

ESPECIALIDADES

Anestesiologia
 Bucomaxilofacial
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Torácica
 Cirurgia Vascular
 Clínica Médica
 Infectologia
 Medicina Intensiva
 Neurocirurgia
 Nefrologia
 Ortopedia/Traumatologia
 Radiologia
 Pediatria

INFORMAÇÕES ÚTEIS AO CORPO CLÍNICO

Recebimento

Médicos Pessoa Jurídica: Emitem as notas fiscais de prestação de serviços no último dia útil de cada mês com os seguintes dados:

PRÓ-SAÚDE - ASSOCIAÇÃO BENEF. DE ASSIST. SOCIAL E HOSPITALAR - ABASH
 CNPJ: 24.232.886/0094-66
 RUA UIRAPURU, S/N, ESQUINA COM RUA MUTUM
 BAIRRO PARQUE ISAURA
 SANTA HELENA DE GOIÁS - GO
 CEP: 75.920-000

Médicos Servidores Públicos: Seus proventos são descontados da O.S. Pró-Saúde conforme prevê o contrato de gestão 120/10, firmado entre Estado de Goiás e a Pró-Saúde ABASH.

Refeições

O HURSO oferece refeição em refeitório próprio em horários prós próprios em Serviço de Nutrição e Dietética (SND) conforme a seguir:



Horário: 07h às 09h.

INTRODUÇÃO

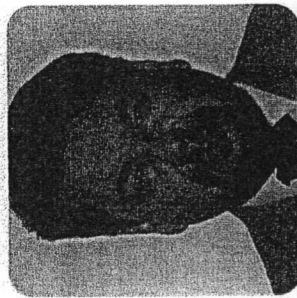
Prezado (a) Médico(a),

A Pró-Saúde tem o prazer de recebê-lo no HURSO como membro do nosso Corpo Clínico. A partir de hoje você fará parte de uma equipe com mais de oitenta profissionais nas diversas especialidades médicas.

Para integrá-lo você receberá este manual contendo informações relativas às normas, direitos e deveres dentro de nossa instituição.

Temos a honra de contar com sua presença em nossa equipe e sabemos que, certamente, este é o início de uma longa e satisfatória parceria de sucesso.

DIRETORIA DO HURSO



Reginaldo Biffe
 Diretor Geral



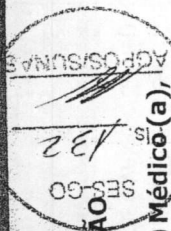
Andrea Prestes
 Diretora Administrativa e Financeira



Dr. Julio Cezar Chain
 Diretor Técnico



Caria P. Borges
 Diretora Assistencial



Almoço – 11:30h às 14h

Lanche – 16h às 17h

Jantar – 21:30h às 23:30h;

Ceia – 02h às 03h.

Uso de EPIs

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletivo (EPC) são peças fundamentais para preservar e proteger a integridade física. Eles complementam as medidas de prevenção coletiva e reduzem os riscos de acidente.

O HURSO fornece os EPIs e EPCs necessários para o desempenho de suas funções. São alguns exemplos: aventais, óculos de segurança com lentes transparente, luvas, máscaras, gorros, dentre outros obrigatórios. Cada profissional é responsável pela utilização e conservação de seu EPI, que poderá ser solicitado ao SESMT ou Coordenação de Enfermagem.

Normas para utilização do Estacionamento

O estacionamento do HURSO é gratuito e poderá ser utilizado por todos os médicos do Corpo Clínico. A autorização de entrada de veículos na instituição ocorre mediante apresentação do crachá de identificação. Não nos responsabilizamos por objetos deixados no interior do veículo.

Informações Importantes:

- A apresentação dos crachás de identificação é obrigatória para autorização de entrada;
- Respeite a sinalização interna, atentando-se a entradas e saídas de veículos;
- Reduza a velocidade dentro do estacionamento;
- Evite som alto;
- Respeite as vagas destinadas a Diretoria, Portadores de Necessidades Especiais, Idosos, ambulâncias e carros oficiais.
- Estacione o veículo de ré para segurança contra incêndios.

Confira as últimas notícias do HURSO no portal:

www.hurso.org.br

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º

Os médicos do Hospital de Urgência da Região Sudoeste - HURSO nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação do Hospital.

Art. 2º

O trabalho médico no Hospital de Urgência da Região Sudoeste - HURSO será desenvolvido sob duas regras fundamentais:

- I. A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;
- II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º

Os médicos do Hospital de Urgência da Região Sudoeste - HURSO deverão buscar, de forma permanente:

- I. Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;
- II. Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;
- III. Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante programas de educação continuada;
- IV. Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Técnica e Geral do Hospital, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 4º

O Corpo Clínico encontra-se administrativamente apoiado pelo Diretor Geral e Diretor Técnico do Hospital, possuindo a seguinte estrutura orgânica:

- IV. Demais Comissões Médicas e Institucionais
- V. Coordenadores das Clínicas

Art. 9º

A Assembléia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico ou Vice ou seus substitutos, e reunir-se-á ordinariamente a cada 06 (seis) meses, em março e outubro, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum de 2/3 (dois terços) dos membros e das ausências não justificada, decidindo por maioria simples de votos.

Caso o número de presentes não some os 2/3 (ou 75% do total de membros do Corpo Clínico), a Assembléia poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal.

