

INSTITUTO MEMORIAL DO AGRESTE

Regimento Interno

Documento estruturante de governança, organização administrativa, assistencial e operacional

MANTENEDOR

IMA – Instituto Memorial do Agreste

CNPJ 24.262.537/0001-98

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Memorial de Pernambuco – HMP

CEBAS · Utilidade Pública Municipal · SUS/CNES

CARUARU – PERNAMBUCO

Edição Institucional · 2026

IMA · INSTITUTO MEMORIAL DO AGRESTE

Mantenedor do Hospital Memorial de Pernambuco — HMP

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL

DOCUMENTO	Regimento Interno do Hospital Memorial de Pernambuco
NATUREZA JURÍDICA	Organização da Sociedade Civil (OSC) — Finalidade Filantrópica
CNPJ	24.262.537/0001-98
SEDE	Caruaru — Pernambuco — Brasil
FUNDAÇÃO	14 de outubro de 1987 (HMP) · 02 de março de 1989 (IMA)
CEBAS	Portaria nº 100/2015 · Prorrogação Portaria nº 49/2022
UTILIDADE PÚBLICA	Lei Municipal nº 5.493, de 28 de outubro de 2014
ESTATUTO SOCIAL	Quarta Alteração Estatutária — Consolidação Geral

SOBRE ESTE DOCUMENTO

O presente Regimento Interno disciplina o funcionamento administrativo, técnico, assistencial e operacional do Hospital Memorial de Pernambuco, em conformidade com o Estatuto Social do IMA, integrando-se ao Plano Diretor Institucional, aos manuais setoriais e às políticas institucionais.

Compõe-se de **12 Títulos, 91 Capítulos e 207 Artigos**, organizados segundo as melhores práticas de governança hospitalar, observando a legislação federal, estadual e municipal, bem como as normas técnicas e sanitárias aplicáveis aos serviços de saúde.

APROVAÇÃO
Diretoria Executiva — IMA

VIGÊNCIA
Indeterminada · Revisão bienal

EDIÇÃO
1ª · Versão Institucional

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Sumário

1 DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES 06

1.1 DA DENOMINAÇÃO, SEDE, NATUREZA JURÍDICA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL 07

1.2 DA FINALIDADE INSTITUCIONAL, MISSÃO, VISÃO E VALORES 08

1.3 DOS PRINCÍPIOS ASSISTENCIAIS E ÉTICOS 09

2 DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL 10

2.1 DOS NÍVEIS HIERÁRQUICOS 11

2.2 DO ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL 11

2.3 DA SUBORDINAÇÃO E LINHAS DE AUTORIDADE 12

3 DA GOVERNANÇA INSTITUCIONAL 13

3.1 DA ASSEMBLEIA GERAL 14

3.2 DA DIRETORIA EXECUTIVA ESTATUTÁRIA 14

3.3 DO CONSELHO FISCAL 14

3.4 DA DIRETORIA GERAL HOSPITALAR 15

3.5 DA INTEGRIDADE, COMPLIANCE E CONTROLE INTERNO 15

3.6 DO FLUXO DECISÓRIO INSTITUCIONAL 17

4 DAS DIRETORIAS ESTRATÉGICO-EXECUTIVAS 19

4.1 DA DIRETORIA FINANCEIRA 20

4.2 DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA 21

4.3 DA DIRETORIA MÉDICA 23

4.4 DA DIRETORIA DE OPERAÇÕES HOSPITALARES 25

4.5 DAS RELAÇÕES INTERDIRETORIAS 27

5 DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 28

5.1 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 29

5.2 DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) 29

5.3 DA UNIDADE DE PEDIATRIA 30

5.4 DO BLOCO CIRÚRGICO 31

5.5 DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME) 32

5.6 DAS ENFERMARIAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS 32

5.7 DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES 33

5.8 DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) 33

5.9 DO CENTRO DE ONCOLOGIA E QUIMIOTERAPIA 34

5.10 DA HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA 35

5.11 DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS 35

5.12 DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 36

5.13 DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL ("CASA DO SANGUE") 36

5.14 DA FARMÁCIA HOSPITALAR 37

5.15 DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF) 38

5.16 DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND) 38

5.17 DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL 39

6 DOS SERVIÇOS DE APOIO 41
6.1 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 42
6.2 DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR 42
6.3 DA LAVANDERIA HOSPITALAR 43
6.4 DA ROUPARIA 43
6.5 DA RECEPÇÃO 44
6.6 DA MANUTENÇÃO PREDIAL 44
6.7 DA CENTRAL DE GASES MEDICINAIS 45
6.8 DO ALMOXARIFADO 46
6.9 DO PATRIMÔNIO 46
6.10 DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI / SISTEMAS) 47
6.11 DOS RECURSOS HUMANOS (RH) 47
6.12 DO NECROTÉRIO 48
6.13 DAS RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DE APOIO 49

7 DAS COMISSÕES, COMITÊS E COLEGIADOS INSTITUCIONAIS 50
7.1 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 51
7.2 DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) 52
7.3 DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP) 53
7.4 DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM) 54
7.5 DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 54
7.6 DA COMISSÃO DE ÓBITOS 55
7.7 DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT) 55
7.8 DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) 56
7.9 DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT) 56
7.10 DA COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSFUSÃO (CHT) 57
7.11 DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN) 57
7.12 DA COMISSÃO DE ONCOLOGIA 58
7.13 DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS) 58
7.14 DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA) E SESMT 59
7.15 DO COMITÊ DE GOVERNANÇA HOSPITALAR 60
7.16 DO COMITÊ DE CRISE E PLANO DE CONTINGÊNCIA 60
7.17 DAS COMISSÕES EVENTUAIS E ESPECIAIS 61
7.18 DAS COMISSÕES VINCULADAS AO ENSINO E PESQUISA 62
7.19 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS COMISSÕES 62

8 DO CORPO CLÍNICO 63
8.1 DA DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO 64
8.2 DO CREDENCIAMENTO 64
8.3 DOS DIREITOS DO CORPO CLÍNICO 65
8.4 DOS DEVERES DO CORPO CLÍNICO 65
8.5 DAS SANÇÕES ÉTICAS E DISCIPLINARES 66

9 DO CORPO DE COLABORADORES 68
9.1 DA DEFINIÇÃO E VÍNCULOS 69
9.2 DA ADMISSÃO 69
9.3 DOS DIREITOS DOS COLABORADORES 70
9.4 DOS DEVERES DOS COLABORADORES 70
9.5 DA POLÍTICA INSTITUCIONAL ANTIASSÉDIO E ANTIDISCRIMINAÇÃO 71

10 DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS 72
10.1 DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE 73
10.2 DA OUVIDORIA INSTITUCIONAL 74
10.3 DA POLÍTICA DE VISITAS E ACOMPANHANTES 74
10.4 DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD) 75

11 DO REGIME DISCIPLINAR 76
11.1 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 77
11.2 DAS INFRAÇÕES 77
11.3 DAS PENALIDADES 78
11.4 DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO 79
11.5 DOS RECURSOS 79

12 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, TRANSITÓRIAS E FINAIS 81
12.1 DA HIERARQUIA NORMATIVA INSTITUCIONAL 82
12.2 DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO 82
12.3 DA PUBLICIDADE E DO ACESSO 83
12.4 DOS ANEXOS 83
12.5 DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS 84
12.6 DISPOSIÇÕES FINAIS 84

12	91	207
TÍTULOS	CAPÍTULOS	ARTIGOS

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE, NATUREZA JURÍDICA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Art. 1º — O presente Regimento Interno disciplina o funcionamento administrativo, técnico, assistencial e operacional do **HOSPITAL MEMORIAL DE PERNAMBUCO — HMP**, unidade hospitalar mantida pelo **IMA — INSTITUTO MEMORIAL DO AGRESTE**, organização da sociedade civil (OSC) de finalidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, religiosos ou partidários, inscrita no CNPJ sob o nº 24.262.537/0001-98.

Art. 2º — O Hospital Memorial de Pernambuco tem sede e foro na cidade de Caruaru, Estado de Pernambuco, e atua por prazo indeterminado.

Art. 3º — O HMP é detentor das seguintes condições jurídico-institucionais:

- **I** Título de Utilidade Pública Municipal (Lei Municipal nº 5.493, de 28 de outubro de 2014);
- **II** Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social — CEBAS (Portaria nº 100/2015, de 28/09/2015; prorrogada pela Portaria nº 49, de 09/05/2022);
- **III** Habilitação no Sistema Único de Saúde — SUS;
- **IV** Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES.

Art. 4º — Este Regimento é hierarquicamente subordinado ao **Estatuto Social do IMA (Quarta Alteração Estatutária)** e integra-se ao **Plano Diretor Institucional**, ao Manual de Governança e demais documentos normativos institucionais, regulando-os no que diz respeito à operação hospitalar.

Art. 5º — A atuação do HMP fundamenta-se na seguinte base normativa:

- **I** Constituição Federal de 1988 (arts. 196 a 200);
- **II** Lei nº 8.080/1990 — Lei Orgânica da Saúde;
- **III** Lei nº 8.742/1993 — LOAS;
- **IV** Lei Complementar nº 187/2021 — Certificação CEBAS;
- **V** Lei nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015 — Marco Regulatório das OSC;
- **VI** Lei nº 16.722/2019 — Programa de Integridade do Estado de Pernambuco;
- **VII** Lei Estadual nº 15.210/2013 — Organizações Sociais de Saúde de PE;
- **VIII** Resoluções da ANVISA, em especial RDCs nº 36/2013 (Segurança do Paciente), nº 63/2011 (Boas Práticas Hospitalares) e correlatas;
- **IX** Portarias do Ministério da Saúde aplicáveis;
- **X** Resoluções dos Conselhos de Classe;
- **XI** Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);

XII Demais normas técnicas, sanitárias e éticas vigentes.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE INSTITUCIONAL, MISSÃO, VISÃO E VALORES

Art. 6º — O HMP tem por **finalidade institucional** prestar assistência hospitalar integral, humanizada, segura e de qualidade à população, com prioridade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a finalidade filantrópica do IMA e suas obrigações legais como entidade beneficente.

Art. 7º — Constituem **objetivos institucionais** do HMP:

I Prestar serviços hospitalares e ambulatoriais em regime de média e alta complexidade;

II Desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde;

III Garantir a segurança do paciente e a qualidade assistencial;

IV Promover ensino, pesquisa e formação técnico-científica em saúde, quando aplicável;

V Apoiar políticas públicas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal;

VI Manter gestão técnica, transparente, ética, sustentável e auditável.

Art. 8º — **MISSÃO:** Prestar assistência hospitalar humanizada, segura e resolutiva, contribuindo para a saúde da população do Agreste Pernambucano, com excelência técnica, responsabilidade social e gestão filantrópica sustentável.

Art. 9º — **VISÃO:** Ser referência regional em assistência hospitalar filantrópica de média e alta complexidade, reconhecida pela qualidade clínica, segurança do paciente, inovação e governança institucional.

Art. 10 · VALORES INSTITUCIONAIS:

I Humanização do cuidado;

II Segurança do paciente;

III Ética e integridade;

IV Transparência e prestação de contas;

V Responsabilidade social e filantrópica;

VI Valorização das pessoas;

VII Excelência técnica e melhoria contínua;

VIII Sustentabilidade institucional.

CAPÍTULO III

DOS PRINCÍPIOS ASSISTENCIAIS E ÉTICOS

Art. 11 · A atuação do HMP rege-se pelos seguintes princípios:

I Universalidade, integralidade e equidade do cuidado;

II Centralidade do paciente e dignidade da pessoa humana;

III Respeito à autonomia, privacidade e confidencialidade;

IV Prática profissional baseada em evidências científicas;

V Cultura justa de segurança e gestão de riscos;

VI Prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência;

VII Gestão por processos, indicadores e resultados;

VIII Sustentabilidade econômico-financeira e ambiental;

IX Cumprimento integral da legislação sanitária, trabalhista, tributária e regulatória;

X Conformidade com o programa de integridade institucional (Lei Estadual PE nº 16.722/2019).

TÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

CAPÍTULO I

DOS NÍVEIS HIERÁRQUICOS

Art. 12 · O HMP organiza-se em **quatro níveis hierárquicos** funcionais, articulados entre si por linhas de autoridade, responsabilidade e prestação de contas:

I — NÍVEL ESTRATÉGICO (Deliberativo Superior)

a) Assembleia Geral do IMA;

b) Diretoria Executiva Estatutária;

c) Conselho Fiscal.

II — NÍVEL ESTRATÉGICO–EXECUTIVO

a) Diretoria Geral;

b) Diretoria Financeira;

c) Diretoria Administrativa;

d) Diretoria Médica;

e) Diretoria de Operações Hospitalares.

III — NÍVEL TÁTICO Gerências, coordenações e responsabilidades técnicas vinculadas às diretorias executivas.

