produz habilitação inconsistente, e a consequência aparece como rejeição de conta na competência seguinte, em outro setor. A terceira é a comprovação: os comprovantes de quitação das obrigações alcançam, na redação do item 12.26.5, os empregados que prestam ou prestaram serviços no âmbito do contrato de gestão.

O regime é celetista, e são a Consolidação das Leis do Trabalho e a legislação previdenciária que fixam as formalidades e os prazos da rescisão: aviso, apuração das verbas, prazo de quitação, guias e documentos de desligamento. O instrumento contratual não cria rito próprio para a rescisão individual, e o protocolo não inventa nenhum: o que ele organiza é a sequência interna que garante que nada fique pendente — comunicação simultânea ao setor de pessoal, à coordenação da área e à gestão da escala; exame médico demissional; devolução de crachá, equipamentos, materiais e chaves, com registro; revogação dos perfis de acesso aos sistemas na data de efeito; apuração das parcelas variáveis da competência; quitação; e baixa cadastral.

A revogação de acesso merece nota própria. Perfil ativo depois da data de efeito é risco em duas frentes: permite registro em prontuário por quem já não integra a equipe e configura tratamento de dados pessoais sensíveis sem base que o sustente, matéria da legislação de proteção de dados. A revogação é registrada com data e hora, e o registro compõe a documentação do desligamento — não porque este protocolo institua um controle adicional, mas porque é o único modo de demonstrar que a revogação ocorreu quando devia.

Cabe aqui a precisão já anunciada na base normativa. O item 28 do termo de referência trata da sucessão trabalhista e do fundo de reserva: admite expressamente a sucessão em favor de nova organização social ao término do contrato de gestão, limitada aos contratos de trabalho vinculados às atividades finalísticas, e obriga a constituição de fundo de reserva com rubrica contábil própria, entre cujas contingências conexas figuram, na alínea a do item 28.3.3, as despesas com verbas rescisórias trabalhistas decorrentes do encerramento do contrato. É dispositivo de encerramento contratual, e não de rescisão individual. Por fim, o motivo de cada desligamento é registrado, porque é ele que transforma a taxa de rotatividade em causa tratável, na forma da seção de monitoramento.

9.15 Apuração disciplinar e sindicância

A apuração de conduta é o procedimento pelo qual a instituição verifica fato que possa ensejar responsabilização, decide de forma fundamentada e registra o que decidiu. O fundamento institucional está no anexo de critérios de pontuação, item C.2.5, que exige canais institucionais de comunicação com mecanismo para recebimento de denúncias, inclusive de forma anônima, e mecanismos efetivos de controle, monitoramento e responsabilização. O item 12.35.17 do termo de referência reforça a mesma estrutura ao obrigar a manter programa de integridade nos termos da Lei Estadual n.º 7.753/2017, consistente em mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades, com aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta.

O rito adotado tem quatro momentos. O primeiro é o juízo de admissibilidade, escrito, que delimita o fato, o período e as funções envolvidas antes de qualquer oitiva — sem delimitação, a apuração se dilata e perde objeto. O segundo é a instauração com ciência ao envolvido e abertura de prazo de defesa. O terceiro é a instrução: oitivas, documentos e análise da defesa, encerrada em relatório conclusivo que indica os elementos que sustentam a conclusão. O quarto é a decisão fundamentada, que aplica medida proporcional quando a conduta se confirma e arquiva com motivação quando não se confirma. Arquivamento sem decisão motivada não encerra nada: apenas interrompe.

O contraditório e a ampla defesa não são exigência que este protocolo institua por conta própria: são o método que o próprio instrumento convocatório adota. Os itens 13.4 e 13.5 do edital, ao disciplinarem a aplicação de penalidades pela contratante à organização, asseguram expressamente a ampla defesa e o contraditório e fixam prazo de defesa contado do recebimento da notificação. Aquele dispositivo rege a relação entre a contratante e a organização, e não a relação interna com o colaborador; o que este protocolo faz é adotar o mesmo método na apuração interna, por ser o método que o instrumento reconhece e por ser aquele que sustenta a decisão quando ela é questionada.