Parágrafo Único: Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante presença de 2/3 dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico e, ainda, por solicitação da Diretoria Geral e/ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas. Segundo a Resolução CFM 1481/97:

DELIBERAÇÕES: O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 8º

O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

- I. Assembléia Geral;
- II. Comissão de Ética Médica;

Art. 5º

O Corpo Clínico do Hospital, representado pelo Diretor Clínico, formado pelos médicos e demais profissionais afins da área da saúde que forem admitidos, é um serviço autônomo, orientado por este Regimento, pela legislação em vigor.

Art. 6º

Cada serviço médico possuirá um representante não remunerado, pertencente ao Corpo Clínico, e indicado pela própria equipe. Ex.: o representante da Ortopedia, mediante assuntos administrativos, é eleito pelos médicos que formam a equipe de Ortopedia, com poderes para representá-los em quaisquer situações que se fizerem necessários.

Art. 7º

O Corpo Clínico, com aval do Diretor Clínico, terá quantas comissões temporárias que julgar necessário.

CAPÍTULO IV DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO



Art. 10

categorias:

- I. Membros Honorários;
- II. Membros Efetivos;
- III. Membros-Eventuais;
- IV. Membros Residentes / Estagiários;
- V. Membros Temporários.

Art. 11

São membros honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados ao Hospital, gozem do merecido conceito; ou por se tratarem de profissionais de notório conceito nos meios científicos no país ou no exterior.

I. Para concessão do título de membro honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado, ao Corpo Clínico, que apreciará e a decisão se dará de acordo com a maioria dos votos de seus membros;

II. Aprovada a indicação, será encaminhada à Administração do Hospital para a concessão do título.

Art. 12

São membros efetivos do Corpo os profissionais admitidos através de concurso de provas ou provas e títulos conforme normas legais e que participam contínua e efetivamente da vida hospitalar, bem como aqueles que forem admitidos pela Diretoria da Instituição e pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento, podendo, inclusive, votar e serem votados.

Art. 13

São membros eventuais os médicos que internam esporadicamente seus clientes no Hospital. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem serem votados.

Art. 14

São membros residentes / estagiários os médicos vinculados à programação de ensino e treinamento, não podendo votar, nem serem

votados.

Art. 15

São membros temporários os médicos que estão exercendo suas atividades no Hospital e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 60 (sessenta) dias solicitados pela Comissão de Ética para oficialização da inclusão.

CAPÍTULO V DA ADMISSÃO

Art. 16

O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

- I. Curriculum Vitae;
- II. Cópia autenticada do Diploma de Médico;
- III. Cópia autenticada do Título de Especialista;
- IV. Cópia autenticada de Certificados de Cursos;
- V. Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade atualizada);
- VI. Cópia de comprovante de residência;
- VII. Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor);
- VIII. Carta de referência de Professores/ Doutores de Universidades do Brasil ou do exterior, bem como de outras instituições em que já trabalhou (essa apresentação é facultativa).

Art. 17

Será montada uma Comissão de Credenciamento, formada pela tríplice: Diretor Clínico, Diretor Técnico e Diretor Geral, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no Corpo Clínico do Hospital.

Parágrafo Primeiro: Uma vez preenchidos os requisitos dos artigos 16 e

17, o médico fará parte do Corpo Clínico como membro temporário, por 60 (sessenta) dias, sendo esse o prazo que a Comissão de Ética terá para analisar sua vida acadêmica e profissional. Não apresentando nenhuma irregularidade, o médico passará automaticamente a membro efetivo, caso contrário, cabe à decisão à Assembléia do Corpo Clínico.

Parágrafo Segundo: Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por órgãos que mantêm convênio com o Hospital para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas do Hospital, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VI DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18

Compete à Assembléia Geral:

- I. Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos componentes;
- II. Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;
- III. Eleger o Diretor Clínico, seu vice, e os membros da Comissão de Ética por votação direta e secreta em Processo Eleitoral por maioria simples de votos e especialmente convocado com essa finalidade, por edital, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, pelo Diretor Clínico em exercício;
- IV. Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Comissão de Ética Médica ou Coordenador de Clínica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;
- V. Definir que o Diretor Clínico seja o responsável por comunicar às autoridades da Instituição a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;
- VI. Propor ao Corpo Clínico exclusão de membros, em decisão a ser

justificarem a ausência com antecedência de no mínimo 24 h antes da realização da Assembléia;

VII. Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Técnico sobre seus atos, quando entender necessário.

Art. 19

O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos na forma prevista no artigo 18 descrito acima, e as especificidades da eleição para membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com o Capítulo IV da Resolução 1.657 do CFM.

Parágrafo Único: O Diretor Clínico e seu Vice tomarão posse imediatamente e exercerão seus cargos pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos por mais um período.