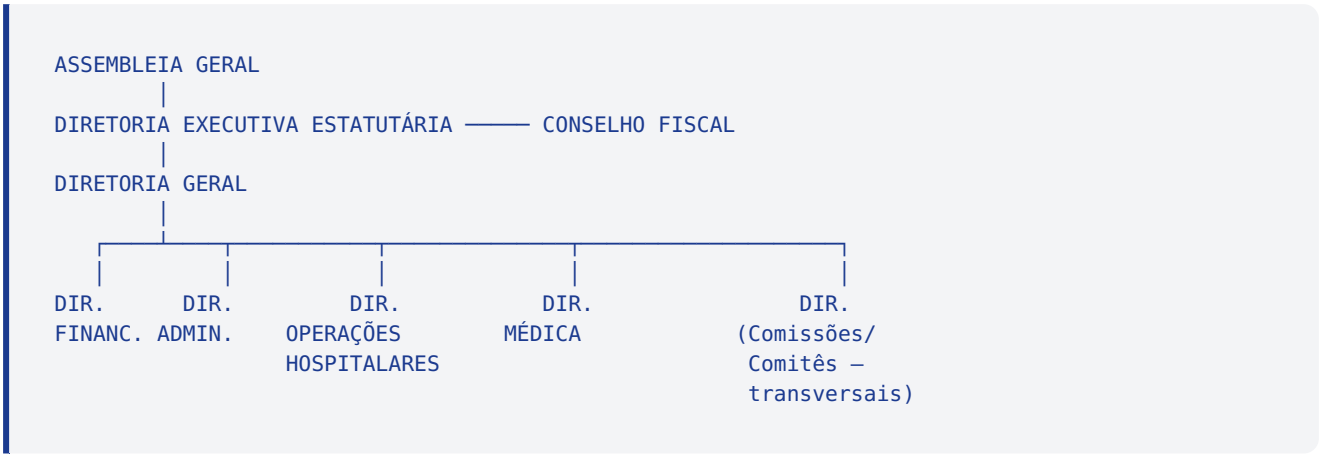
IV — NÍVEL OPERACIONAL Equipes assistenciais, técnicas, administrativas e de apoio que executam as atividades-fim e meio.

> ***Parágrafo único.*** Os colegiados, comitês e comissões obrigatórias atuam de forma **transversal**, com vínculo funcional à Diretoria Geral e relação técnica com a Diretoria Médica, conforme regulamentado no Título VII deste Regimento.

CAPÍTULO II

DO ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL

Art. 13 · A estrutura organizacional do HMP observa o seguinte encadeamento hierárquico:



§ 1º O detalhamento dos setores e subordinações de cada Diretoria é estabelecido no Título IV.

§ 2º O organograma oficial em forma gráfica integra o **Anexo I** deste Regimento.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO E LINHAS DE AUTORIDADE

Art. 14 · A autoridade institucional é exercida em cadeia descendente, sendo vedado pular níveis hierárquicos para deliberações administrativas, ressalvadas:

- **I** Situações de risco iminente à vida do paciente;
- **II** Eventos sentinela ou emergências sanitárias;
- **III** Determinações de autoridade sanitária, judicial ou Ministério Público;
- **IV** Acionamento de canais formais de Ouvidoria, Compliance ou Denúncia.

Art. 15 · Toda decisão administrativa, financeira, assistencial ou operacional será registrada, rastreável e auditável, vedando-se decisões verbais sem o devido formalismo institucional.

Art. 16 · As linhas de autoridade observarão a seguinte tipologia:

- **I** **Autoridade hierárquica** — exercida sobre subordinados diretos;
- **II** **Autoridade funcional/técnica** — exercida sobre processos transversais (ex.: CCIH, NSP);
- **III** **Autoridade estatutária** — exercida pela Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, nos termos do Estatuto.

TÍTULO III

DA GOVERNANÇA INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

DA ASSEMBLEIA GERAL

Art. 17 · A Assembleia Geral é o **órgão soberano** do IMA e do HMP, regida integralmente pelo Estatuto Social, competindo-lhe deliberar sobre matérias estatutárias, eleger e destituir membros da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal, aprovar contas e demais atribuições previstas no Estatuto.

> ***Parágrafo único.*** As deliberações da Assembleia Geral vinculam todos os órgãos, diretorias, colaboradores e prestadores de serviço do HMP.

CAPÍTULO II

DA DIRETORIA EXECUTIVA ESTATUTÁRIA

Art. 18 · A Diretoria Executiva é o órgão estatutário máximo de administração do IMA, com mandato e composição definidos no Estatuto Social, competindo-lhe:

- **I** Exercer a representação legal da instituição;
- **II** Aprovar políticas institucionais, planejamento estratégico e Plano Diretor;
- **III** Homologar a nomeação do Diretor Geral do HMP;
- **IV** Aprovar o orçamento anual, balanços e prestação de contas;
- **V** Deliberar sobre celebração de convênios, contratos de gestão, parcerias e captação de recursos;
- **VI** Autorizar aquisições, alienações e oneração de bens patrimoniais, observados os limites estatutários;
- **VII** Fiscalizar a execução institucional, mediante relatórios da Diretoria Geral.

> ***Parágrafo único.*** As deliberações da Diretoria Executiva serão registradas em ata e comunicadas formalmente à Diretoria Geral para execução operacional.

CAPÍTULO III

DO CONSELHO FISCAL

Art. 19 · O Conselho Fiscal é órgão estatutário de **fiscalização indelegável**, composto na forma do Art. 23 do Estatuto Social, competindo-lhe:

- **I** Examinar livros de escrituração contábil e fiscal;

II Opinar sobre balanços, balancetes e demonstrações financeiras;

III Requisitar documentação econômico-financeira;

IV Acompanhar auditorias externas independentes;

V Convocar Assembleia Geral Extraordinária em hipótese estatutária.

> ***Parágrafo único.*** O Conselho Fiscal terá acesso irrestrito aos relatórios da Diretoria Financeira do HMP, mediante requisição formal.

CAPÍTULO IV

DA DIRETORIA GERAL HOSPITALAR

Art. 20 · A **Diretoria Geral** é o órgão máximo de execução hospitalar, subordinada diretamente à Diretoria Executiva Estatutária, sendo responsável por:

I Conduzir a gestão integrada das Diretorias Estratégico-Executivas;

II Executar as políticas institucionais aprovadas pela Diretoria Executiva;

III Representar o HMP perante órgãos reguladores, fiscalizadores e parceiros, mediante delegação;

IV Articular as diretorias subordinadas e os colegiados transversais;

V Submeter à Diretoria Executiva relatórios gerenciais, indicadores institucionais e propostas estratégicas;

VI Homologar atos administrativos que excedam a alçada das diretorias subordinadas;

VII Presidir o Comitê de Governança Hospitalar.

> ***Parágrafo único.*** O Diretor Geral será indicado pela Diretoria Executiva, com mandato coincidente, podendo ser destituído na forma estatutária.

CAPÍTULO V

DA INTEGRIDADE, COMPLIANCE E CONTROLE INTERNO

Art. 21 · Fica instituída a **ENCARREGATURA DE COMPLIANCE, INTEGRIDADE E CONTROLE INTERNO**, órgão de assessoramento estratégico vinculado diretamente à Diretoria Executiva Estatutária, com autonomia funcional e técnica, em cumprimento à Lei nº 12.846/2013, Decreto Federal nº 11.129/2022, Lei Estadual PE nº 16.722/2019, Lei Complementar nº 187/2021 e Lei nº 13.019/2014.

Art. 22 · A Encarregatura de Compliance, Integridade e Controle Interno é exercida por profissional designado pela Diretoria Executiva, dotado de:

I Formação técnica compatível (Direito, Administração, Contabilidade, Auditoria ou áreas afins);

II Reputação ilibada;

III Inexistência de vínculo de subordinação operacional com as áreas fiscalizadas;

IV Estabilidade funcional reforçada, vedada sua destituição sem prévia deliberação da Diretoria Executiva, com manifestação do Conselho Fiscal.

Art. 23 · Compete ao Encarregado de Compliance, Integridade e Controle Interno:

I Implementar, manter e revisar o **Programa de Integridade Institucional**;

II Coordenar o **Código de Ética e Conduta** da instituição;

III Gerir o **Canal de Denúncias** institucional, garantindo sigilo, anonimato e não-retaliação;

IV Conduzir investigações internas, com produção de relatórios circunstanciados;

V Realizar análise de **due diligence** de fornecedores, parceiros, doadores e contratos relevantes;

VI Mapear riscos institucionais de integridade, fraude, conflito de interesses e descumprimento normativo;

VII Acompanhar a execução de convênios, contratos de gestão e emendas parlamentares, no aspecto de conformidade;

VIII Validar previamente a celebração de parcerias com o Poder Público (MROSC);

IX Atuar como interlocutor institucional com órgãos de controle externo (TCU, TCE, CGU, MP, SES);

X Subsidiar a Diretoria Executiva e o Conselho Fiscal com pareceres de conformidade;

XI Promover treinamentos periódicos em integridade e compliance;

XII Elaborar relatório anual de compliance, submetido à Diretoria Executiva, ao Conselho Fiscal e à Assembleia Geral;

XIII Articular-se com a função de **Encarregado de Dados (DPO/LGPD)**, podendo, conforme deliberação da Diretoria Executiva, acumular as duas atribuições.

Art. 24 · São prerrogativas da Encarregatura:

I Acesso irrestrito a documentos, sistemas, contratos, prontuários administrativos, registros financeiros e informações institucionais;

II Requisição de informações a qualquer setor, gerência ou diretoria do HMP, com prazo de resposta de até 5 (cinco) dias úteis;

III Recomendação de medidas corretivas, com acompanhamento de sua implementação;

IV Solicitação à Diretoria Executiva de instauração de procedimento administrativo investigativo (PAI);

V Comunicação direta ao Conselho Fiscal em casos de risco institucional grave.

Art. 25 · A Encarregatura submeterá à Diretoria Executiva, ordinariamente, relatórios:

I **Mensais** — de monitoramento operacional;

II **Trimestrais** — de gestão de riscos e canal de denúncias;

III **Anuais** — relatório integral de compliance e integridade.

Art. 26 · Fica vedada qualquer forma de **retaliação** contra denunciantes de boa-fé ou contra o próprio Encarregado, no exercício regular de suas funções.

> ***Parágrafo único.*** A violação ao disposto no caput constitui infração grave, sujeita às penalidades previstas no Título XI deste Regimento.

CAPÍTULO VI

DO FLUXO DECISÓRIO INSTITUCIONAL

Art. 27 · As decisões institucionais observarão o seguinte fluxo, conforme grau de impacto:

NÍVEL DA DECISÃO	ÓRGÃO COMPETENTE
Estatutária / patrimonial estrutural	Assembleia Geral
Estratégica institucional	Diretoria Executiva
Executiva e gerencial transversal	Diretoria Geral
Setorial (financeira, administrativa, médica, operacional)	Diretoria correspondente
Tática	Gerência/Coordenação
Operacional	Supervisão e equipes

Art. 28 · Toda decisão de impacto institucional será fundamentada por:

I Parecer técnico do setor demandante;

II Análise jurídica, quando aplicável;

III Parecer financeiro, quando houver impacto orçamentário;

IV Registro em ata ou documento formal;

V Comunicação aos setores envolvidos.

Art. 29 · Em situações de conflito de competência, prevalecerá a decisão do órgão de hierarquia superior, com registro formal e comunicação ao Comitê de Governança.

TÍTULO IV

DAS DIRETORIAS ESTRATÉGICO-EXECUTIVAS

CAPÍTULO I

DA DIRETORIA FINANCEIRA

Art. 30 · A **Diretoria Financeira** é o órgão estratégico-executivo responsável pela gestão econômico-financeira, contábil, orçamentária, tributária, de compras, contratos e captação de recursos do Hospital Memorial de Pernambuco, subordinada hierarquicamente à Diretoria Geral.

Art. 31 · O Diretor Financeiro será profissional indicado pela Diretoria Executiva e homologado nos termos do Estatuto, observados os seguintes requisitos:

I Formação superior em Administração, Economia, Ciências Contábeis ou áreas correlatas;

II Experiência mínima comprovada em gestão financeira de instituições de saúde ou de porte equivalente;

III Inexistência de conflito de interesses ou vedação legal;

IV Reputação ilibada;

V Compromisso formal com o Código de Ética e Conduta institucional.