Duas cautelas encerram a seção. A primeira é a separação das vias: fato com conteúdo assistencial ou ético-profissional é encaminhado à comissão de ética competente — a comissão de ética médica e a comissão de ética de enfermagem figuram entre as instâncias obrigatórias do item 12.14.3 —, sem prejuízo da apuração administrativa, que corre em paralelo e com objeto próprio. A segunda é a preservação da identidade de quem comunicou, quando o canal admite a comunicação anônima, sem a qual o canal existe no papel e não na prática. E há um desdobramento que a apuração não deve perder de vista: o achado que revela falha de processo, e não apenas conduta individual, é encaminhado à instância de integridade, porque punir sem corrigir o processo garante a repetição.

9.16 Saúde ocupacional e acidente de trabalho

O item 12.4.16 do termo de referência determina implantar e manter Política de Segurança e Saúde Ocupacional, incluindo, no mínimo, o programa de controle médico de saúde ocupacional, o programa de prevenção de riscos ambientais ou instrumento que o substitua, a comissão interna de prevenção de acidentes e demais programas exigidos pela legislação vigente. A expressão ou instrumento que o substitua é deliberada e importa: o programa de prevenção de riscos ambientais foi substituído, na norma regulamentadora de disposições gerais, pelo programa de gerenciamento de riscos, com o seu inventário de riscos e o respectivo plano de ação. O que o instrumento contratual exige, portanto, é o programa vigente que ocupa aquele lugar, e é ele que o serviço mantém.

A comissão interna de prevenção de acidentes tem dupla base: o próprio item 12.4.16 e o item 12.14.3, alínea q, que a arrola entre as instâncias obrigatórias que a unidade mantém conforme a legislação e a regulamentação vigentes. O item 12.14.4 acrescenta que cada comissão tenha profissional de saúde de nível superior como responsável técnico, e o item 12.14.5 assegura infraestrutura para o seu funcionamento. A comissão não é órgão decorativo do organograma: é quem investiga a causa das ocorrências e devolve o achado ao inventário de riscos, fechando o ciclo entre o que aconteceu e o que muda em consequência.

A proteção do trabalhador tem dispositivos próprios. O item 12.4.23 determina fornecer equipamentos de proteção individual e coletiva e adotar protocolos de segurança para riscos biológicos e ambientais, incluindo dosimetria para profissionais expostos à radiação ionizante, conforme normas sanitárias e do trabalho. O item 12.35.2 determina apresentar, no prazo de trinta dias, laudo técnico de insalubridade elaborado por profissional legalmente habilitado, contemplando a identificação das atividades e ambientes insalubres e a caracterização dos adicionais devidos. O item 12.4.24 determina fornecer alimentação diária aos profissionais plantonistas e disponibilizar local adequado para descanso. E a norma regulamentadora específica dos serviços de saúde acrescenta exigências de risco biológico que se somam às gerais.

Uma distinção fecha a seção, e ela é do mesmo gênero da que já se fez quanto ao item 28. A comunicação do acidente de trabalho não decorre do instrumento contratual: decorre do artigo 22 da Lei n.º 8.213, de 1991, que fixa o dever de comunicar o acidente à previdência social e o prazo em que isso se faz. É mínimo legal, e por isso é devida independentemente de previsão contratual — o que o instrumento acrescenta, no item 12.26.5, é a apresentação mensal das

apólices de seguro contra acidentes e acidentes de trabalho entre os documentos da comprovação. A consequência prática é que a comunicação se emite pelo prazo da lei previdenciária, e não pelo calendário da prestação de contas. Exame que aponta restrição ou inaptidão para a função, por sua vez, produz readequação da atividade com a coordenação da área, acompanhada e registrada: atestado arquivado sem tratamento da restrição é registro sem consequência.

9.17 Absenteísmo e rotatividade: monitoramento e plano de ação

Rotatividade e absenteísmo medem coisas diferentes e têm estatutos normativos diferentes, e confundi-los produz relatório que não orienta decisão. A taxa de rotatividade de recursos humanos é indicador contratual: consta do Quadro 15 sob o número 23, com fórmula fixada — soma de admissões e desligamentos dividida por dois, multiplicada por cem e dividida pelo número de empregados ativos no cadastro da instituição — e meta inferior a dois por cento, com resultado publicado de um vírgula quatro por cento. Fórmula e meta vêm da fonte e não se adaptam: apurar por método próprio para melhorar o resultado apresentado é impropriedade verificável.