Art. 20

Compete ao Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar as atividades médicas do Hospital;
- II. Servir como elo entre o Corpo Clínico e a Administração do Hospital;
- III. Ressaltar no Corpo Clínico o sentido de responsabilidade profissional e zelar para que isto aconteça;
- IV. Ter conhecimento das solicitações do Corpo Clínico, tomando as providências cabíveis e possíveis;
- V. Proibir a utilização de históricos clínicos, salvo para assuntos técnico-científicos, sempre respeitando a privacidade do paciente e o sigilo profissional;
- VI. Nomear as Comissões Permanentes e Temporárias, Coordenadores das Clínicas, bem como Secretário;
- VII. Responder administrativamente ao Diretor Geral e/ou Diretor Técnico do Hospital;
- VIII. Propiciar aos membros do Corpo Clínico a participação em congressos, simpósios, cursos e palestras, desde que agendados previamente e sem prejuízo do serviço;





- X. Promover cursos, palestras e outras iniciativas que contribuam para evolução dos profissionais da Medicina;
- XI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o presente Regimento;
- XII. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina ata da eleição da Comissão de Ética Médica para homologação;
- XIII. Assegurar autonomia de funcionamento à Comissão de Ética Médica;
- XIV. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital se envolverem atividades médicas.

Art. 21

Compete ao Vice-Diretor Clínico:

- I. Substituir o Diretor Clínico na ausência deste;
- II. Realizar as tarefas que o Diretor Clínico lhe confiar.

Art. 22

O Diretor Técnico deverá ser médico e será indicado pela Direção Geral, devendo estar capacitado, ter perfil de liderança e livre acesso junto aos membros do Corpo Clínico, tendo como competências principais:

- I. Organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico no Hospital;
- II. Assegurar o exercício correto da Medicina no Hospital, conforme as normas vigentes;
- III. Propor organização de serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria, bem como a criação de novos serviços;
- IV. Assegurar autonomia à Comissão de Ética Médica, para que funcione adequadamente;
- V. Propiciar a integração permanente entre o Corpo Clínico e a Diretoria do Hospital;
- VI. Pesquisar e emitir parecer sobre serviços a serem implantados no Hospital, quando envolverem os médicos;
- VII. Orientar os médicos e fixar rotinas para evitar que eles

- VIII. Reportar-se à Diretoria do Hospital para o perfeito desempenho das suas funções;
- IX. Assinar a documentação a ser enviada aos órgãos de controle da atividade médica e do Hospital;
- X. Participar das Comissões existentes no Hospital sempre que for necessária a presença do profissional médico;
- XI. Comparecer à Justiça e a outras repartições públicas, sempre que solicitado, para prestar informações;
- XII. Solicitar as escalas de plantão médico das respectivas Clínicas, e divulgá-las nos serviços interessados;
- XIII. Proibir a retirada de prontuários, equipamentos, medicamentos e materiais pertencentes ao Hospital, sem autorização da Diretoria do Hospital;
- XIV. Apresentar à Diretoria do Hospital o relatório anual das atividades médicas necessárias à elaboração da proposta orçamentária, dentro dos prazos estipulados;
- XV. Assinar toda documentação necessária ao seu serviço e ao seu bom funcionamento;
- XVI. Disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal só deverão ser liberadas com a aprovação da Administração do Hospital;
- XVII. Supervisionar as atividades dos estagiários da área médica;
- XVIII. Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste, ao menos, o credenciamento ao Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo 16 e incisos do presente Regimento, documento das anuidades do Conselho Regional de Medicina;
- XIX. Ter responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, entidades jurídicas e policiais;
- XX. Fazer com que o prontuário médico seja completo, legível e mantido atualizado, segundo as normas do CRM.

Art. 23

Compete aos Coordenadores das Clínicas:

- I. Supervisionar a orientação médica do serviço;

- II. Organizar a Clínica, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e contínua;
- III. Determinar a elaboração do prontuário de cada paciente, para que esteja conforme com as normas legais e as aprovadas pela Diretoria do Hospital;
- IV. Verificar a correta internação de pacientes nas respectivas Clínicas, bem como a programação do serviço;
- V. Promover reuniões periódicas com os médicos que atuam no Hospital, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudar os prontuários e tudo que se relacione com melhor assistência e com aperfeiçoamento técnico, sempre que possível com o apoio e intervenção da Comissão de Prontuário e Comissão de Óbito;
- VI. Introduzir o novo profissional médico às dependências do Hospital, às normas e aos colegas de trabalho;
- VII. Manter contato constante com outras instituições, visando melhorias que podem ser introduzidas no Hospital;
- VIII. Estimular o espírito de equipe entre seus colegas;
- IX. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada, inclusive sugerindo as providências;
- X. Fazer obedecer ao presente Regimento.

Art. 24

- Compete aos Membros do Corpo Clínico:
- I. Prestar assistência a todos os pacientes que procurarem o Hospital, respeitadas as suas finalidades;
- II. Manifestar-se por escrito à Comissão de Ética a respeito de admissão/demissão de membros do Corpo Clínico;
- III. Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;
- IV. Colaborar em investigação e pesquisa científica;
- V. Participar na educação sanitária da comunidade;
- VI. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal do Hospital;
- VII. Desenvolver o espírito de integridade entre os profissionais da saúde;
- VIII. Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria do

IX. Manter atualizado o prontuário médico de seus pacientes, assinando os documentos com a aposição do carimbo com nº do CRM, o que possibilita se necessário a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;

X. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, pela Diretoria Geral e/ou pelos Coordenadores das Clínicas, quando convidado.