Art. 32 · Compete à Diretoria Financeira:

I Elaborar e executar o **planejamento orçamentário** anual e plurianual do HMP, submetendo-o à Diretoria Executiva;

II Conduzir a gestão do **fluxo de caixa**, garantindo equilíbrio econômico-financeiro;

III Aprovar a **programação de pagamentos**, observados os critérios de prioridade e disponibilidade;

IV Supervisionar a **conciliação bancária**, escrituração contábil e fechamento mensal;

V Conduzir a **prestação de contas** dos recursos públicos, convênios, emendas parlamentares e contratos de gestão;

VI Coordenar a **execução de convênios e parcerias** firmadas com o Poder Público, observando a Lei nº 13.019/2014 e legislação estadual aplicável;

VII Conduzir a **gestão tributária**, observando as imunidades e isenções decorrentes do CEBAS e LC 187/2021;

VIII Supervisionar o **setor de Compras**, garantindo conformidade processual, cotação mínima de três fornecedores e auditabilidade;

IX Conduzir a **execução e gestão de contratos** com fornecedores, prestadores de serviço e parceiros;

X Coordenar a estratégia de **captação de recursos** institucionais (emendas parlamentares, editais, doações, patrocínios, projetos);

XI Supervisionar o **Faturamento** hospitalar (SUS, convênios e particular);

XII Apresentar à Diretoria Geral e à Diretoria Executiva relatórios gerenciais mensais e demonstrações contábeis;

XIII Garantir o atendimento a auditorias internas e externas;

XIV Manter interface técnica permanente com o Conselho Fiscal e a Encarregatura de Compliance;

XV Zelar pela sustentabilidade econômico-financeira da instituição.

Art. 33 · A estrutura subordinada à Diretoria Financeira compreende:

I **Coordenação Financeira** — articulação operacional entre os setores;

II **Analistas Financeiros** — execução técnica e analítica;

III **Setor de Faturamento** — produção e envio de faturas SUS, convênios e particular;

IV **Setor de Compras** — processos aquisitivos e cotações;

V **Setor de Execução e Gestão de Contratos** — formalização, vigência e fiscalização contratual;

VI **Setor de Captação de Recursos** — projetos, editais, emendas, doações e parcerias;

VII **Setor de Prestação de Contas** — execução técnica das contas a convênios e órgãos públicos;

VIII **Tesouraria** — movimentação financeira e bancária.

§ 1º Os setores subordinados à Diretoria Financeira terão atribuições detalhadas no respectivo **Manual Administrativo e Financeiro** e regulamentação por POPs específicos.

§ 2º O **Setor de Captação de Recursos**, embora subordinado à Diretoria Financeira, manterá articulação técnica permanente com a Diretoria Geral para alinhamento estratégico.

CAPÍTULO II

DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Art. 34 · A **Diretoria Administrativa** é o órgão estratégico-executivo responsável pela gestão de pessoas, patrimônio, suprimentos, tecnologia da informação e suporte administrativo do HMP, subordinada hierarquicamente à Diretoria Geral.

Art. 35 · O Diretor Administrativo será profissional indicado pela Diretoria Executiva, observados os seguintes requisitos:

I Formação superior em Administração, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou áreas correlatas;

II Experiência mínima comprovada em gestão administrativa hospitalar ou de instituições de saúde;

III Reputação ilibada;

IV Inexistência de conflito de interesses;

V Compromisso formal com o Código de Ética e Conduta institucional.

Art. 36 · Compete à Diretoria Administrativa:

I Coordenar a **gestão de pessoas** (recrutamento, seleção, admissão, integração, desenvolvimento, avaliação, desligamento);

II Conduzir o **dimensionamento de pessoal** das áreas assistenciais e administrativas, em articulação técnica com a Diretoria Médica e a Diretoria de Operações;

III Coordenar a **gestão patrimonial** (tombamento, movimentação, inventário, baixa e descarte), em conformidade com o Manual de Gestão Patrimonial e POPs vigentes;

IV Supervisionar a **gestão do almoxarifado** institucional;

V Conduzir a **gestão de Tecnologia da Informação** e Sistemas, incluindo infraestrutura, segurança da informação, sistemas hospitalares e prontuário eletrônico;

VI Coordenar o **apoio administrativo** transversal às demais diretorias;

VII Assegurar a **gestão documental** institucional (recepção, arquivamento, guarda, descarte);

VIII Garantir o cumprimento das obrigações **trabalhistas, previdenciárias e sindicais**;

IX Coordenar a **gestão de capacitação e desenvolvimento** dos colaboradores;

X Articular-se com o Encarregado de Dados (DPO/LGPD) para conformidade no tratamento de dados pessoais;

XI Conduzir a relação com **sindicatos, entidades de classe e cooperativas profissionais**;

XII Subsidiar a Diretoria Geral com indicadores de gestão de pessoas, patrimônio e tecnologia.

Art. 37 · A estrutura subordinada à Diretoria Administrativa compreende:

I **Recursos Humanos (RH)** — recrutamento, admissão, folha, escalas, capacitação, desligamento;

II **Patrimônio** — tombamento, controle, inventário e movimentação de bens;

III **Tecnologia da Informação (TI/Sistemas)** — infraestrutura, redes, sistemas e segurança da informação;

IV **Almoxarifado** — recebimento, armazenamento, controle de estoque e distribuição de materiais;

V **Apoio Administrativo** — suporte transversal, arquivo institucional, gestão documental.

> ***Parágrafo único.*** As atividades operacionais dos setores subordinados serão disciplinadas por POPs específicos, conforme relação oficial constante do Plano Diretor Institucional.

CAPÍTULO III

DA DIRETORIA MÉDICA

Art. 38 · A **Diretoria Médica** é o órgão estratégico-executivo responsável pela coordenação técnica e assistencial de todos os serviços médicos, assistenciais e multiprofissionais do HMP, subordinada hierarquicamente à Diretoria Geral, com responsabilidade técnica perante o Conselho Regional de Medicina (CREMEPE) e demais conselhos profissionais.

Art. 39 · O Diretor Médico será profissional indicado pela Diretoria Executiva, observados os seguintes requisitos:

I Graduação em Medicina e registro ativo no CREMEPE;

II Especialização em Gestão Hospitalar, Administração Hospitalar ou Medicina de Família/Comunidade (preferencial);

III Experiência mínima comprovada em coordenação de serviços hospitalares;

IV Inexistência de impedimento ético-profissional;

V Reputação ilibada;

VI Compromisso formal com o Código de Ética Médica e o Código de Ética e Conduta institucional.

> ***Parágrafo único.*** O Diretor Médico responde tecnicamente pelo HMP perante o CREMEPE como **Diretor Técnico**, nos termos das Resoluções CFM aplicáveis.

Art. 40 · Compete à Diretoria Médica:

I Coordenar a **assistência médica e multiprofissional** prestada no HMP;

II Supervisionar tecnicamente o **Corpo Clínico** (médicos efetivos, contratados e cooperados);

III Conduzir a **organização das escalas médicas**, em articulação com as coordenações de serviço;

IV Aprovar **protocolos clínicos e diretrizes assistenciais** institucionais;

V Presidir ou indicar representante para as **Comissões Técnicas Obrigatórias** (CCIH, NSP, Revisão de Prontuários, Óbitos, Farmácia e Terapêutica, Ética Médica, CIHDOTT, entre outras);

VI Garantir a **segurança do paciente** e a **gestão de riscos assistenciais**;

VII Conduzir a **gestão de eventos adversos**, eventos sentinela e notificações em saúde;

VIII Articular-se com a CCIH para **prevenção e controle de infecções** relacionadas à assistência;

IX Coordenar o **processo de admissão, alta, transferência e óbito** do paciente;

X Garantir a **qualidade do prontuário médico** (físico ou eletrônico), conformidade ética e LGPD;

XI Validar **escala de plantões**, sobreavisos e responsabilidades clínicas por unidade;

XII Conduzir a **gestão de OPME** (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) em articulação com Farmácia, CAF e Compras;

XIII Coordenar a relação com **conselhos profissionais** (CREMEPE, COREN, CRF, CRN, CRP, CFFa, CREFITO, entre outros);

XIV Garantir o cumprimento das **rotinas de notificação compulsória** à Vigilância Epidemiológica e Sanitária;

XV Coordenar a interface com a **Vigilância Sanitária**, SES-PE, MS e demais órgãos reguladores;

XVI Subsidiar a Diretoria Geral com indicadores assistenciais, de qualidade e de segurança.

Art. 41 · A estrutura subordinada à Diretoria Médica compreende:

I — Unidades de Assistência Direta:

a) **UTI** — Unidade de Terapia Intensiva;

b) **Bloco Cirúrgico** — incluindo Recuperação Pós-Anestésica;

c) **CME** — Central de Material e Esterilização;

d) **Enfermarias Clínicas** e **Enfermarias Cirúrgicas**;

e) **Ambulatório de Especialidades**;

f) **Centro de Oncologia**;

II — Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

a) **Laboratório de Análises Clínicas**;

b) **Diagnóstico por Imagem** (Raio-X e Ultrassonografia);

c) **Farmácia Hospitalar**;

d) **CAF** — Central de Abastecimento Farmacêutico;

III — Equipe Multiprofissional:

a) Enfermagem;

b) Fisioterapia;

c) **Nutrição** (clínica e produção de refeições);

d) **Psicologia**;

e) Serviço Social;

f) Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e demais especialidades conforme demanda.

§ 1º Cada unidade contará com **Coordenação Técnica** própria, subordinada à Diretoria Médica, com atribuições disciplinadas em regulamento específico.

§ 2º As unidades operam segundo POPs assistenciais institucionais, listados no Plano Diretor e regulamentados em manuais setoriais.

CAPÍTULO IV

DA DIRETORIA DE OPERAÇÕES HOSPITALARES

Art. 42 · A **Diretoria de Operações Hospitalares** é o órgão estratégico-executivo responsável pela gestão dos serviços de apoio operacional, hotelaria hospitalar, manutenção predial e atendimento de retaguarda do HMP, subordinada hierarquicamente à Diretoria Geral.

Art. 43 · O Diretor de Operações Hospitalares será profissional indicado pela Diretoria Executiva, observados os seguintes requisitos:

I Formação superior em Administração Hospitalar, Engenharia, Gestão de Serviços ou áreas correlatas;

II Experiência mínima comprovada em gestão operacional hospitalar, hotelaria hospitalar ou serviços de apoio em saúde;

III Reputação ilibada;

IV Inexistência de conflito de interesses;

V Compromisso formal com o Código de Ética e Conduta institucional.

Art. 44 · Compete à Diretoria de Operações Hospitalares:

I Coordenar a **operação diária integrada** dos serviços de apoio hospitalar;

II Supervisionar a **higienização, limpeza e desinfecção** das áreas assistenciais, administrativas e de apoio;

III Conduzir a **gestão da rouparia e lavanderia hospitalar**, observando as normas sanitárias e de biossegurança;

IV Coordenar a **manutenção predial preventiva e corretiva** das instalações físicas e dos sistemas (elétrico, hidráulico, gases medicinais, climatização);

V Conduzir a **gestão da recepção, acolhimento e controle de acesso** ao hospital;

VI Coordenar a **gestão de ocorrências operacionais** (interrupções, intercorrências de infraestrutura, eventos não-assistenciais);

VII Articular-se com a **CCIH** quanto à higienização hospitalar, gestão de resíduos (PGRSS) e biossegurança;

VIII Articular-se com a **Diretoria Médica** para garantir suporte operacional aos serviços assistenciais;

IX Supervisionar a **gestão do Necrotério** e procedimentos de óbito não-assistenciais;

X Conduzir a **gestão de fornecedores de serviços operacionais terceirizados** (em articulação com a Diretoria Financeira);

XI Garantir o cumprimento das **normas de segurança do trabalho** e o funcionamento do SESMT/CIPA;

XII Subsidiar a Diretoria Geral com indicadores operacionais e de hotelaria hospitalar.

Art. 45 · A estrutura subordinada à Diretoria de Operações Hospitalares compreende:

I **Gerência Operacional** — coordenação geral dos serviços de apoio;

II **Higienização** — limpeza concorrente, terminal e desinfecção;

III **Rouparia** — distribuição, controle e gestão do enxoval hospitalar;

IV **Lavanderia Hospitalar** — processamento de roupas conforme protocolos sanitários;

V **Manutenção Predial** — manutenção preventiva, corretiva e gestão de equipamentos prediais;

VI **Recepção** — atendimento, acolhimento, registro de visitantes e controle de acesso;

VII **Necrotério** — guarda e liberação de corpos, em articulação com a Diretoria Médica.

> ***Parágrafo único.*** Os serviços subordinados à Diretoria de Operações operam segundo POPs específicos, listados no Plano Diretor Institucional, com observância das normas da ANVISA, do Ministério do Trabalho, do CONAMA e da Vigilância Sanitária estadual e municipal.

CAPÍTULO V

DAS RELAÇÕES INTERDIRETORIAS

Art. 46 · As Diretorias Estratégico-Executivas atuarão de forma **integrada e colaborativa**, sob a coordenação da Diretoria Geral, observando os seguintes princípios:

I **Articulação técnica permanente** entre Diretoria Médica e Diretoria de Operações Hospitalares para garantir suporte ao cuidado;

II **Articulação financeira-administrativa** entre Diretoria Financeira e Diretoria Administrativa para gestão integrada de pessoas, contratos e suprimentos;

III **Articulação técnica** entre Diretoria Administrativa (TI) e Diretoria Médica para gestão do prontuário eletrônico e sistemas assistenciais;

IV **Articulação institucional** entre todas as Diretorias e a Encarregatura de Compliance para garantia de conformidade.