O absenteísmo, por sua vez, é acompanhado como indicador interno ao serviço. O instrumento contratual não fixa indicador de absenteísmo para a unidade hospitalar; o que ele fixa, no item 12.4.11, é a obrigação de assegurar o cumprimento integral das escalas com plano de contingência e sobreaviso — obrigação que o absenteísmo compromete diretamente. Registre-se, para precisão, que o Quadro 03 do termo de referência, que relaciona tipos de ocorrência aplicáveis às atividades contratadas de tecnologia da informação, arrola entre elas a de não providenciar substituição tempestiva de ausências de postos de serviço por absenteísmo, medida por dia de ausência e por posto. Aquele quadro rege aquele objeto contratado; o que este protocolo faz é acompanhar o absenteísmo como indicador interno explicativo da escala, com a finalidade declarada de sustentar o cumprimento integral que o item 12.4.11 exige.

A leitura é o que transforma o número em ação. Rotatividade lida como percentual agregado informa pouco; lida por setor, por função e por motivo do desligamento, ela aponta onde agir — e o motivo só existe na série porque foi registrado no momento do desligamento. Absenteísmo lido por total informa menos ainda; lido por posto, por período e por motivo declarado, ele revela concentração e reiteração. Ausência concentrada em um posto costuma dizer respeito à condição de trabalho daquele posto, e por isso a análise começa pela coordenação da área e pela saúde ocupacional, antes de qualquer medida dirigida a indivíduos.

Do achado decorre o plano de ação, com responsável declarado por função, causa nomeada e desfecho registrado. As providências típicas são de naturezas distintas e não se substituem: revisão da distribuição de postos e de folgas quando a concentração é de escala; encaminhamento à saúde ocupacional quando o padrão sugere adoecimento relacionado ao trabalho; ações de valorização, na forma do item 12.4.15, quando o motivo dos desligamentos aponta condições de trabalho e desenvolvimento; e revisão do próprio processo seletivo quando a saída se concentra nos primeiros meses de vínculo, sinal de que o requisito divulgado e a realidade do posto não coincidiram.

9.18 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação de funções adotada pelo serviço: quem monta a escala não é quem apura a frequência; quem apura a frequência não é quem fecha a folha; quem conduz a apuração disciplinar não é a chefia imediata que reportou o fato. Essa separação não desconfia de ninguém — apenas reconhece que o olhar de quem não produziu o dado é o controle mais barato e mais eficaz contra o erro involuntário.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção administrativa	Responde pela política de pessoal adotada, valida o organograma detalhado submetido à secretaria e responde pela comprovação de pessoal na prestação de contas
Coordenação da gestão de pessoas	Conduz o processo seletivo, a admissão, a integração, a avaliação de desempenho e o desligamento, e consolida a escala, os indicadores e o conjunto documental do mês
Coordenação da área assistencial ou administrativa	Formaliza a necessidade de pessoal, elabora a previsão de escala da área, aciona o sobreaviso e a contingência e justifica por escrito a inconsistência de frequência
Direção médica	Assina a escala executada do mês e responde pela adequação entre a escala praticada e a necessidade assistencial da unidade
Setor de pessoal	Formaliza contratos e rescisões, apura a frequência, processa a folha, recolhe encargos e reúne os comprovantes exigidos na prestação de contas
Responsável pelo cadastro do estabelecimento	Reflete admissão, desligamento e alteração de carga horária ou de ocupação no cadastro nacional, e confere periodicamente o cadastro contra a folha e a escala
Saúde ocupacional	Conduz os exames do programa de controle médico, emite a comunicação de acidente no prazo legal e acompanha a readequação decorrente de restrição
Comissão interna de prevenção de acidentes	Investiga a causa das ocorrências, propõe medidas e devolve o achado ao inventário de riscos e ao plano de ação
Núcleo de educação permanente	Recebe as pautas decorrentes da integração e da avaliação de desempenho e executa o plano anual apresentado à secretaria

Tabela 9.2 — As nove funções que respondem pela gestão de pessoas e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de incluir em escala profissional cuja regularidade no conselho de classe não tenha sido conferida; a formalização de contratação autônoma para função de direção, coordenação, chefia ou gestão administrativa, que é expressamente vedada; o ajuste de marcação de frequência sem justificativa escrita da coordenação da área; e a aplicação de medida disciplinar sem que o envolvido tenha tido ciência do fato e prazo de defesa.