Art. 25

Compete à Comissão de Ética Médica:

A Comissão de Ética não terá qualquer vinculação ou subordinação à Direção do Hospital. Será composta por 03 membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos conforme artigo 18, item III, e artigo 19, competindo a ela:

- I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes, apontados por denúncia escrita de qualquer membro do Corpo Clínico ou da Diretoria do Hospital;
- III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão, detectado após investigação a partir do Currículum Vitae dos médicos recém-contratados, que ocorrerá num prazo de 60 dias, ou a qualquer tempo após a admissão do médico como membro do Corpo Clínico;
- IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- VI. Instaurar sindicância instruí-la e formar relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o para o Conselho Regional de Medicina para as devidas providências.



- VII. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- VIII. Colaborar com o Conselho na tarefa de educar, discutir e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina relatório das atividades feitas na instituição onde atua;
- X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- XII. Analisar e homologar os profissionais indicados pelas Diretorias Clínica, Técnica e Geral do HURSO para coordenação das clínicas.
- XIII. Fornecer dados à Direção do Hospital, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- XIV. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- XV. Promover divulgação eficaz e contínua das normas emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- XVI. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- XVII. Auxiliar os órgãos públicos e entidades profissionais de saúde em tarefas ligadas ao exercício profissional;
- XVIII. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 26

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- I. Estabelecer planos preventivos de combate à ocorrência de infecção no âmbito do estabelecimento;
- II. Estabelecer normas de comunicação compulsória dos casos de infecção hospitalar;
- III. Prestar assistência ao órgão técnico encarregado da pesquisa da fonte da infecção que vier a ser constatada;

- V. Comunicar os casos de infecção às Diretorias Clínica e Geral;
 - VI. Promover cursos e palestras para os médicos, equipe de enfermagem e funcionários em geral, sobre métodos preventivos da infecção;
 - VII. Emitir pareceres a respeito de ocorrências de infecção para análise e providências pela Diretoria do Hospital
 - VIII. Elaborar seu regimento interno.
- Parágrafo Único - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por pelo menos 2 (dois) membros integrantes do Corpo Médico e por 2 (dois) membros do Departamento de Enfermagem, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 27

Compete a Comissão de Revisão de Prontuários (Resolução CREMESP nº 70/95):

- I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário do paciente;
- II. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu ao paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;
- IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando-se data e hora;
- V. Tipo de alta;
- VI. Assessorar as Diretorias Geral e Clínica do Hospital, em assuntos de sua competência;
- VII. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
- VIII. Elaborar seu regimento interno.

Parágrafo Primeiro. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é composta de 03 (três) membros do Corpo Clínico, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio, comandado de dois anos,

permissão para nova investidura, sem limitações.

Parágrafo Segundo: Depois de decorrido o prazo de dez anos, a fluir da data do último registro de atendimento prestado ao paciente, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro e arquivamento capazes de assegurar, a qualquer momento, a restauração plena das informações nele contidas (Resolução CFM nº 1.331/89).

Art. 28

Compete a Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Avaliar as causas dos óbitos, em colaboração com os profissionais responsáveis pelo paciente, para se chegar se possível, a um diagnóstico final;
 - II. Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos, como radiologia, anatomia patológica e laboratório;
 - III. Elaborar seu regimento interno.
- Parágrafo Único:** A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída por 3 (três) membros médicos, cujo critério de indicação consta em Regimento próprio.

Art. 29

Compete a Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOT)

- I. Normatizar, planejar, viabilizar, promover e controlar a melhoria contínua da realização de transplantes.
- Parágrafo Primeiro:** Os membros da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, assim como o seu coordenador, serão designados pelo Diretor Clínico, para um período de mandato que deverá, obrigatoriamente, coincidir com o deste.
- Parágrafo Segundo:** Ao Médico Coordenador da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes incumbirá a coordenação dos serviços da comissão, presidindo a reunião da comissão, em que serão realizados os trabalhos de análise e avaliação do mérito e condições de viabilização de novos procedimentos no campo de

Parágrafo Terceiro: A Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes definirá, em conjunto com a Diretoria Clínica, as datas e a periodicidade das reuniões da comissão, fixando as premissas que deverão ser observadas para o perfeito e adequado trabalho de avaliação, organização e incentivo aos programas de captação de órgãos no âmbito da instituição.

Parágrafo Quarto: A Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes se constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Portaria 905 de 16.08.2000 do Ministério da Saúde, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Art. 30

Compete a Comissão de Normas e da Qualidade em Hemoterapia (CNQH),

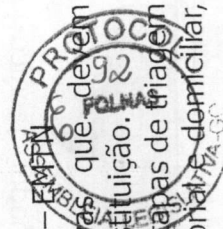
- I. Definir protocolos de utilização de hemocomponentes e prática transfusional.
- II. Monitoramento da prática hemoterápica na Instituição.
- III. Auditar procedimentos hemoterápicos e indicações de transfusões, com base no manual vigente.

Parágrafo Único: O serviço de saúde que tenha serviço de hemoterapia deve constituir um comitê transfusional, multidisciplinar, do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste, constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004 da ANVISA/Ministério da Saúde, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Art. 31

Compete a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN

- I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.
- II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e assistência nutricional em regime hospitalar. ambulatório e domiciliar.



sistemizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.

III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNEP, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.

V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNEP.

VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNEP visando a garantia de sua qualidade.

VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNEP.

IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNEP.

X. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TNEP.