Art. 47 · Fica instituído o **Colegiado Diretivo**, presidido pela Diretoria Geral e composto pelos Diretores Estratégico-Executivos, com reunião ordinária semanal, competindo-lhe:

I Deliberar sobre demandas transversais;

II Avaliar indicadores institucionais e operacionais;

III Aprovar planos de ação interdepartamentais;

IV Tratar de conflitos de competência;

V Subsidiar decisões a serem submetidas à Diretoria Executiva.

> ***Parágrafo único.*** As reuniões do Colegiado Diretivo serão registradas em ata, com pauta, deliberações e responsáveis, sendo o arquivo mantido pela Secretaria Executiva da Diretoria Geral.

TÍTULO V

DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 48 · Os Serviços Assistenciais do HMP constituem a **atividade-fim** institucional e operam sob coordenação técnica da Diretoria Médica, observando:

I Protocolos clínicos institucionais baseados em evidências científicas;

II Diretrizes da ANVISA, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE);

III Resoluções dos Conselhos Profissionais aplicáveis;

IV Metas Nacionais de Segurança do Paciente (RDC ANVISA nº 36/2013);

V Padrões de acreditação hospitalar (ONA);

VI POPs assistenciais institucionais.

Art. 49 · Toda unidade assistencial contará, no mínimo, com:

I **Coordenação Técnica** (médica e/ou de enfermagem, conforme natureza do serviço);

II **Responsável Técnico** registrado em conselho profissional;

III **Escala de plantão** publicada e validada;

IV **POPs vigentes** específicos da unidade;

V **Dimensionamento de pessoal** conforme normas técnicas (Resoluções COFEN, CFM e correlatas);

VI **Indicadores assistenciais** mensais consolidados.

> ***Parágrafo único.*** O funcionamento regular de cada serviço assistencial está condicionado à manutenção das **habilitações sanitárias, certificações ministeriais, alvarás e responsabilidades técnicas** exigidas pela legislação vigente, sendo vedada a operação fora dos limites das autorizações aplicáveis.

CAPÍTULO II

DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Art. 50 · A **UTI** é a unidade destinada à assistência de pacientes graves ou potencialmente graves, em regime de internação contínua, com monitoramento intensivo e suporte de vida, regida pela RDC ANVISA nº 7/2010 e correlatas.

Art. 51 · Compete à Coordenação da UTI:

- **I** Garantir a assistência médico-intensiva 24 horas, com plantonista presencial;
- **II** Conduzir os processos de **admissão, monitoramento contínuo, transferência e alta** do paciente crítico;
- **III** Aplicar protocolos de **sedação, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico, nutricional e renal**;
- **IV** Cumprir os **bundles de prevenção** (PAV, ITU-AC, ICS) em articulação com a CCIH;
- **V** Garantir o **dimensionamento de pessoal** conforme RDC 7/2010;
- **VI** Manter **registro clínico contínuo** com qualidade assistencial e jurídica;
- **VII** Coordenar o **acolhimento à família**, comunicação de prognóstico e orientações;
- **VIII** Articular-se com o **CIHDOTT** nos casos de potencial doação de órgãos e tecidos;
- **IX** Notificar **eventos adversos, eventos sentinela e óbitos** ao NSP e à Comissão de Óbitos.

Art. 52 · A UTI funciona em articulação direta com Bloco Cirúrgico, Pronto Atendimento, Enfermarias, Pediatria, Hemodinâmica, Imagem, Laboratório, Farmácia e CCIH.

CAPÍTULO III

DA UNIDADE DE PEDIATRIA

Art. 53 · A **Unidade de Pediatria** é destinada à internação clínica e cirúrgica de pacientes pediátricos, com estrutura física, equipamentos, materiais e equipe técnica próprios, observando o **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)**, a **Lei nº 11.104/2005** (brinquedoteca) e as RDCs ANVISA aplicáveis.

Art. 54 · Compete à Coordenação da Pediatria:

- **I** Conduzir admissão, internação, evolução, alta e transferência do paciente pediátrico;
- **II** Garantir **acompanhante em tempo integral** (ECA), com acomodação para o responsável;
- **III** Aplicar protocolos pediátricos específicos (PALS, dose pediátrica padronizada, identificação reforçada, prevenção de quedas e lesão por pressão em crianças);
- **IV** Conduzir **comunicação adaptada** à criança e à família, com apoio de Psicologia e Serviço Social;
- **V** Articular-se com referência externa para UTI Pediátrica/Neonatal enquanto não houver no HMP;
- **VI** Manter **brinquedoteca** e estímulo lúdico (Lei nº 11.104/2005);

VII Cumprir notificações compulsórias específicas (maus-tratos, violência infantil), com **acionamento do Conselho Tutelar** quando aplicável;

VIII Articular-se com a equipe multiprofissional e a Diretoria Médica.

§ 1º A guarda de criança ou adolescente desacompanhado será **imediatamente notificada ao Conselho Tutelar**.

§ 2º O Serviço de Nutrição garantirá alimentação adequada à faixa etária pediátrica.

CAPÍTULO IV

DO BLOCO CIRÚRGICO

Art. 55 · O **Bloco Cirúrgico** é a unidade destinada à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, incluindo a **Recuperação Pós-Anestésica (RPA)**, regida pela RDC ANVISA nº 50/2002 e correlatas.

Art. 56 · Compete à Coordenação do Bloco Cirúrgico:

I Conduzir o **agendamento cirúrgico** integrado e priorização clínica;

II Garantir a aplicação do **Checklist de Cirurgia Segura** (OMS/ANVISA) em 100% dos procedimentos;

III Coordenar a **preparação de sala**, instrumentais, materiais e equipamentos;

IV Articular-se com a **CME** para garantir disponibilidade de materiais esterilizados;

V Articular-se com **Anestesiologia, Cirurgia e Enfermagem perioperatória**;

VI Garantir o **registro cirúrgico completo** (descrição cirúrgica, anestésica e pós-anestésica);

VII Coordenar a **gestão de OPME** em articulação com Farmácia, Compras e Auditoria;

VIII Garantir a **prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC)** com CCIH;

IX Conduzir o **pós-operatório imediato** na RPA;

X Notificar eventos adversos cirúrgicos e anestésicos ao NSP.

> ***Parágrafo único.*** O Bloco Cirúrgico contempla, entre suas especialidades, **cirurgia ortopédica, cirurgia geral, cirurgia ginecológica, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular** e demais conforme demanda institucional e habilitação dos profissionais do Corpo Clínico.

CAPÍTULO V

DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)

Art. 57 · A **CME** é a unidade responsável pelo processamento de produtos para saúde, regida pela RDC ANVISA nº 15/2012.

Art. 58 · Compete à Coordenação da CME:

- **I** **Receber materiais contaminados** com observância de biossegurança;
- **II** Conduzir as etapas de **limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição**;
- **III** Aplicar e registrar **indicadores físicos, químicos e biológicos** de esterilização;
- **IV** Manter **rastreabilidade** completa de cada lote processado;
- **V** Garantir **dimensionamento de pessoal** e qualificação técnica conforme RDC 15/2012;
- **VI** Articular-se com Bloco Cirúrgico, UTI, CCIH e demais unidades demandantes;
- **VII** Conduzir a **gestão de equipamentos** (autoclaves, lavadoras, seladoras) com manutenção preventiva e calibração;
- **VIII** Notificar não-conformidades ao NSP e à CCIH.

CAPÍTULO VI

DAS ENFERMARIAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

Art. 59 · As **Enfermarias** são as unidades destinadas à internação de pacientes em regime clínico ou cirúrgico, organizadas por **complexidade e especialidade**.

Art. 60 · Compete às Coordenações de Enfermaria:

- **I** Conduzir o processo de **admissão, internação, evolução, alta e transferência** do paciente;
- **II** Garantir a **administração segura de medicamentos** (9 certos);
- **III** Aplicar protocolos de **prevenção de quedas, lesão por pressão, identificação do paciente e comunicação efetiva**;
- **IV** Conduzir a **passagem de plantão** com SBAR ou metodologia institucional;
- **V** Garantir **registros assistenciais** completos e tempestivos no prontuário;
- **VI** Articular-se com a **equipe multiprofissional**, Farmácia, SND, Fisioterapia e demais áreas;

VII Notificar eventos adversos ao NSP;

VIII Conduzir o **acolhimento ao paciente e familiares**, com aplicação das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

CAPÍTULO VII

DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Art. 61 · O **Ambulatório de Especialidades** é a unidade destinada ao atendimento eletivo em consultas médicas especializadas, procedimentos ambulatoriais e acompanhamento longitudinal de pacientes.

Art. 62 · Compete à Coordenação do Ambulatório:

I Conduzir o **cadastro, agendamento e regulação** de consultas;

II Garantir o **atendimento humanizado e tempestivo**;

III Conduzir os **encaminhamentos** intra e inter-hospitalares;

IV Garantir **registros em prontuário** com qualidade clínica e jurídica;

V Articular-se com a **Regulação Municipal/Estadual** quando aplicável;

VI Coordenar a **continuidade do cuidado** com a rede de atenção básica e especializada;

VII Articular-se com o NIR para regulação ambulatorial.

> ***Parágrafo único.*** O Ambulatório opera nas seguintes linhas de cuidado, dentre outras: **Ortopedia, Cardiologia, Endocrinologia, Ginecologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Neurologia, Oncologia Clínica, Nutrição, Psicologia** e demais conforme corpo clínico habilitado e cronograma de expansão definido no Plano Diretor.

CAPÍTULO VIII

DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

Art. 63 · O **NIR — Núcleo Interno de Regulação** é a unidade técnica responsável pela regulação interna de leitos, agendamentos, transferências, vagas e fluxo assistencial do HMP, em articulação com a Regulação Municipal e Estadual, nos termos da **Portaria GM/MS nº 312/2002**, **Portaria GM/MS nº 2.395/2011** e demais normas regulatórias do SUS.

Art. 64 · Compete ao NIR:

I Operar a **gestão de leitos** com mapa atualizado em tempo real;

II Conduzir admissão, transferência interna e alta sob a ótica regulatória;

III Articular-se com a **Central Estadual e Municipal de Regulação** (entrada e saída SUS);

IV Apoiar a Diretoria Médica na **priorização clínica e gestão de demanda**;

V Garantir a **transparência da fila** de espera e do acesso, observando os critérios SUS;

VI Monitorar indicadores de **taxa de ocupação, tempo médio de permanência, giro de leito, taxa de saída e reinternação**;

VII Articular **transferências externas** com NIRs de outras unidades;

VIII Subsidiar a Diretoria Geral com relatórios gerenciais regulatórios.

> ***Parágrafo único.*** O NIR funcionará em **regime ininterrupto (24h)**, com escala compatível com a operação hospitalar.

CAPÍTULO IX

DO CENTRO DE ONCOLOGIA E QUIMIOTERAPIA

Art. 65 · O **Centro de Oncologia** presta assistência integral ao paciente oncológico, abrangendo:

I Atendimento ambulatorial oncológico;

II **Quimioterapia antineoplásica** (manipulação e aplicação);

III Suporte clínico ao paciente oncológico;

IV Cuidados paliativos;

V Articulação com radioterapia (em rede), cirurgia oncológica e demais terapias, conforme habilitação.

Art. 66 · A unidade observará as Portarias do Ministério da Saúde sobre UNACON/CACON (Portaria GM/MS nº 140/2014 e atualizações), a **RDC ANVISA nº 220/2004** (Boas Práticas em Serviços de Terapia Antineoplásica) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer.

Art. 67 · A operação do Centro de Oncologia observará:

I Habilitação no Ministério da Saúde como **UNACON ou CACON**;

II Estrutura física conforme RDC 220/2004 (sala de manipulação, sala de aplicação, fluxos adequados);

III **Farmácia oncológica** com manipulação em **capela de fluxo laminar vertical** (cabine de segurança biológica);

IV Quadro técnico habilitado (oncologistas clínicos, hematologistas, enfermagem oncológica, farmacêutico oncológico, psicologia, nutrição clínica oncológica);

V Protocolos terapêuticos institucionais aprovados pela Diretoria Médica;

VI **Comissão de Oncologia** institucional;

VII Plano de gerenciamento de resíduos quimioterápicos (RDC ANVISA nº 222/2018).

CAPÍTULO X

DA HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Art. 68 · A **Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista** é destinada à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos por **cateterismo cardíaco e intervenções endovasculares**, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 50/2002**, **Portaria GM/MS nº 210/2004** e normas da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).