9.19 Interface com finanças e com as coordenações assistenciais

A gestão de pessoas produz pouco que se esgote nela mesma. Quase tudo o que ela faz é insumo de outro processo, e é a qualidade dessas passagens que determina o resultado. Três interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar.

Com o setor financeiro, a interface é a folha e a sua comprovação. O ponto de falha é a divergência entre o que a folha registra e o que o demonstrativo apresenta, que aparece quando a apuração da frequência e o fechamento contábil correm sem conciliação prévia. O tratamento é a conferência da folha contra a frequência, a escala executada e a relação nominal antes do processamento, e a montagem da relação analítica ao longo da competência. Há aqui um efeito financeiro direto que a interface deve tornar visível: débito trabalhista ou previdenciário pode ensejar a retenção de valores das parcelas vincendas, na forma do item 12.4.27, de modo que a regularidade de pessoal é também condição de fluxo de caixa.

Com as coordenações assistenciais, a interface é a escala. O ponto de falha é a previsão que chega incompleta ou tarde, e a alteração praticada no plantão que não retorna ao documento. A consequência é dupla: descumpre-se o prazo do item 12.4.10 e perde-se a fidelidade da escala executada que o item 12.35.1 manda apresentar assinada pela direção médica. O tratamento é o modelo único de previsão, o registro da substituição no momento em que ela ocorre e a devolutiva periódica a cada coordenação sobre a completude e a tempestividade da sua própria previsão.

Com o faturamento e com o cadastro do estabelecimento, a interface é o dado cadastral do profissional. O ponto de falha é a movimentação de pessoal que não repercute no cadastro: admissão, desligamento e alteração de carga horária ou de código de ocupação. O item 12.4.6 exige que todos os profissionais atuantes estejam regularmente cadastrados, e o item 12.12.24 nomeia carga horária, código de ocupação e equipamentos entre os itens condicionantes do correto credenciamento e habilitação. A consequência de um dado tardio não aparece na gestão de pessoas: aparece como rejeição de conta na competência seguinte. É por isso que o protocolo de faturamento e informação em saúde trata o cadastro como pré-condição da apresentação, na sua seção 1.11 e no procedimento POP-FAT-08, e é por isso que a alimentação daquele cadastro é aqui tratada como entrega desta gestão, e não como tarefa alheia.

9.20 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo produz um documento, e cada documento tem lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — hora de acionamento de sobreaviso anotada de memória ao fim do plantão, substituição reconstituída no fechamento do mês e justificativa de ponto produzida no dia do envio corrompem exatamente a informação que a fiscalização vai examinar.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Dossiê do processo seletivo, com divulgação, pontuação e resultado	Gestão de pessoas	Arquivo da gestão de pessoas	Prazo aplicável ao documento
Dossiê funcional, com formação, conselho, titulação e contrato	Setor de pessoal	Arquivo funcional, com acesso controlado por perfil	Prazo aplicável ao documento
Termo de adesão aos princípios do sistema público e lista de integração	Gestão de pessoas	Dossiê funcional e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Escala prevista enviada e comprovante do envio; registro da afixação	Gestão de pessoas, com as coordenações	Pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Escala executada assinada pela direção médica, em formato portátil e em planilha	Gestão de pessoas, com a direção médica	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos
Espelho de frequência e justificativas de inconsistência	Setor de pessoal	Sistema de gestão e pasta da competência	Cinco anos
Folha, encargos, relação analítica e comprovantes de recolhimento	Setor de pessoal, com o financeiro	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos
Justificativa e recibo de contratação autônoma, com valor individualizado	Gestão de pessoas	Dossiê da contratação e prestação de contas	Cinco anos
Atestados de saúde ocupacional, comunicações de acidente e atas da comissão interna	Saúde ocupacional	Arquivo de saúde ocupacional, com acesso restrito	Prazo aplicável ao documento
Termo de rescisão, comprovantes de quitação e registro da baixa cadastral	Setor de pessoal	Dossiê funcional e prestação de contas	Cinco anos

Tabela 9.3 — Os dez registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os documentos que integram os arquivos da prestação de contas e seguem o prazo destes: a escala executada, os espelhos de frequência, a folha com os seus comprovantes, os recibos de contratação autônoma e a documentação de rescisão. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico. Os registros de frequência têm ainda determinação expressa no item 12.35.1: além do envio mensal à Comissão de Fiscalização, permanecem arquivados e disponíveis para fins de fiscalização pelos órgãos de controle.