Parágrafo Primeiro – É condição formal e obrigatória a constituição de uma equipe multiprofissional, constitui e tem suas atribuições definidas ao amparo do que dispõe a Resolução RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 da ANVISA/Ministério da Saúde, a qual fica, para todos os efeitos legais, fazendo parte integrante deste Regimento.

Parágrafo Segundo - No caso do uso eventual de TNEP a não existência da EMTN deve ser justificada mediante a apresentação, pela Unidade Hospitalar, de alternativa de atuação para prévia avaliação da autoridade

Parágrafo Terceiro - A EMTN deve ter um coordenador técnico-administrativo e um coordenador clínico, ambos membros integrantes da equipe e escolhidos pelos seus componentes.

Parágrafo Quarto - O coordenador técnico-administrativo deve, preferencialmente, possuir título de especialista reconhecido em área relacionada com a TN.

Parágrafo Quinto - O coordenador clínico deve ser médico, atuar em TN e, preferencialmente, preencher um dos critérios:

I. Ser especialista, em curso de pelo menos 360 horas, em área relacionada com a TN, com título reconhecido.

II. Possuir título de mestrado, doutorado ou livre docência em área relacionada com a TN.

Parágrafo Sexto - O coordenador clínico pode ocupar, concomitantemente, a coordenação técnico-administrativa, desde que, consensuado pela equipe.

Parágrafo Sétimo - É recomendável que os membros da EMTN possuam título de especialista em área relacionada com a TN.

Parágrafo Oitavo - Por se tratar de procedimento realizado em paciente sob cuidados especiais e para garantir a vigilância constante do seu estado nutricional, a EMTN para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral - TNEPP deve ser constituída de, pelo menos, 1 (um) profissional de cada categoria, com treinamento específico para esta atividade, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério das Unidades Hospitalares e ou EPBS.

CAPÍTULO VII DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 32

São deveres dos Membros do Corpo Clínico:

I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento do Hospital, as normas técnicas e administrativas do Hospital e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;

- consideração, zelo e ética profissional;
- III. Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e hospitalares;
 - IV. Zelar pelo bom nome do Hospital e do Corpo Clínico;
 - V. Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;
 - VI. Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico;
 - VII. Colaborar com as Comissões específicas do Hospital;
 - VIII. Elaborar o prontuário dos seus pacientes, com registros à elucidação de casos em qualquer momento;
 - IX. O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras.
 - X. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis.
- Art. 33**
São direitos dos Membros do Corpo Clínico:
- I. A autonomia profissional;
 - II. O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;
 - III. O acesso ao Hospital e seus serviços;
 - IV. Conforme o caso e categoria, votar e ser votado;
 - V. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
 - VI. Comunicar falhas observadas na assistência prestada pelo Hospital e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
 - VII. Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
 - VIII. Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor, bem como a Comissão de

IX. Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico e pela Diretoria da Instituição.

X. Participar das reuniões do Corpo Clínico.

XI. Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos médicos tratados no hospital.

XII. Participar dos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto nos demais profissionais que atuam junto aos pacientes.

CAPÍTULO VIII DAS PUNIÇÕES

Art. 34

Será passível de punição o Membro do Corpo Clínico que:

- I. Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas do Hospital;
- II. Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;
- III. Praticar atos que causem danos financeiros ao Hospital ou a terceiros.

Parágrafo Único: Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico, mediante qualquer meio, e na ocasião, os envolvidos poderão ser convocados, se for o caso, para esclarecimentos, e sendo garantido ao infrator amplo direito de defesa, esta deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Clínico no prazo improrrogável de 07 (sete) dias úteis a contar de sua citação.

Art. 35

Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Comissão de Ética instaurará sindicância, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 1.657, e formulará relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o, caso necessário, ao CRM, sem emitir qualquer opinião. Todos os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso. As sindicâncias serão instauradas mediante:



fundamentada;

- b) Denúncia por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Primeiro: Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, serão encaminhados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Segundo: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Terceiro: O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Parágrafo Quarto: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Parágrafo Quinto: Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina e:

- a) Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica;
- b) Caso não haja conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal, a partir do envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 36

Uma vez que, utilizado o direito de defesa, for definido que o infrator deverá ser punido, com exceção dos casos encaminhados ao CRM, através de sindicância da Comissão de Ética Médica, devido ter sido evidenciado a existência de indícios de infração ética, a qual a punição se dará somente mediante determinação do referido Conselho após a competente tramitação, serão aplicadas pelo Diretor Clínico as seguintes

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão de suas atividades no Hospital por 30 (trinta) dias;
- c) Exclusão do Corpo Clínico, sendo que esta penalidade será homologada em Assembléia Geral do Corpo Clínico.

CAPÍTULO IX COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 37

De acordo com a Resolução 1.657 do CFM, as Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais Membros Efetivos e Suplentes, eleitos pelos médicos que compõem o Corpo Clínico.

A Comissão de Ética Médica definirá calendário de reuniões ordinárias e fará reuniões extraordinárias sempre que necessário e será instalada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- I. Se na instituição houver até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade da Comissão de Ética;
- II. Se na instituição houver de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- III. Se na instituição houver de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica será composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- IV. Se na instituição houver de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão será composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- V. Se na instituição houver um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética Médica será composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Parágrafo Único: Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Geral/Administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o

Conselho Regional de Medicina. Quando nas funções acima, após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 38

O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Caso ocorra alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo afastar-se-á da Comissão enquanto durar a sindicância que será instaurada para elucidar os fatos.