Art. 69 · A operação da Unidade de Hemodinâmica observará:

I Habilitação no Ministério da Saúde como Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista;

II Estrutura física com sala de cateterismo, recuperação pós-procedimento e área administrativa;

III Equipamento angiográfico de alta resolução, com manutenção preventiva e calibração;

IV Proteção radiológica conforme RDC ANVISA nº 330/2019;

V Quadro técnico habilitado (cardiologista intervencionista, enfermeiro hemodinamicista, técnico em radiologia, anestesista quando necessário);

VI **Protocolos de Cirurgia Segura** adaptados à hemodinâmica;

VII Articulação com UTI, Bloco Cirúrgico, Cardiologia Clínica, Cirurgia Cardíaca de referência e CME;

VIII **Protocolos para atendimento de IAM, AVC isquêmico (trombectomia) e demais emergências em janela terapêutica**.

CAPÍTULO XI

DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Art. 70 · O **Laboratório** é a unidade de apoio diagnóstico responsável pela coleta, processamento e liberação de exames laboratoriais, regido pela **RDC ANVISA nº 302/2005**.

Art. 71 · Compete à Coordenação do Laboratório:

- **I** Conduzir as fases **pré-analítica, analítica e pós-analítica**;
- **II** Manter **controle interno e externo de qualidade** (PNCQ, ControlLab ou equivalente);
- **III** Garantir a **liberação tempestiva** de resultados, com sinalização de valores críticos;
- **IV** Manter **biossegurança** e gestão de resíduos biológicos (PGRSS);
- **V** Articular-se com Coleta, Enfermagem, UTI, Bloco, Ambulatório, Pediatria, Oncologia e Hemodinâmica;
- **VI** Garantir a **rastreabilidade** de cada amostra;
- **VII** Manter **alvará sanitário, responsabilidade técnica e habilitações** vigentes.

CAPÍTULO XII

DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Art. 72 · O **Serviço de Imagem** compreende Raio-X, Ultrassonografia e, conforme expansão prevista no Plano Diretor, demais modalidades, observando a **RDC ANVISA nº 330/2019** e normas da **CNEN**.

Art. 73 · Compete à Coordenação de Imagem:

- **I** Conduzir o **agendamento, realização e laudo** de exames;
- **II** Garantir o **Programa de Garantia de Qualidade** em radiodiagnóstico;
- **III** Manter **proteção radiológica** de pacientes, trabalhadores e público (PPR);
- **IV** Garantir **dosimetria** dos trabalhadores expostos;
- **V** Manter **arquivamento digital de imagens** (PACS) e laudos com rastreabilidade;
- **VI** Articular-se com a Diretoria Médica para definição de protocolos.

CAPÍTULO XIII

DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL ("CASA DO SANGUE")

Art. 74 · A **Agência Transfusional**, denominada institucionalmente "Casa do Sangue", é a unidade técnica responsável pela recepção, armazenamento, distribuição e administração de hemocomponentes no HMP, regida pela **RDC ANVISA nº 34/2014**, **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS (Anexo IV)** e demais normas do Ministério da Saúde sobre Hemoterapia.

Art. 75 · Compete à Agência Transfusional:

- **I** Receber hemocomponentes do **Hemocentro Coordenador / Regional**, com conferência fiscal, técnica e de cadeia de frio;
- **II** Armazenar hemocomponentes em **refrigerador, congelador e agitador de plaquetas**, com monitoramento contínuo de temperatura e sistema de alarme;
- **III** Conduzir **testes pré-transfusionais** (tipagem ABO/Rh, prova cruzada, pesquisa de anticorpos irregulares) ou articular sua execução com laboratório referenciado;
- **IV** Liberar hemocomponentes mediante **prescrição médica formal** e protocolo institucional;
- **V** Acompanhar e monitorar **reações transfusionais**, com notificação à **hemovigilância (NOTIVISA)**;
- **VI** Manter **rastreabilidade integral** (doador → bolsa → receptor);
- **VII** Articular-se com a **Comissão Hospitalar de Transfusão (CHT)**, de constituição obrigatória;
- **VIII** Manter **Responsável Técnico médico hemoterapeuta ou hematologista** registrado;
- **IX** Atender fiscalizações da ANVISA e Hemocentro Coordenador.

> ***Parágrafo único.*** A Agência Transfusional poderá operar como **Unidade de Coleta** mediante habilitação específica.

CAPÍTULO XIV

DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Art. 76 · A **Farmácia Hospitalar** é a unidade responsável pela seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e farmacovigilância dos medicamentos e correlatos no HMP, sob responsabilidade técnica de farmacêutico registrado no CRF-PE, regida pela **RDC ANVISA nº 220/2004** e **Portaria MS nº 4.283/2010**.

Art. 77 · Compete à Coordenação da Farmácia Hospitalar:

- **I** Conduzir o **recebimento, conferência e armazenamento** de medicamentos;
- **II** Aplicar **controle de lote, validade e temperatura**;
- **III** Realizar a **dispensação** por sistema unitário ou de doses individualizadas;
- **IV** Conduzir o **controle de medicamentos sujeitos a controle especial** (Portaria SVS/MS nº 344/1998);
- **V** Operar o **Programa de Farmacovigilância** com notificação à ANVISA;
- **VI** Participar da **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)**;

VII Conduzir a **conciliação medicamentosa** na admissão, transferência e alta;

VIII Articular-se com a CCIH em relação ao **uso racional de antimicrobianos**;

IX Manter **inventário periódico** com rastreabilidade.

CAPÍTULO XV

DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

Art. 78 · A **CAF** é a unidade logística responsável pelo recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos para todas as unidades do HMP, subordinada tecnicamente à Farmácia Hospitalar.

Art. 79 · Compete à CAF:

I Conduzir o **recebimento de medicamentos e correlatos**, com conferência fiscal e técnica;

II Manter **armazenamento adequado** (temperatura, umidade, separação por classe);

III Operar **controle de estoque** (curva ABC, ponto de pedido, giro);

IV Conduzir **inventários** periódicos e anuais;

V Distribuir aos setores conforme **demanda programada e emergencial**;

VI Articular-se com Compras para reposição tempestiva;

VII Manter **rastreabilidade integral** dos lotes.

CAPÍTULO XVI

DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

Art. 80 · O **Serviço de Nutrição e Dietética (SND)** é a unidade responsável pela assistência nutricional aos pacientes internados, atendimento ambulatorial nutricional e produção de refeições para pacientes, acompanhantes e colaboradores, sob responsabilidade técnica de nutricionista registrado no CRN-6, regido pelas **Resoluções CFN nº 600/2018**, **RDC ANVISA nº 216/2004** e demais normas correlatas.

Art. 81 · Compete ao SND:

I Conduzir **avaliação nutricional** na admissão e durante a internação;

II Prescrever e executar a **Terapia Nutricional Enteral, Parenteral e Oral**, conforme protocolos institucionais e **RDC ANVISA nº 63/2000** e correlatas;

III Compor a **Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)**, de constituição obrigatória conforme **Portaria SVS/MS nº 272/1998**;

IV Operar a **Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN)** com produção, distribuição e controle de refeições;

V Garantir **Boas Práticas de Manipulação de Alimentos** (RDC 216/2004);

VI Conduzir **auditorias higiênico-sanitárias** periódicas internas;

VII Articular-se com a **CCIH** para prevenção de infecções alimentares (DTA);

VIII Articular-se com a Diretoria Médica e a equipe multiprofissional em **rounds clínicos**;

IX Atender necessidades nutricionais específicas (**oncológicas, pediátricas, intensivas, gestantes, idosos**);

X Manter **Manual de Boas Práticas** e POPs da UAN.

§ 1º A UAN observará o Plano de Gerenciamento de Resíduos da Alimentação (Grupo D do PGRSS).

§ 2º A produção de refeições poderá ser executada em **regime próprio ou terceirizado**, mantido o Responsável Técnico nutricionista institucional.

CAPÍTULO XVII

DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Art. 82 · A **Equipe Multiprofissional** atua de forma integrada à assistência médica, com objetivo de garantir o cuidado integral ao paciente, compondo-se por:

I **Enfermagem** — sob coordenação de enfermeiro responsável técnico (RT) registrado no COREN-PE, com atuação em todas as unidades assistenciais;

II **Fisioterapia** — atuação em UTI, enfermarias, pediatria e ambulatório;

III **Psicologia** — assistência psicológica a pacientes, familiares e equipe, sob responsabilidade técnica registrada no CRP-2;

IV **Serviço Social** — orientação social, articulação com rede e apoio à alta hospitalar;

V **Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e demais especialidades** — conforme demanda institucional.

> ***Parágrafo único.*** O Serviço de Nutrição e Dietética compõe a assistência multiprofissional, ainda que regulamentado em capítulo próprio (Capítulo XVI) em razão de sua dimensão operacional (assistência clínica e UAN).

Art. 83 · Compete à Equipe Multiprofissional:

I Atuar de forma integrada com a equipe médica em **rounds multiprofissionais**;

II Aplicar **protocolos assistenciais específicos** de cada categoria profissional;

III Manter **registros próprios** no prontuário, com terminologia técnica;

IV Participar das **comissões institucionais** conforme designação;

V Contribuir para a **gestão de altas seguras** e continuidade do cuidado;

VI Respeitar a autonomia técnica e ética de cada categoria, observando os respectivos códigos deontológicos.

Parágrafo único.

Cada categoria profissional terá **Responsável Técnico (RT)** registrado no respectivo conselho de classe.

TÍTULO VI

DOS SERVIÇOS DE APOIO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 84 · Os **Serviços de Apoio** são unidades que garantem o suporte operacional, administrativo, logístico e tecnológico à atividade-fim do HMP, distribuídos hierarquicamente entre as Diretorias Administrativa e de Operações Hospitalares conforme estabelecido no Título IV.

Art. 85 · Os Serviços de Apoio operarão segundo:

I POPs específicos institucionais;

II Normas técnicas sanitárias, ambientais e de segurança do trabalho;

III Articulação permanente com a CCIH e com o SESMT/CIPA;

IV Indicadores operacionais monitorados mensalmente.

CAPÍTULO II

DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

Art. 86 · O Serviço de **Higienização Hospitalar** é responsável pela limpeza, desinfecção e gestão de resíduos das áreas hospitalares, regido pelas Diretrizes da ANVISA para Limpeza e Desinfecção de Superfícies e pelo PGRSS institucional.

Art. 87 · Compete à Higienização Hospitalar:

I Realizar **limpeza concorrente** (rotineira) e **limpeza terminal** (após alta, óbito ou alta complexidade);

II Aplicar **desinfetantes** conforme classificação de risco da área (crítica, semicrítica, não-crítica);

III Conduzir a **segregação, acondicionamento, coleta interna e transporte** de resíduos conforme PGRSS (RDC ANVISA nº 222/2018 e Resolução CONAMA nº 358/2005);

IV Operar **uso correto de EPIs** e biossegurança;

V Articular-se permanentemente com a **CCIH**;

VI Manter **registros de limpeza** das áreas, com horários, responsáveis e produtos utilizados.

CAPÍTULO III

DA LAVANDERIA HOSPITALAR

Art. 88 · A **Lavanderia Hospitalar** é responsável pelo processamento de roupas hospitalares, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 6/2012**, podendo operar em regime próprio ou terceirizado.

Art. 89 · Compete à Lavanderia:

I Realizar **coleta segregada** por grau de contaminação;

II Conduzir as etapas de **classificação, lavagem, secagem, calandragem, dobragem e armazenamento**;

III Manter **fluxo unidirecional** (área suja → área limpa) sem cruzamento;

IV Aplicar **controle térmico-químico** do processo conforme protocolo;

V Articular-se com a Rouparia para distribuição;

VI Manter **EPIs** e biossegurança para os colaboradores.

CAPÍTULO IV

DA ROUPARIA

Art. 90 · A **Rouparia** é responsável pela gestão do enxoval hospitalar (controle, distribuição, conservação e reposição).

Art. 91 · Compete à Rouparia:

I **Receber** o enxoval processado da lavanderia;

II **Distribuir** às unidades conforme demanda programada;

III Manter **controle quantitativo** por setor;

IV Conduzir **inventário periódico** do enxoval institucional;

V Articular-se com Patrimônio para baixa de itens inservíveis;

VI Solicitar à Diretoria Financeira a **reposição** do estoque conforme planejamento.

CAPÍTULO V

DA RECEPÇÃO

Art. 92 · A **Recepção** é o serviço responsável pelo primeiro contato institucional com pacientes, acompanhantes, visitantes, fornecedores e demais públicos.

Art. 93 · Compete à Recepção:

- **I** Realizar **atendimento e acolhimento humanizado**;
- **II** Efetuar **registro de entrada** de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- **III** Conduzir o **controle de acesso** aos setores hospitalares;
- **IV** Operar a **gestão documental** primária (cadastro, prontuário inicial, encaminhamentos);
- **V** Articular-se com Recepção Ambulatorial, Internação e Pronto Atendimento;
- **VI** Aplicar a Política de Visitas e Acompanhantes institucional;
- **VII** Cumprir a LGPD no tratamento de dados pessoais coletados.