O dossiê funcional e os registros de saúde ocupacional recebem tratamento de acesso próprio. Eles reúnem dados pessoais e, no caso da saúde ocupacional, dados pessoais sensíveis, cujo tratamento observa a legislação de proteção de dados pessoais quanto à finalidade, à necessidade e ao controle de acesso. O acesso é por perfil, com registro de quem consultou o quê, e o compartilhamento se limita ao que a finalidade exige — o que significa, por exemplo, que a coordenação da área recebe a informação de aptidão ou de restrição para a função, e não o conteúdo clínico que a fundamentou.

9.21 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu. As espécies são conhecidas e quase todas são detectáveis antes de produzirem efeito: escala enviada depois do primeiro dia do mês de referência ou enviada incompleta; posto descoberto sem acionamento registrado do sobreaviso ou da contingência; marcação de frequência ajustada sem justificativa escrita; contratação autônoma formalizada

para função vedada ou para demanda contínua; documento ausente no dossiê funcional; registro de conselho vencido durante o vínculo; desligamento sem baixa no cadastro do estabelecimento; e comprovante de recolhimento ausente do conjunto da prestação de contas.

O tratamento tem sempre a mesma ordem e é deliberadamente impessoal. Primeiro, o registro do desvio, sem procura de culpado — porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência. Segundo, a correção do caso concreto, com prazo e responsável por função. Terceiro, a análise da causa no processo, que responde por que o desvio foi possível e não apenas quem o praticou. Quarto, a devolutiva à área em que a causa nasceu, com dado objetivo. A classificação por causa é o que permite distinguir o evento isolado do padrão, e é o padrão que justifica alterar o processo.

Duas espécies têm gravidade própria e tratamento próprio, e o protocolo as separa das demais. A primeira é o inadimplemento de obrigação de pagamento: o item 13.3 do edital qualifica como falta grave o não pagamento do salário, do vale-transporte e do auxílio-alimentação no dia fixado e o não recolhimento do fundo de garantia e das contribuições sociais da previdência, com as sanções que ali prevê. A segunda é o débito trabalhista ou previdenciário que implique risco de responsabilização subsidiária do Município, que autoriza a retenção de valores das parcelas vincendas até a regularização integral, na forma do item 12.4.27. Nos dois casos a comunicação é imediata à direção administrativa, e o tratamento não se esgota na correção do caso: alcança a causa que permitiu o atraso.

A não conformidade que se repete sobe de instância. Desvio isolado se corrige na área; desvio recorrente vai à análise periódica com as coordenações e, quando revela falha estrutural, à revisão do próprio protocolo, na forma da seção de governança. E o achado que sugere conduta individual, e não falha de processo, é encaminhado ao procedimento de apuração, que corre com contraditório e decisão fundamentada — sem que a apuração da conduta dispense a correção do processo que a tornou possível.

9.22 Indicadores e monitoramento

O contrato de gestão mede a gestão de pessoas por três indicadores do Quadro 15, e as suas fórmulas são conhecidas e verificáveis. O indicador de educação permanente é a razão entre o total de horas de treinamento e o número de pessoal ativo no período de referência, com meta de uma hora e meia por pessoa treinada ao mês. O indicador de integração é a razão entre o número de profissionais que realizaram integração no mês e o número de profissionais novos admitidos no mês, multiplicada por cem, com meta igual ou superior a setenta por cento. E a taxa de rotatividade de recursos humanos é a soma de admissões e desligamentos dividida por dois, multiplicada por cem e dividida pelo número de empregados ativos no cadastro da instituição, com meta inferior a dois por cento.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Educação permanente	Total de horas de treinamento ÷ número de pessoal ativo no período de referência	≥ 1,5 h	2,9 — 6.846 sobre 2.365

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Taxa de integração	Profissionais que realizaram integração no mês ÷ profissionais novos admitidos no mês × 100	≥ 70,0%	109,1%
Taxa de rotatividade de recursos humanos	(Admissões + desligamentos) ÷ 2 × 100 ÷ empregados ativos no cadastro da instituição	< 2,0%	1,4% — 33 sobre 2.365

Tabela 9.4 — Os três indicadores contratuais que medem a gestão de pessoas, com fórmula, meta e resultado publicado no instrumento.