Parágrafo Segundo: Todas as deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples de votos, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Parágrafo Terceiro: As competências específicas dos membros da Comissão de Ética Médica serão de acordo com os artigos 11, 12 e 13 da Resolução 1.657 do CFM e detalhadas em seu Regimento Interno e sua

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Art. 40

É função do Diretor Clínico manter este Regimento atualizado e aprovado, revisando-o a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XI DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 41

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura do Diretor Clínico e Diretor Técnico, homologado pelo Corpo Clínico e aprovado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 42

Os casos omissos neste Regimento serão tratados pela Diretoria do Hospital ou Conselho Regional de Medicina.

APROVAÇÃO

Diretor Clínico - Dr. Guaracy de Macedo Machado

Diretor Técnico - Dr. Julio Cezar Domith Chelini



Na luta contra a morte, junto a um leito de um enfermo ou numa sala de cirurgia, o médico e todo devocão, todos os seus conhecimentos e toda a sua bondade são lançados no jogo inexorável contra o grande rival, e quando ao final, for ele o vencedor ninguém poderá excedê-lo em alegria. É difícil imaginar como a luta é dura, muitas vezes, e quanta energia e determinação são exigidas do médico para que a chama tênue que se apaga volte outra vez a brilhar. Ao sair do Hospital ou da casa do paciente com a partida ganha, em horas mortas da noite, quase sempre, o brilho das estrelas no céu é um reflexo do brilho da alegria em sua alma...

Dr. Lauro Justus



Pró-Saúde
A saúde bem administrada.

Administrando a Saúde

A Pró-Saúde surgiu a mais de 40 anos, com objetivo primordial de administrar hospitais e serviços de saúde. Sua proposta de gestão profissional busca, desde o início, viabilizar e perpetuar as instituições de saúde, para que possam estar aptas a oferecer atendimento eficaz e humanizado. Toda a experiência acumulada pela Pró-Saúde nesse tempo até hoje totalmente dedicada a promoção da saúde, disponibilizando soluções para instituições e profissionais da área. A atuação da Pró-Saúde baseia-se nos seguintes parâmetros:

Missão

Promover soluções na área da saúde, orientando-se pelas necessidades do cliente.

Visão

Uma entidade reconhecida nacionalmente pela qualidade na implementação de soluções para as instituições e profissionais da saúde.

Valores

Profissionalismo

Competência técnica e responsabilidade de pessoal para atingir os objetivos definidos.

Qualidade

Criação e aperfeiçoamento de produtos/serviços e satisfação dos clientes internos e externos.

Responsabilidade Social

Valorização do ser humano e do meio ambiente em todas as atividades e decisões.

Ética

Transparência e respeito em todas as relações e sigilo profissional.



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____

_____ CRM _____

declaro ter recebido, lido e estar de acordo com todas as informações contidas no Manual do Corpo Clínico do HURSO / O.S. Pró Saúde, bem como, estar ciente em relação às minhas responsabilidades no cumprimento dos deveres descritos.

Santa Helena de Goiás, _____, de _____, de _____

Assinatura





GOVERNO DE
GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL



142



Nome: _____

Matrícula: _____



MA.HURSO.SRHUI (



Hospital de Urgência da Região Sudoeste

Av. Uirapuru, s/n, Parque Isaura
Santa Helena - GO - Cep: 75.920-000
64 3614-9700 - faleconosco@hurso.org.br



Conheça o HURSO

O Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HURSO) foi inaugurado no dia 29 de dezembro de 2010 e entrou em efetivo funcionamento no dia 2 de julho de 2011. O nome do hospital, aprovado pela Assembleia Legislativa em lei de 2007, é uma homenagem *in memoriam* ao médico Albanir Faleiros Machado, um dos pioneiros da Medicina na região.

O hospital está estruturado com 122 leitos, dos quais 89 são de internação e outros de retaguarda. Possui um perfil de atendimento direcionado à urgência, com foco em traumatologia, ortopedia, cirurgia geral e neurocirurgia.

O modelo hospitalar da Unidade é o de Organização Social (OS), gerido pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar.

MISSÃO

Prestar assistência hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde, com qualidade, segurança e humanização, promovendo a satisfação dos clientes.

VISÃO

Ser reconhecido pela excelência nos atendimentos hospitalares no Estado de Goiás.

VALORES

Segurança, Humanização, Ética, Qualidade, Desenvolvimento





SEJA BEM VINDO À PRÓ-SAÚDE E AO HURSO

A partir de agora você faz parte do HURSO – Hospital de Urgência da Região Sudoeste de Goiás e se constitui pessoa importante para o bom funcionamento da nossa equipe. Acreditamos no seu potencial e na certeza de que juntos poderemos oferecer um serviço de assistência hospitalar competente, mais humano e de excelente qualidade para nossos clientes.

Você que está ingressando na instituição desejamos bons momentos profissionais e sociais entre nós, mas se já trabalha conosco e conhece a Instituição é muito importante relembrar as informações e integrar-se.

Desejamos-lhe sucesso e esperamos que com empenho, força de vontade, conhecimentos e habilidades, somadas ao nosso apoio, atinja seus objetivos profissionais e pessoais.

A Diretoria e todos os colaboradores desejam-lhe boa sorte e sucesso no seu trabalho!