CAPÍTULO VI

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

Art. 94 · A **Manutenção Predial** é responsável pela conservação física e funcional das instalações do HMP, incluindo sistemas elétrico, hidráulico, climatização, equipamentos prediais e mobiliário institucional.

Art. 95 · Compete à Manutenção Predial:

- **I** Executar **manutenção preventiva** conforme cronograma anual;
- **II** Atender **manutenção corretiva** mediante Ordem de Serviço (OS) registrada;
- **III** Manter **registro técnico** de cada intervenção (data, equipamento, responsável, peças substituídas);
- **IV** Coordenar a **calibração e inspeção** de equipamentos críticos (em articulação com Engenharia Clínica, quando houver);
- **V** Articular-se com SESMT/CIPA quanto à **segurança das instalações**;
- **VI** Manter **plano de contingência** para falhas críticas (energia, água);
- **VII** Articular-se com a Central de Gases Medicinais nas interfaces de rede e infraestrutura.

> ***Parágrafo único.*** A manutenção de equipamentos médico-assistenciais (Engenharia Clínica) será conduzida em articulação com a Diretoria Médica e poderá ser desenvolvida internamente ou por contrato com empresa especializada.

CAPÍTULO VII

DA CENTRAL DE GASES MEDICINAIS

Art. 96 · A **Central de Gases Medicinais** é a estrutura técnica responsável pelo armazenamento, distribuição e monitoramento dos gases medicinais utilizados na assistência — **oxigênio medicinal, ar comprimido medicinal, óxido nitroso, vácuo clínico e dióxido de carbono** — em conformidade com a **ABNT NBR 12.188/2016** (Sistemas centralizados de suprimento de gases medicinais), **RDC ANVISA nº 50/2002**, **Portaria MS nº 1.485/2016** e correlatas.

Art. 97 · Compete à gestão da Central de Gases Medicinais:

- **I** Manter as instalações da Central (cilindros, **tanques criogênicos**, **manifolds**, válvulas reguladoras, rede de distribuição) em condições operacionais seguras;
- **II** Conduzir **inspeções diárias, semanais, mensais e anuais** conforme cronograma técnico;
- **III** Manter **contrato de fornecimento** com empresa especializada qualificada perante a ANVISA;
- **IV** Operar **plano de contingência** para falha de suprimento (reserva, redundância e protocolo de emergência);
- **V** Garantir sinalização adequada, **área restrita** e **segurança contra incêndio** (NR-23);
- **VI** Manter registros de fornecimento, manutenção e ocorrências;
- **VII** Articular-se com **UTI, Bloco Cirúrgico, Enfermarias, Pediatria, Hemodinâmica, Oncologia, Manutenção Predial e SESMT**;
- **VIII** Conduzir **treinamento periódico** das equipes para uso seguro dos gases medicinais;
- **IX** Atender fiscalizações da ANVISA e Vigilância Sanitária.

> ***Parágrafo único.*** A Central de Gases Medicinais terá **Responsável Técnico habilitado** (engenheiro mecânico ou outro profissional qualificado), com **ART/RRT registrada** no respectivo Conselho.

CAPÍTULO VIII

DO ALMOXARIFADO

Art. 98 · O **Almoxarifado** é a unidade responsável pela recepção, armazenamento, controle e distribuição de materiais não-farmacêuticos (materiais de expediente, limpeza, descartáveis hospitalares não-críticos, EPIs, gêneros gerais).

Art. 99 · Compete ao Almoxarifado:

- **I** Receber materiais com **conferência fiscal e técnica**;
- **II** Armazenar conforme **critérios de organização e segurança**;
- **III** Operar **controle de estoque** (entradas, saídas, saldo, validade);
- **IV** Realizar **inventário periódico**;
- **V** Articular-se com Compras para reposição;
- **VI** Distribuir aos setores conforme **solicitação formal**.

CAPÍTULO IX

DO PATRIMÔNIO

Art. 100 · O Setor de **Patrimônio** é responsável pela gestão dos bens móveis e imóveis do HMP, em conformidade com o Manual de Gestão Patrimonial e POPs vigentes (Tombamento, Movimentação, Inventário, Baixa e Descarte, Termo de Responsabilidade).

Art. 101 · Compete ao Patrimônio:

- **I** Conduzir o **tombamento** de todo bem patrimonial adquirido, recebido em doação ou incorporado;
- **II** Manter **cadastro patrimonial** atualizado, com localização, responsável e estado de conservação;
- **III** Gerir a **movimentação** de bens entre setores, com registro formal;
- **IV** Conduzir **inventário anual** com termo conclusivo;
- **V** Conduzir **baixa e descarte** de bens inservíveis, conforme POP específico e aprovação da Diretoria Executiva;
- **VI** Emitir e atualizar **Termos de Responsabilidade Patrimonial** por responsável;
- **VII** Articular-se com a Diretoria Financeira para controle contábil-patrimonial;
- **VIII** Subsidiar prestações de contas com inventário e baixa-patrimonial.

CAPÍTULO X

DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI / SISTEMAS)

Art. 102 · O Setor de **Tecnologia da Informação** é responsável pela gestão da infraestrutura tecnológica, sistemas de informação hospitalar, segurança da informação e suporte aos usuários.

Art. 103 · Compete à TI:

- **I** Manter a **infraestrutura tecnológica** (servidores, rede, internet, telefonia, computadores, periféricos);
- **II** Administrar os **sistemas hospitalares** (sistema de gestão hospitalar, prontuário eletrônico, sistema financeiro, RH);
- **III** Garantir a **segurança da informação** (controle de acesso, backups, antivírus, criptografia, política de senhas);
- **IV** Conduzir a **conformidade com a LGPD** no tratamento de dados pessoais, em articulação com o Encarregado de Dados (DPO);
- **V** Manter **plano de continuidade de TI** (backup, disaster recovery);
- **VI** Atender **chamados de suporte** mediante sistema de tickets;
- **VII** Articular-se com a Diretoria Médica para gestão do **prontuário eletrônico**;
- **VIII** Validar tecnicamente a aquisição de novos sistemas e equipamentos de TI.

CAPÍTULO XI

DOS RECURSOS HUMANOS (RH)

Art. 104 · O Setor de **Recursos Humanos**, subordinado à Diretoria Administrativa, é responsável pelos processos de gestão de pessoas no HMP.

Art. 105 · Compete ao RH:

- **I** Conduzir **recrutamento e seleção** mediante POP específico;
- **II** Operacionalizar **admissão** (CLT, cooperados, PJ/MEI), com formalização contratual e documental;
- **III** Conduzir **integração institucional** de novos colaboradores;
- **IV** Gerir a **folha de pagamento**, benefícios, encargos e obrigações acessórias;
- **V** Operar o **controle de frequência, escalas e jornada**;
- **VI** Conduzir **avaliação de desempenho** e plano de desenvolvimento;

VII Coordenar **capacitação técnica institucional**, em articulação com Educação Continuada da Diretoria Médica;

VIII Conduzir **desligamentos** com observância da legislação trabalhista;

IX Gerir conflitos, medidas disciplinares e procedimentos administrativos;

X Atender **fiscalizações trabalhistas, previdenciárias e do Ministério Público do Trabalho**.

§ 1º A **Educação Continuada** assistencial é função compartilhada entre RH (logística e estrutura) e Diretoria Médica (conteúdo técnico).

§ 2º Os processos de RH observam os POPs específicos da relação oficial constante do Plano Diretor.

CAPÍTULO XII

DO NECROTÉRIO

Art. 106 · O **Necrotério** é a unidade responsável pela guarda temporária de corpos e procedimentos de liberação, observando normas sanitárias, éticas e legais vigentes.

Art. 107 · Compete ao Necrotério:

I Receber corpos mediante **declaração de óbito** assinada por médico habilitado;

II Manter **guarda em condições adequadas** de temperatura, identificação e dignidade;

III Conduzir a **liberação do corpo** mediante apresentação da documentação familiar exigida;

IV Articular-se com a **Diretoria Médica e Serviço Social** para apoio à família;

V Notificar **óbitos sob suspeita de causa externa ou violenta** ao IML, conforme legislação;

VI Manter **livro/registro** de movimentação com rastreabilidade;

VII Articular-se com Higienização para desinfecção do espaço após cada liberação.

CAPÍTULO XIII

DAS RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E DE APOIO

Art. 108 · Os Serviços Assistenciais e os Serviços de Apoio atuarão em regime de **integração funcional**, observando:

I Solicitações formais mediante sistema institucional (chamados, OS, requisições);

II Tempos de resposta padronizados (SLAs internos);

III Indicadores compartilhados de qualidade;

IV Articulação permanente em reuniões da Diretoria Geral e do Colegiado Diretivo.

Art. 109 · Eventuais conflitos entre serviços serão resolvidos:

I Em primeira instância, pelas coordenações envolvidas;

II Em segunda instância, pelas respectivas Diretorias;

III Em última instância, pela Diretoria Geral.

TÍTULO VII

DAS COMISSÕES, COMITÊS E COLEGIADOS INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 110 · As **Comissões, Comitês e Colegiados institucionais** são órgãos de natureza técnica, consultiva e/ou deliberativa, de caráter transversal, vinculados funcionalmente à Diretoria Geral e tecnicamente à Diretoria correspondente à sua matéria, com objetivo de:

I Garantir o cumprimento de exigências legais, sanitárias e regulatórias;

II Aprimorar a qualidade e a segurança da assistência;

III Apoiar a governança institucional;

IV Mitigar riscos clínicos, operacionais e institucionais;

V Promover a melhoria contínua dos processos.

Art. 111 · As comissões institucionais classificam-se em:

I **Comissões Obrigatórias por força de lei ou normativa sanitária**;

II **Comissões Técnico-Assistenciais**;

III **Comitês de Governança e Gestão**;

IV **Comissões Eventuais**, constituídas para fins específicos e prazo determinado.

Art. 112 · Toda comissão institucional observará:

I **Ato formal de constituição** mediante Portaria da Diretoria Executiva ou Diretoria Geral, conforme alçada;

II **Regimento próprio** aprovado pela Diretoria Geral;

III **Composição multiprofissional** quando aplicável;

IV **Mandato definido** dos membros (regra geral: 2 anos, renovável);

V **Reuniões periódicas** registradas em ata;

VI **Plano anual de trabalho** com indicadores;

VII **Relatório anual** submetido à Diretoria Geral.

Art. 113 · As comissões manterão **livro próprio de atas** (físico ou eletrônico), assinadas pelos membros presentes, com guarda permanente.

Art. 114 · A participação em comissões institucionais constitui **atribuição funcional** do colaborador designado, vedada a recusa injustificada.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Art. 115 · A **CCIH** é órgão técnico-consultivo e deliberativo de constituição obrigatória, em conformidade com a **Lei nº 9.431/1997** e a **Portaria MS nº 2.616/1998**, responsável pela execução das ações do **Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)**.

Art. 116 · A CCIH terá composição mínima:

I **Membros consultores** (representantes do Serviço Médico, de Enfermagem, de Farmácia, do Laboratório de Microbiologia e da Administração);

II **Membros executores** (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar — SCIH), com dedicação exclusiva conforme dimensionamento legal;

III **Presidente** designado pela Diretoria Médica entre os membros médicos.

Art. 117 · Compete à CCIH:

I Elaborar, implementar e avaliar o **PCIH**;

II Conduzir a **vigilância epidemiológica** das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);

III Definir e monitorar **indicadores** de infecção (densidade de incidência, taxa de IRAS, perfil de resistência antimicrobiana);

IV Aprovar e fiscalizar o **uso racional de antimicrobianos**;

V Coordenar a **investigação de surtos** e adoção de medidas de controle;

VI Articular-se com **CME, Higienização, Lavanderia, Bloco Cirúrgico, UTI, SND, Manutenção (climatização)** e demais setores;

VII Notificar à **Vigilância Sanitária e Epidemiológica** os eventos de notificação compulsória;

VIII Conduzir **capacitações periódicas** em prevenção e controle de IRAS;

IX Validar **protocolos de antissepsia, desinfecção e esterilização**;

X Inspecionar áreas críticas com periodicidade definida.

Art. 118 · A CCIH reunir-se-á **ordinariamente uma vez por mês** e extraordinariamente sempre que necessário, em especial em situações de surto.

> ***Parágrafo único.*** O **Relatório Anual de IRAS** será submetido à Diretoria Médica, à Diretoria Geral, à Vigilância Sanitária e ao NSP.

CAPÍTULO III

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

Art. 119 · O **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 36/2013** e o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP — Portaria GM/MS nº 529/2013)**, vinculado à Diretoria Geral, responsável pela promoção da cultura de segurança e gestão de riscos assistenciais.

Art. 120 · Composição do NSP:

I Profissionais multiprofissionais designados, com dedicação compatível com as atribuições;

II **Coordenador** designado pela Diretoria Geral;

III Representantes da CCIH, Farmácia, Enfermagem, Diretoria Médica e Diretoria de Operações.