▣ O QUE OS NÚMEROS DIZEM, LIDOS PELAS FÓRMULAS
▸ Os três indicadores estão acima ou dentro da meta no resultado publicado, e é isso que define a tarefa: manter, e não recuperar.
▸ O indicador de integração tem numerador e denominador na mesma competência. Integração realizada depois não recompõe o mês em que a admissão ocorreu — por isso a turma se programa a partir das admissões.
▸ A rotatividade publicada é de 1,4%, contra meta inferior a 2,0%. A leitura útil não é a distância até a meta: é a distribuição desses desligamentos por setor, por função e por motivo.
▸ O indicador de educação permanente divide horas de treinamento por pessoal ativo. Ele sobe tanto por mais treinamento quanto por menos pessoal ativo, e por isso é lido junto com a rotatividade, nunca isoladamente.
▸ Nenhum dos três mede o cumprimento da escala, que é a obrigação central do item 12.4.11. É essa lacuna que os indicadores internos desta seção existem para cobrir.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os três indicadores contratuais. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros e que cobrem o que eles não medem: tempestividade e completude do envio da escala prevista, acionamentos de sobreaviso e de contingência por área, absenteísmo por setor e por função, inconsistências de frequência tratadas por coordenação de origem, e proporção das contratações autônomas por área e por objeto. A terceira acompanha a consistência cadastral: divergências encontradas entre o cadastro do estabelecimento, a folha e a escala, que são causa evitável de rejeição no faturamento.

A leitura obedece a uma ordem. Os indicadores de conformidade documental — escala enviada no prazo, comprovantes reunidos, certidões vigentes — são lidos primeiro, porque o desempenho abaixo do integral neles significa exposição já consumada, e não risco futuro. Os demais admitem leitura por tendência. A análise é feita pela coordenação da gestão de pessoas com as coordenações de área, com a direção médica e com o financeiro, e não isoladamente: dois dos indicadores internos não pertencem à gestão de pessoas — a previsão de escala nasce na coordenação da área e a inconsistência de frequência nasce no plantão —, e medi-los em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falha foi do outro.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula,

fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

9.23 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da legislação trabalhista, previdenciária ou de segurança e saúde no trabalho aplicável; mudança de convenção ou acordo coletivo da categoria; alteração do regulamento próprio de recrutamento e seleção ou do plano de cargos, carreiras e salários; alteração das metas ou dos indicadores contratuais; e achado de auditoria ou de controle interno que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado e integra o plano de educação permanente da unidade, e a aderência é auditada periodicamente, com a finalidade declarada de identificar onde a regra escrita e a prática divergiram.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação da gestão de pessoas, com validação da direção administrativa quanto ao que toca a comprovação e a prestação de contas e da direção técnica quanto ao que toca a escala e a adequação assistencial. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo — inclusive das coordenações de área, que são as que mais convivem com as suas consequências —, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