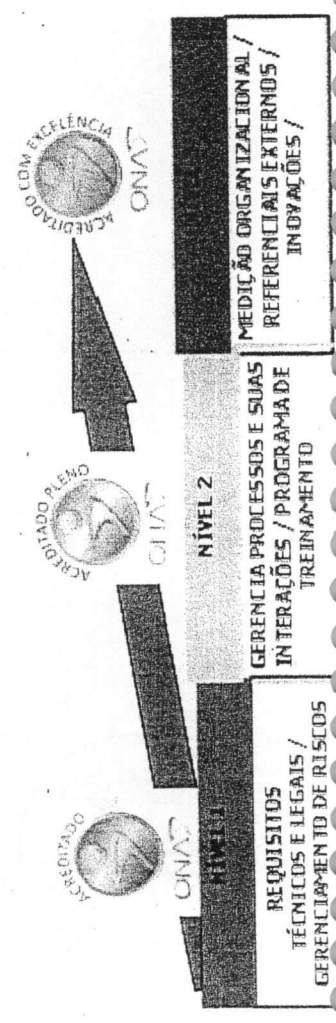
1. INTRODUÇÃO

Este manual traz informações sobre a Instituição, direitos e deveres que lhe são atribuídos, para que possa começar a conhecer o HURSO. Leia-o atentamente, pois estas informações serão importantes para sua atuação.

2. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O hospital tem como meta a conquista da Acreditação ONA - Organização Nacional de Acreditação, título conferido publicamente à Instituição Hospitalar que comprova qualidade nos processos de prestação de serviços, avaliada sob critérios e requisitos pré definidos pelo Manual ONA.

O Núcleo de Gestão da Qualidade do hospital é o responsável em gerenciar o processo de Acreditação por meio de trabalho integrado de todas as equipes. Portanto, é um compromisso de todos nós! A Acreditação segue as seguintes etapas:



3. HUMANIZAÇÃO

A comissão de humanização, baseada na política do Humaniza SUS, tem por objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e o usuário, de quadro de colaboradores entre si e do hospital com a comunidade.

4. CCIH – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

O que é uma Infecção Hospitalar?

É a infecção adquirida após a admissão do paciente, que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando estiver relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Como Prevenir as Infecções Hospitalares

- Lavagem das mãos;
- Uso de precaução padrão;
- Cuidado com equipamentos;
- Manter as rotinas de limpeza e desinfecção;
- Manutenção de técnicas assépticas durante a realização de procedimentos;
- Manutenção de higiene e limpeza do setor.

Para sanar quaisquer dúvidas, procure o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar(SCIH).

5. SESMT - SERVIÇO DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

O HURSO atribui grande importância à segurança no trabalho, esforçando-se para proporcionar locais adequados à execução do serviço.

O SESMT é responsável pela Segurança no ambiente de trabalho através de vistorias diárias e orientações quanto à prevenção de acidentes e também viabiliza a realização dos exames admissionais, demissionais, periódicos e avaliações no caso de auxílio doença e acidente de trabalho.

Acidente de Trabalho: O acidente de trabalho ocorre no local, durante o expediente de trabalho ou durante o trajeto do colaborador de sua residência para o trabalho ou vice versa. Deixa de caracterizar-se como acidente de trabalho, fato ocorrido quando o colaborador tenha por interesse próprio, interrompido ou alterado o trajeto mencionado acima. Qualquer acidente, mesmo sem aparente gravidade, deve ser comunicado imediatamente ao SESMT. Use adequadamente o EPI recebido.

Comissão Interna de Acidente do Trabalho – CIPA: Tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível o ambiente de trabalho com as necessidades de preservação da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

saúde do trabalhador

Principais atribuições da Cipa

- > Elaborar o mapa de risco, que possibilite a ação preventiva nos locais de trabalho;
- > Elaborar plano de trabalho e controle das medidas de prevenção;
- > Contribuir na implementação e controle das situações de risco que forem identificadas, a cada função;
- > Avaliar a execução do plano e discutir as situações de risco que forem identificadas, a cada função;
- > Promover anualmente com o SESMT, a semana da SIPAT;
- > Participar anualmente, em conjunto com a instituição, de Campanhas de Prevenção de acidentes de trabalho e de doenças infecto-contagiosas.

Biossegurança:

Acidentes com Risco Biológico: podem acontecer com objeto perfuro-cortante, respingo de sangue ou secreções.

O que fazer quando ocorrer um acidente com Risco Biológico?

- > Lavar imediatamente o local com água e sabão;
- > Comunicar ao SESMT, não devendo ultrapassar uma hora depois de ocorrido o acidente;
- > Comunicar ao médico de plantão, caso o acidente ocorra no final de semana ou à noite, para que sejam tomadas as devidas providências.

Cuidados com Materiais Perfuro cortantes:

- > Máximo de atenção na manipulação desses materiais;
- > As agulhas, mesmo que descartáveis, não devem ser reencapadas, entortadas ou quebradas;
- > Todo o material perfuro-cortante deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- > Nunca ultrapassar o limite de 2/3 da capacidade total do coletor de material perfuro-cortante.

6. USO ADEQUADO DOS RECURSOS DA INSTITUIÇÃO

Os recursos do hospital são dimensionados para atender as necessidades operacionais, agilizar sistemas de informações, integrar colaboradores, reduzir custos e melhorar a eficiência dos processos. Portanto, utilize-os de forma racional, moderada e com bom senso.