Art. 121 · Compete ao NSP:

I Elaborar, implementar e revisar o **Plano de Segurança do Paciente (PSP)**;

II Implementar e monitorar os **Protocolos das Metas Internacionais e Nacionais de Segurança do Paciente**:

a) Identificação correta do paciente;

b) Comunicação efetiva;

c) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

d) Cirurgia segura;

e) Higiene das mãos (em articulação com CCIH);

f) Prevenção de quedas;

g) Prevenção de lesão por pressão;

III Conduzir a **gestão de eventos adversos**, com classificação, análise de causa raiz (RCA) e plano de ação;

IV Notificar eventos adversos à **ANVISA via NOTIVISA**, conforme RDC 36/2013;

V Investigar **eventos sentinela** (never events);

VI Promover **cultura justa de segurança**;

VII Conduzir **capacitações** em segurança do paciente;

VIII Articular-se com CCIH, CFT, NIR, Diretoria Médica e demais comissões;

IX Apresentar **Relatório Semestral** de segurança do paciente.

Art. 122 · O NSP reunir-se-á **ordinariamente uma vez por mês**, com pautas registradas em ata.

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

Art. 123 · A **Comissão de Ética Médica** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Resolução CFM nº 2.152/2016** e atualizações, eleita pelo Corpo Clínico do HMP e vinculada ao CREMEPE.

Art. 124 · Compete à CEM:

- **I** Supervisionar o cumprimento do **Código de Ética Médica** no âmbito do HMP;
- **II** Conduzir **sindicâncias éticas internas**, com posterior encaminhamento ao CREMEPE quando aplicável;
- **III** Atuar de forma **educativa e preventiva** junto ao Corpo Clínico;
- **IV** Acompanhar denúncias éticas relativas à prática médica;
- **V** Promover **fóruns de ética médica** no hospital;
- **VI** Articular-se com a Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Óbitos e NSP;
- **VII** Manter sigilo absoluto sobre os procedimentos sob sua análise.

> ***Parágrafo único.*** A CEM é **autônoma e independente**, não cabendo interferência hierárquica em suas deliberações éticas, observando estritamente o disposto na Resolução CFM nº 2.152/2016.

CAPÍTULO V

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Art. 125 · A **Comissão de Revisão de Prontuários** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Resolução CFM nº 1.638/2002**, responsável pela avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários clínicos.

Art. 126 · Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- **I** Avaliar a **qualidade do registro clínico** (legibilidade, completude, identificação do profissional, data e hora);
- **II** Verificar o **cumprimento das exigências legais** do prontuário (Resolução CFM 1.638/2002, LGPD, Portarias MS);
- **III** Identificar **não-conformidades** e propor planos de ação;

IV Articular-se com a Diretoria Médica e o NSP para correção sistêmica de falhas;

V Conduzir **auditoria amostral mensal** de prontuários;

VI Garantir a **guarda e o sigilo** dos prontuários conforme Resolução CFM 1.821/2007 e LGPD;

VII Apresentar **Relatório Trimestral** de qualidade do prontuário.

CAPÍTULO VI

DA COMISSÃO DE ÓBITOS

Art. 127 · A **Comissão de Óbitos** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Resolução CFM** e normas correlatas, responsável pela análise crítica dos óbitos ocorridos no HMP.

Art. 128 · Compete à Comissão de Óbitos:

I Revisar o **prontuário e a declaração de óbito** de todos os óbitos hospitalares;

II Classificar os óbitos como **evitáveis, parcialmente evitáveis ou inevitáveis**;

III Identificar **falhas assistenciais** passíveis de correção;

IV Articular-se com NSP, CCIH, Comissão de Revisão de Prontuários e CIHDOTT;

V Conduzir **discussão técnica** dos óbitos sentinela;

VI Garantir a **qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito**;

VII Notificar óbitos suspeitos de causa externa às autoridades competentes;

VIII Apresentar **Relatório Trimestral** à Diretoria Médica.

CAPÍTULO VII

DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

Art. 129 · A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Portaria MS nº 4.283/2010**, responsável pela política institucional de medicamentos.

Art. 130 · Compete à CFT:

I Elaborar e revisar a **Relação de Medicamentos Padronizados (REMUME hospitalar)**;

II Avaliar **solicitações de inclusão, exclusão e substituição** de medicamentos;

III Estabelecer **protocolos terapêuticos** institucionais;

IV Definir política de **uso racional de medicamentos**;

V Articular-se com a CCIH na política de **antimicrobianos**;

VI Conduzir **farmacoeconomia** institucional;

VII Apoiar a **Farmacovigilância** em articulação com a Farmácia Hospitalar;

VIII Apresentar **Relatório Semestral** à Diretoria Médica.

CAPÍTULO VIII

DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Art. 131 · A **Comissão de Padronização de Materiais e OPME** é órgão técnico-consultivo responsável pela padronização institucional de materiais médico-hospitalares, em articulação com a CFT e a Diretoria Financeira.

Art. 132 · Compete à Comissão de Padronização:

I Elaborar e revisar a **Relação de Materiais Padronizados**;

II Avaliar **solicitações de novos materiais** e OPME;

III Estabelecer critérios técnicos e econômicos de padronização;

IV Articular-se com Bloco Cirúrgico, UTI, Hemodinâmica, Compras e Auditoria;

V Conduzir **avaliação de fornecedores** quanto à qualidade técnica;

VI Subsidiar a Diretoria Financeira em processos de compra de OPME.

CAPÍTULO IX

DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

Art. 133 · A **CIHDOTT** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Lei nº 9.434/1997**, **Portaria GM/MS nº 2.600/2009** e atualizações, responsável pela organização do processo de doação de órgãos e tecidos.

Art. 134 · Compete à CIHDOTT:

I Conduzir o **rastreamento, identificação e notificação** de potenciais doadores;

II Notificar à **Central Estadual de Transplantes** todos os casos de morte encefálica;

III Conduzir a **entrevista familiar** com profissional habilitado;

IV Coordenar a **manutenção do potencial doador** em articulação com UTI;

V Articular logística de **captação de órgãos e tecidos** com a CET-PE;

VI Promover **educação continuada** sobre doação;

VII Apresentar **Relatórios Periódicos** à Central Estadual e à Diretoria Médica.

CAPÍTULO X

DA COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSFUSÃO (CHT)

Art. 135 · A **Comissão Hospitalar de Transfusão (CHT)** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 34/2014**, responsável pelas políticas institucionais de hemoterapia.

Art. 136 · Compete à CHT:

I Elaborar **protocolos de indicação transfusional** baseados em evidências;

II Monitorar **indicadores de hemoterapia** (consumo, descarte, reações);

III Conduzir a **hemovigilância**, com notificação ao NOTIVISA;

IV Avaliar **reações transfusionais** e propor medidas corretivas;

V Promover **educação continuada** em hemoterapia;

VI Articular-se com Agência Transfusional ("Casa do Sangue"), UTI, Bloco Cirúrgico, Oncologia e Pediatria;

VII Apresentar **Relatório Anual** à ANVISA, à Diretoria Médica e à Diretoria Geral.

CAPÍTULO XI

DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

Art. 137 · A **EMTN** é órgão de constituição obrigatória, em conformidade com a **Portaria SVS/MS nº 272/1998** e **RDC ANVISA nº 63/2000**, responsável pela política institucional de terapia nutricional.

Art. 138 · Composição mínima da EMTN:

I **Médico** designado;

II **Nutricionista** (preferencialmente coordenador);

III **Enfermeiro**;

IV **Farmacêutico**.

Art. 139 · Compete à EMTN:

- **I** Estabelecer **protocolos institucionais de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral**;
- **II** Avaliar e acompanhar pacientes em **terapia nutricional**;
- **III** Monitorar **indicadores de qualidade** da terapia nutricional;
- **IV** Promover **educação continuada** das equipes;
- **V** Articular-se com SND, Farmácia, UTI, Pediatria, Oncologia e Enfermarias;
- **VI** Apresentar **Relatório Semestral** à Diretoria Médica.

CAPÍTULO XII

DA COMISSÃO DE ONCOLOGIA

Art. 140 · A **Comissão de Oncologia** é órgão técnico vinculado ao Centro de Oncologia, em conformidade com as Portarias do Ministério da Saúde sobre UNACON/CACON.

Art. 141 · Compete à Comissão de Oncologia:

- **I** Estabelecer **protocolos terapêuticos oncológicos** institucionais;
- **II** Conduzir **discussão multidisciplinar de casos (tumor board)**;
- **III** Monitorar **indicadores oncológicos** (sobrevida, mortalidade, tempo de início de tratamento);
- **IV** Articular-se com Cirurgia, Hemodinâmica, Radioterapia (em rede), Farmácia Oncológica, SND e Cuidados Paliativos;
- **V** Apoiar pleitos de habilitação UNACON/CACON;
- **VI** Apresentar **Relatório Anual** à Diretoria Médica.

CAPÍTULO XIII

DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

Art. 142 · A **Comissão de Gerenciamento de Resíduos** é responsável pelo PGRSS institucional, em conformidade com a **RDC ANVISA nº 222/2018** e **Resolução CONAMA nº 358/2005**.

Art. 143 · Compete à Comissão PGRSS:

- **I** Elaborar, implementar e revisar o **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**;
- **II** Classificar os resíduos nos **Grupos A, B, C, D e E**;
- **III** Definir **fluxos de segregação, acondicionamento, coleta interna e externa, tratamento e destinação final**;
- **IV** Articular-se com Higienização, CCIH, Manutenção, Farmácia Oncológica e Imagem;
- **V** Capacitar colaboradores no manejo seguro de resíduos;
- **VI** Monitorar indicadores de geração e destinação;
- **VII** Atender fiscalizações da ANVISA, Vigilância Sanitária e órgãos ambientais.

CAPÍTULO XIV

DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA) E SESMT

Art. 144 · A **CIPA** e o **SESMT** são órgãos de constituição obrigatória, em conformidade com as **Normas Regulamentadoras nº 4 (SESMT), nº 5 (CIPA) e nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde)**.

Art. 145 · Compete à CIPA e ao SESMT:

- **I** Conduzir o **Programa de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (PGR)**;
- **II** Manter o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**;
- **III** Conduzir **investigação de acidentes de trabalho** e emissão de CAT;
- **IV** Promover **Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT)**;
- **V** Articular-se com a CCIH em relação a **biossegurança e prevenção de acidentes biológicos**;
- **VI** Conduzir o **treinamento em uso de EPIs**;
- **VII** Gerir o **Programa de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes** (NR-32);
- **VIII** Monitorar **indicadores de saúde ocupacional**.

CAPÍTULO XV

DO COMITÊ DE GOVERNANÇA HOSPITALAR

Art. 146 · O **Comitê de Governança Hospitalar** é colegiado estratégico, instituído por este Regimento, presidido pela Diretoria Geral, com função deliberativa em matérias de conformidade, riscos institucionais, integridade e proteção de dados.

Art. 147 · Composição do Comitê:

- **I** Diretor Geral (presidente);
- **II** Diretores Estratégico-Executivos;
- **III** Encarregado de Compliance, Integridade e Controle Interno;
- **IV** Encarregado de Dados (DPO);
- **V** Representante da Assessoria Jurídica;
- **VI** Demais convidados conforme pauta.

Art. 148 · Compete ao Comitê de Governança Hospitalar:

- **I** Deliberar sobre **riscos institucionais estratégicos**;
- **II** Aprovar o **Plano Anual de Compliance**;
- **III** Avaliar **relatórios da Encarregatura de Compliance**;
- **IV** Deliberar sobre a **Política de Privacidade e Proteção de Dados (LGPD)**;
- **V** Avaliar **incidentes de segurança da informação e violações de dados**;
- **VI** Aprovar **políticas institucionais transversais** (Código de Ética, Conflito de Interesses, Brindes, Doações, etc.);
- **VII** Subsidiar a Diretoria Executiva em decisões estratégicas;
- **VIII** Apresentar **Relatório Anual** de Governança à Diretoria Executiva.

> ***Parágrafo único.*** O Comitê reunir-se-á **ordinariamente uma vez por mês** e extraordinariamente sempre que necessário.

CAPÍTULO XVI

DO COMITÊ DE CRISE E PLANO DE CONTINGÊNCIA

Art. 149 · O **Comitê de Crise** é colegiado permanente, ativado em situações de emergência institucional, epidêmica, sanitária ou operacional.

Art. 150 · Composição do Comitê de Crise:

- **I** Diretor Geral (presidente);
- **II** Diretora Médica;
- **III** Diretora Administrativa;
- **IV** Diretora de Operações Hospitalares;
- **V** Diretora Financeira;
- **VI** Coordenador da CCIH;
- **VII** Coordenador do NSP;
- **VIII** Coordenador do SESMT;
- **IX** Encarregado de Compliance;
- **X** Demais convocados conforme natureza da crise.