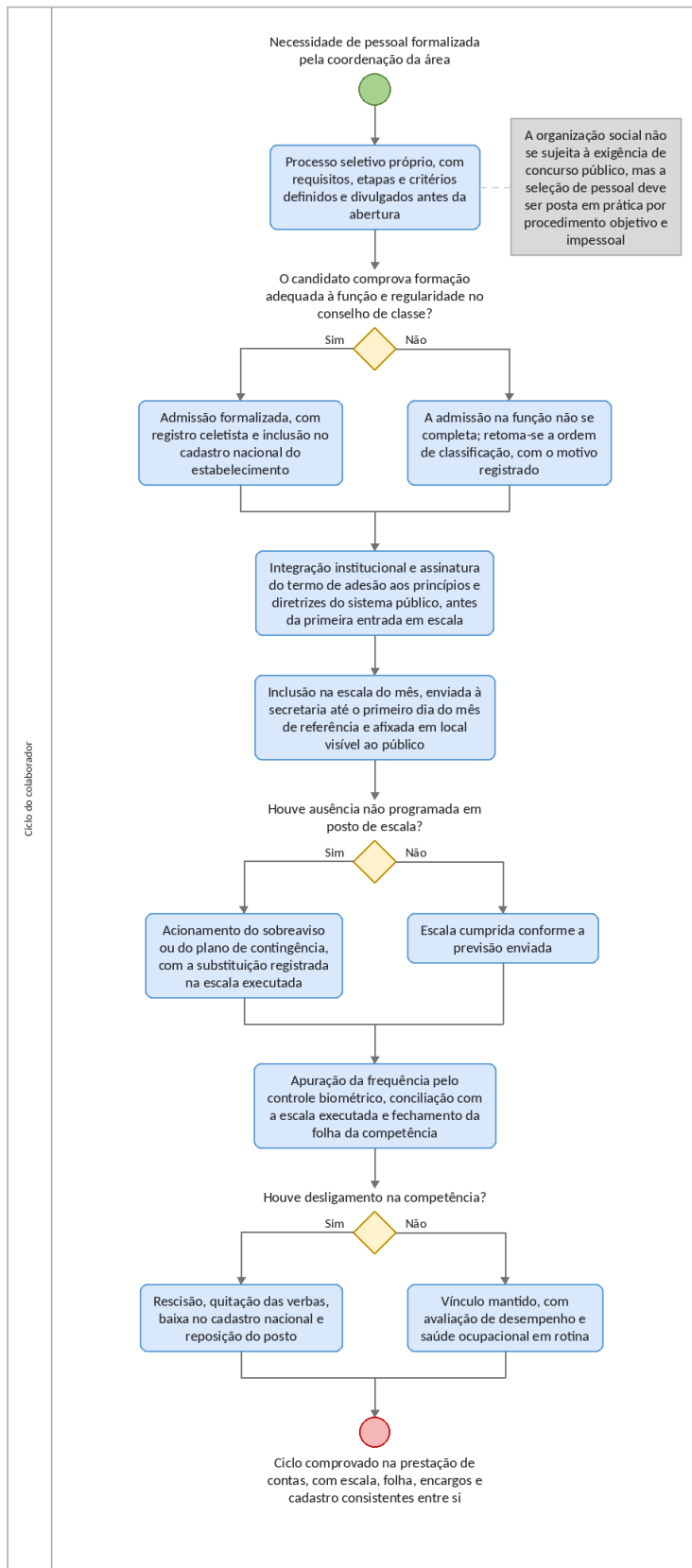
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

9.24 Fluxograma

O fluxograma percorre o ciclo do colaborador, do reconhecimento da necessidade de pessoal até o desligamento, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a comprovação de formação e de regularidade no conselho de classe, que decide entre formalizar a admissão e retomar a ordem de classificação; a ausência não programada em posto de escala, que aciona o sobreaviso ou a contingência e altera a escala executada; e o desligamento na competência, que abre ao mesmo tempo a rescisão, a baixa cadastral e a reposição do posto.

Do reconhecimento da necessidade de pessoal ao desligamento



Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 9.18, 12.3.3, 12.4.1 a 12.4.31, 12.12.24, 12.14.3, 12.26.1, 12.26.5, 12.35.1, 12.35.2, 12.35.17, 12.35.18 e 28, e Quadros 14 e 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Itens 3.27, 3.28, 3.29, 6.15 e 13.3 a 13.5. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 — ANEXO VII: Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Itens C.2.4, C.2.5 e C.2.6. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social; artigo 22, comunicação do acidente do trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18036consol.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.846, de 1.º de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112846.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n.º 7.753, de 17 de outubro de 2017. Dispõe sobre a instituição do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ALERJ, 2017. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras n.º 1, 5, 6, 7 e 32 — gerenciamento de riscos ocupacionais, comissão interna de prevenção de acidentes, equipamentos de proteção individual, controle médico de saúde ocupacional e segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde — Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os treze procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 9.24 e descreve o ciclo inteiro do colaborador.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-RH-01	Recrutamento e seleção: transparência, impessoalidade e isonomia	9.5 e 9.3
POP-RH-02	Admissão, documentação e registro no conselho de classe	9.6 e 9.4
POP-RH-03	Integração institucional e adesão aos princípios do SUS	9.7 e 9.4
POP-RH-04	Elaboração, afixação e envio das escalas no prazo	9.8 e 9.9
POP-RH-05	Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala	9.9 e 9.8
POP-RH-06	Controle de ponto, jornada e horas extras	9.10 e 9.12
POP-RH-07	Contratação por RPA — hipóteses e vedações	9.11 e 9.19
POP-RH-08	Folha de pagamento, encargos e comprovação	9.12 e 9.20
POP-RH-09	Avaliação periódica de desempenho	9.13 e 9.17
POP-RH-10	Desligamento, rescisão e quitação de verbas	9.14 e 9.19
POP-RH-11	Apuração disciplinar e sindicância	9.15 e 9.21
POP-RH-12	Saúde ocupacional: PCMSO, PGR, CIPA e CAT	9.16 e 9.20
POP-RH-13	Monitoramento de absenteísmo e rotatividade	9.17 e 9.22