Desperdício de Material: O uso indevido e desnecessário de material implica em aumento de custos. Portanto procure utilizar adequadamente e racionalmente todos os

Tecnologia da Informação:

Para a otimização de seu tempo e a segurança das informações internas, o hospital possui um Serviço de Tecnologia da Informação, responsável pelos softwares e hardwares. Leia atentamente as orientações seguintes:

- > Acessar a rede corporativa, computadores, Internet e/ou utilização de e-mail corporativo, somente com autorização (usuário/senha), por necessidade de serviço ou por determinação expressa de superior hierárquico, realizando as tarefas e operações relacionadas à função;
- > Não revelar, fora do âmbito profissional, fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força das atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial;
- > Manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressor ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que através deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- > Não se ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do navegador (browser), sem bloquear estação de trabalho, bem como encerrar a sessão do e-mail corporativo, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- > Não revelar sua senha de acesso à rede corporativa, computadores, Internet e/ou da caixa postal (e-mail) corporativo garantindo para que ela permaneça somente de seu conhecimento;
- > Alterar senha, sempre que obrigatório ou quando sentir que necessário. Não use combinações simples;
- > Respeitar as normas de segurança e restrições de sistema estabelecidas neste manual;
- > Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de parte que possam colocar em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de senha ou das transações a que tenha acesso;
- > Não é permitido arquivar nos servidores e nas estações de trabalho material particular;
- > Os serviços de e-mail e Internet devem ser usados com bom senso para não sobrecarregar os servidores. Portanto não devem ser baixados arquivos cujo conteúdo seja: jogos, vídeos, músicas, imagens e fotos, nem acessar "sites" de bate-papo, jogos;
- > Não é permitida a navegação aos sites pertencentes às categorias abaixo:
 - Pornográfico e de caráter sexual;
 - Compartilhamento de arquivos (ex.: peer to peer, Bit Torrent, Emule, etc.);
 - Pornografia infantil (pedofilia);
 - Análise de terrorismo.



configuração, física ou lógica, do computador e/ou rede sem a autorização expressa da Supervisão de Tecnologia da Informação;

- O usuário assumirá a responsabilidade pelo dano que possa causar caso não venha a cumprir o disposto neste manual;
- Será proibido o uso de qualquer tipo de mídia (pen driver, cd, dvd, etc.). Cas necessário procurar o setor de TI.

7. OUTRAS NORMAS INTERNAS

- O uniforme é de total responsabilidade do colaborador, portanto, cuide bem dele. Caso haja desligamento do hospital, é obrigatório sua devolução;
- Utilizar o uniforme e o crachá apenas em seu horário de trabalho de forma adequada e visível;
- Não é permitido o uso de piercing em lugares visíveis;
- Os sapatos devem ser fechados e confortáveis;
- Todos deverão estar de calça comprida;
- Usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), quando necessário;
- Não usar adornos em áreas assistenciais;
- É facultativo o uso de adornos discretos (brincos com no máximo 2 cm) em áreas administrativas. Ao circularem em áreas assistenciais e de atendimento ao usuário todos os adornos deverão ser retirados;
- As unhas devem ser curtas e, se pintadas, nas áreas assistenciais e de atendimento ao usuário, com esmalte claro. Para os setores de centro cirúrgico e serviço de nutrição e dietética os esmaltes estão proibidos por legislação;
- Cabelos longos devem estar devidamente presos, nas áreas assistenciais e de atendimento ao usuário;
- Os profissionais que trabalham no Centro-Cirúrgico deverão utilizar roupa:

- Apologia às drogas;
- Crackers;
- De relacionamento (Orkut, Gazzag, Facebook, etc.);
- Violência e agressividade (racismo, preconceito, etc.);
- Violação de direito autoral (pirataria, etc.);
- Audio e vídeo, salvo com conteúdo relacionado diretamente à atividades administrativas ou profissionais;
- Instant messenger;
- Conteúdo impróprio, ofensivo, ilegal, discriminatório, e similares;
- Não é permitida a troca de arquivos de vídeo ou música, bem como de quaisquer informações que estejam incluídas nas categorias acima;
- É proibida a transferência de qualquer tipo de programa, jogo, e similares, para a rede interna do HURSO;
- É proibido downloads de arquivos de extensões tipo: .exe, .mp3, .wav, .bat, .com, .sys, .scr, .ppt, .mpeg, .avi, .rmvb, .dll, e de programas de entretenimento ou jogos, salvo os estritamente relacionados aos serviços inerentes à função do colaborador;
- Não é permitido o acesso a programas de TV na internet ou qualquer conteúdo sob demanda (streaming);
- É proibido o uso de jogos inclusive os da internet (onlines).

➤ O uso de e-mail corporativo não garante direito sobre este, nem confere autoridade para liberar acesso a outras pessoas, pois se constitui de informações pertencentes ao HURSO;

➤ Qualquer problema referente ao uso dos computadores da Rede de Computadores do HURSO, assim como, ao uso da sua conta de e-mail corporativo da Pró-Saúde, deverá imediatamente ser relatado à liderança imediata;

➤ O usuário assumirá a responsabilidade por dano causado por algum procedimento de iniciativa própria de tentativa de modificação da