Tabela 9.5 — Os treze procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-RH-01. Recrutamento e seleção: transparência, impessoalidade e isonomia

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-01.1 Quando usar

- › Sempre que a coordenação de uma área formalizar necessidade de pessoal, por vaga nova ou por reposição decorrente de desligamento.
- › Antes de qualquer convocação, contratação ou promessa de vaga.
- › Na reposição de posto que ficou descoberto na escala, ainda que a cobertura imediata já tenha sido feita pelo POP-RH-05.

POP-RH-01.2 Fundamento

Item 12.4.30 do termo de referência: a seleção de pessoal deverá observar critérios públicos, objetivos e impessoais, conforme regulamento próprio da contratada. Item 12.4.5, quanto aos critérios técnicos, objetivos e transparentes na gestão de recursos humanos. Item 9.18, que afasta a exigência de concurso público e determina que a seleção se faça por procedimento objetivo e impessoal. ANEXO VII, item C.2.6, inciso I, quanto ao regulamento que assegura transparência, impessoalidade e isonomia. Seções 9.5 e 9.3 do protocolo.

! O QUE TORNA O CERTAME CONTESTÁVEL

- › Requisito criado depois da divulgação, ou requisito que descreve um candidato em vez de descrever a função.
- › Critério de avaliação sem peso e sem forma de apuração declarados antes das provas.
- › Avaliador com vínculo ou interesse na escolha, mantido na banca sem declaração de impedimento.
- › Resultado divulgado em via diferente daquela em que o certame foi aberto.
- › Convocação fora da ordem de classificação sem motivo escrito e arquivado.

! O QUE TORNA O CERTAME CONTESTÁVEL

› O regime é celetista e a seleção é processo seletivo próprio, não concurso público: a garantia da lisura está na objetividade documentada, e não na forma do concurso.

POP-RH-01.3 Sequência de execução

1. Receber da coordenação da área a formalização da necessidade, com a função, os requisitos e a justificativa.
2. Verificar se a função consta do organograma aprovado e do plano de cargos, carreiras e salários da instituição.
3. Definir, antes da divulgação, os requisitos de formação, a titulação exigida pela função, as etapas, os critérios de avaliação e a forma de classificação.
4. Divulgar o processo seletivo pela via institucional adotada, de modo que a abertura, os requisitos e os prazos fiquem acessíveis a qualquer interessado.
5. Receber e registrar as inscrições, indeferindo com motivo escrito as que não atendam aos requisitos divulgados.
6. Constituir a banca e colher a declaração de ausência de impedimento de cada avaliador; havendo impedimento, substituir o avaliador antes de qualquer avaliação.
7. Avaliar pelos critérios divulgados, registrando a pontuação de cada candidato em cada critério.
8. Publicar o resultado na mesma via da divulgação e arquivar a ata da banca.
9. Convocar na ordem de classificação e conferir a documentação e a regularidade do conselho de classe antes da admissão.
10. Encaminhar o classificado ao POP-RH-02 e arquivar o dossiê completo do processo seletivo.

Princípio	Como se demonstra	Evidência arquivada
Transparência	Requisitos, etapas e critérios divulgados antes da abertura, na via institucional	Peça de divulgação, com data
Impessoalidade	Critérios objetivos, banca declarada e impedimento tratado antes da avaliação	Declaração de impedimento e ata da banca
Isonomia	Mesma regra e mesma etapa para todos os inscritos, com exceção sempre motivada por escrito	Planilha de pontuação por critério
Publicidade do resultado	Divulgação na mesma via em que o certame foi aberto	Resultado publicado e dossiê do processo

Tabela POP-RH-01.1 — Os três princípios do certame e como cada um se demonstra.