Art. 151 · Compete ao Comitê de Crise:

- **I** Ativar e coordenar o **Plano Institucional de Contingência**;
- **II** Deliberar sobre medidas excepcionais (suspensão de eletivas, ampliação de leitos, regime de plantão estendido);
- **III** Articular-se com SES, SMS, Vigilância Sanitária, Defesa Civil e demais autoridades;
- **IV** Conduzir a comunicação de crise (interna e externa);
- **V** Registrar todas as decisões em ata específica;
- **VI** Avaliar a crise após sua resolução, com lições aprendidas.

CAPÍTULO XVII

DAS COMISSÕES EVENTUAIS E ESPECIAIS

Art. 152 · A Diretoria Executiva ou a Diretoria Geral poderá constituir **Comissões Eventuais** para fins específicos, com prazo e objeto delimitados, dentre outras:

- **I** **Comissão de Sindicância** — apuração de fatos institucionais;
- **II** **Comissão de Processo Administrativo Disciplinar (PAD)**;
- **III** **Comissão de Tomada de Contas Especial**;
- **IV** **Comissão de Padronização de Documentos**;
- **V** **Comissão de Acreditação Hospitalar** — para fins de processo de acreditação ONA ou equivalente;
- **VI** **Comissão de Elaboração de Editais e Captação**.

> ***Parágrafo único.*** As comissões eventuais terão **regimento próprio** e prazo para conclusão dos trabalhos.

CAPÍTULO XVIII

DAS COMISSÕES VINCULADAS AO ENSINO E PESQUISA

Art. 153 · Caso o HMP venha a constituir-se como **hospital de ensino**, serão instituídas:

I **COREME — Comissão de Residência Médica** (Lei nº 6.932/1981, Decreto nº 80.281/1977 e Resoluções CNRM);

II **CEP — Comitê de Ética em Pesquisa**, vinculado à Plataforma Brasil e à CONEP, observando a Resolução CNS nº 466/2012.

> ***Parágrafo único.*** A constituição destas comissões depende da formalização de **parcerias acadêmicas** e da aprovação institucional pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO XIX

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS COMISSÕES

Art. 154 · Os membros das comissões institucionais terão:

I **Carga horária protegida** para o exercício das atribuições, conforme dimensionamento aprovado;

II **Acesso a informações e setores** necessários ao cumprimento das atribuições;

III Direito de **representar à Diretoria Geral** em caso de obstáculos ao trabalho.

Art. 155 · A **substituição de membros** observará:

I Conclusão de mandato;

II Solicitação justificada;

III Desligamento institucional;

IV Ausência injustificada em 3 (três) reuniões consecutivas;

V Conduta incompatível com a função, mediante deliberação fundamentada.

Art. 156 · Os relatórios das comissões serão **integrados ao painel institucional de indicadores** sob responsabilidade da Diretoria Geral.

Art. 157 · Fica vedado o uso de informações restritas das comissões para fins pessoais, comerciais ou divulgação não autorizada, sob pena de responsabilização disciplinar.

TÍTULO VIII

DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 158 · O **Corpo Clínico** do HMP é constituído pelos profissionais médicos habilitados a exercer a Medicina nas dependências do hospital, registrados no CREMEPE, formalmente vinculados à instituição por meio de processo de credenciamento.

Art. 159 · O Corpo Clínico classifica-se nas seguintes categorias:

I **Corpo Clínico Efetivo** — médicos com vínculo empregatício (CLT) ou contrato de prestação de serviços continuado;

II **Corpo Clínico Cooperado** — médicos vinculados por intermédio de cooperativas profissionais;

III **Corpo Clínico Autônomo (PJ/MEI)** — médicos contratados por pessoa jurídica;

IV **Corpo Clínico Plantonista** — médicos vinculados em escala de plantão regular, independente do vínculo formal;

V **Corpo Clínico Cortesia** — médicos credenciados sem vínculo remunerado, autorizados a atender pacientes particulares ou de seu convênio nas dependências do HMP;

VI **Corpo Clínico Visitante** — médicos autorizados em caráter temporário, com finalidade científica, assistencial pontual ou acompanhamento de paciente específico.

> ***Parágrafo único.*** A classificação não altera as **obrigações éticas, técnicas e regimentais** aplicáveis a todos os membros do Corpo Clínico.

CAPÍTULO II

DO CREDENCIAMENTO

Art. 160 · A admissão de médico ao Corpo Clínico do HMP depende de **processo de credenciamento** conduzido pela Diretoria Médica, observando:

I Apresentação de documentação profissional (diploma, registro CREMEPE, RQE para especialidades, certidões ético-profissionais);

II Apresentação de currículo profissional;

III Análise pela Diretoria Médica quanto à compatibilidade com o perfil assistencial do HMP;

IV Verificação de **inexistência de impedimentos éticos** junto ao CRM;

V Assinatura de **Termo de Adesão** ao Regimento Interno e ao Código de Ética e Conduta institucional;

VI Análise de **conflito de interesses**, com declaração formal;

VII Homologação pela Diretoria Geral.

Art. 161 · O credenciamento é revisto periodicamente, no mínimo a cada 2 (dois) anos, podendo ser **revogado** em caso de:

I Falta grave ética ou disciplinar;

II Inatividade prolongada sem justificativa;

III Perda dos requisitos profissionais ou ético-profissionais;

IV Decisão fundamentada da Diretoria Médica, com possibilidade de recurso à Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

DOS DIREITOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 162 · São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I Exercer a Medicina com **autonomia técnica e ética**, observando o Código de Ética Médica;

II Receber **condições adequadas de trabalho** (estrutura física, materiais, medicamentos padronizados, equipe de apoio);

III Acessar **prontuário médico** dos pacientes sob seus cuidados, observando a LGPD;

IV Participar de **comissões institucionais**, capacitações e eventos científicos;

V Manifestar-se sobre protocolos clínicos e diretrizes assistenciais;

VI Ser **comunicado previamente** de processos administrativos contra si, com direito ao contraditório e à ampla defesa;

VII Ser **identificado profissionalmente** nas dependências do HMP;

VIII Recusar-se a praticar ato que considere antiético, com comunicação fundamentada à Diretoria Médica.

CAPÍTULO IV

DOS DEVERES DO CORPO CLÍNICO

Art. 163 · São deveres dos membros do Corpo Clínico:

I **Cumprir o Código de Ética Médica**, este Regimento, os protocolos institucionais e a legislação aplicável;

II Prestar **assistência humanizada, técnica e baseada em evidências**;

III Garantir **registro clínico completo, legível, tempestivo e identificado** em prontuário;

IV Cumprir **escala de plantão e atendimento** previamente acordada, comunicando ausências em tempo hábil;

V Aplicar **protocolos institucionais de segurança do paciente**, incluindo identificação correta, cirurgia segura, prescrição segura, prevenção de quedas e lesões;

VI Participar das **comissões institucionais** quando designado;

VII Notificar **eventos adversos, eventos sentinela e óbitos** ao NSP e à Comissão de Óbitos;

VIII Cumprir **rotinas de notificação compulsória** à Vigilância Epidemiológica;

IX Cumprir as **normas de proteção radiológica, biossegurança e prevenção de infecção**;

X Manter **atualização técnica e científica** permanente;

XI Respeitar a **autonomia do paciente**, com obtenção de **consentimento livre e esclarecido** quando aplicável;

XII Preservar o **sigilo profissional** e o respeito à privacidade do paciente (LGPD e Código de Ética Médica);

XIII Não utilizar a estrutura do HMP para **fins pessoais ou comerciais não autorizados**;

XIV Não realizar **encaminhamentos externos induzidos** por interesse comercial próprio;

XV Declarar e observar a política institucional de **conflito de interesses**.

CAPÍTULO V

DAS SANÇÕES ÉTICAS E DISCIPLINARES

Art. 164 · O descumprimento dos deveres ético-profissionais por membro do Corpo Clínico será apurado:

I Em primeira instância, pela **Comissão de Ética Médica (CEM)** quanto às matérias éticas;

II Em primeira instância, pela **Diretoria Médica** quanto às matérias regimentais e disciplinares;

III Em segunda instância, pela **Diretoria Geral**;

IV Em última instância institucional, pela **Diretoria Executiva**;

V Quando aplicável, com encaminhamento ao **CREMEPE**.

Art. 165 · Garantido o **contraditório e a ampla defesa**, poderão ser aplicadas as seguintes sanções, gradualmente:

- **I** Advertência verbal registrada;
- **II** Advertência escrita;
- **III** Suspensão temporária do credenciamento;
- **IV** Descredenciamento definitivo;
- **V** Comunicação ao CREMEPE para apuração ética.

> ***Parágrafo único.*** As sanções não excluem a responsabilização civil, penal e tributária cabíveis na esfera própria.

TÍTULO IX

DO CORPO DE COLABORADORES

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO E VÍNCULOS

Art. 166 · O **Corpo de Colaboradores** do HMP compreende todas as pessoas que prestam serviços ao hospital, independentemente da natureza do vínculo, classificadas conforme:

- **I** **Empregados CLT** — vinculados pela Consolidação das Leis do Trabalho;
- **II** **Cooperados** — vinculados por cooperativas profissionais;
- **III** **Prestadores de Serviço PJ/MEI** — contratados por pessoa jurídica;
- **IV** **Estagiários** — vinculados por termo de compromisso de estágio (Lei nº 11.788/2008);
- **V** **Residentes e Aprimorandos** — quando aplicável;
- **VI** **Voluntários** — sem vínculo empregatício, regidos pela Lei nº 9.608/1998;
- **VII** **Terceirizados** — vinculados por contrato com empresa prestadora de serviços.

> ***Parágrafo único.*** Todos os colaboradores, independentemente do vínculo, sujeitam-se aos preceitos éticos, de segurança e regimentais aplicáveis ao HMP.

CAPÍTULO II

DA ADMISSÃO

Art. 167 · A admissão de colaboradores observará processo conduzido pelo Setor de Recursos Humanos, com:

- **I** **Recrutamento e seleção** mediante POP específico;
- **II** Verificação documental e de **antecedentes profissionais**;
- **III** **Avaliação médica admissional** (PCMSO);
- **IV** Assinatura de **contrato e Termo de Adesão** ao Regimento Interno, Código de Ética e Conduta, Política de LGPD e demais normativos;
- **V** **Integração institucional** obrigatória;
- **VI** Apresentação ao setor de lotação;
- **VII** Cadastro em sistemas e emissão de **identificação funcional**.

Art. 168 · A contratação por meio de **cooperativas** observará a Lei nº 12.690/2012, com verificação de regularidade.

Art. 169 · A contratação por **PJ/MEI** observará a regularidade fiscal e a natureza jurídica do serviço, vedada a contratação com **caráter de pessoalidade, habitualidade, subordinação e onerosidade simultâneos** quando isto descaracterizar o vínculo.

Art. 170 · A admissão de **voluntários** observará a Lei nº 9.608/1998, com **termo de adesão** específico e definição clara das atividades.

Art. 171 · A contratação de **terceirizados** observará a Lei nº 13.429/2017 e Lei nº 13.467/2017, com fiscalização contínua pelo setor de Gestão de Contratos.

CAPÍTULO III

DOS DIREITOS DOS COLABORADORES

Art. 172 · São direitos dos colaboradores, independentemente do vínculo:

- **I** Receber **remuneração ou contraprestação** nos termos do contrato firmado;
- **II** Trabalhar em **ambiente seguro**, com EPIs e EPCs adequados;
- **III** Receber **capacitação técnica** necessária à função;
- **IV** Ser tratado com **respeito, dignidade e equidade**;
- **V** Acessar **canais institucionais** (Ouvidoria, Compliance, RH) para manifestações e denúncias, sem retaliação;
- **VI** Ter sua **identidade funcional** preservada;
- **VII** Ter seus **dados pessoais protegidos** conforme LGPD;
- **VIII** Direito ao **contraditório e à ampla defesa** em procedimentos disciplinares;
- **IX** Direitos previstos em **legislação trabalhista, convenções e acordos coletivos** aplicáveis ao seu vínculo.

CAPÍTULO IV

DOS DEVERES DOS COLABORADORES

Art. 173 · São deveres dos colaboradores, independentemente do vínculo:

- **I** Cumprir o **Regimento Interno**, o **Código de Ética e Conduta**, os **POPs** e demais normativos institucionais;
- **II** Executar suas atividades com **zelo, técnica e responsabilidade**;
- **III** Tratar pacientes, acompanhantes, colegas e demais públicos com **respeito e humanização**;

IV Cumprir **escala, jornada e horários** estabelecidos, comunicando ausências em tempo hábil;

V **Manter sigilo** sobre informações institucionais, clínicas e pessoais a que tiver acesso (LGPD);

VI Utilizar **EPIs e EPCs** corretamente;

VII Comunicar imediatamente **eventos adversos, acidentes, ocorrências e não-conformidades**;

VIII Zelar pelo **patrimônio institucional** (bens, equipamentos, materiais);

IX Não praticar **discriminação, assédio (moral ou sexual), preconceito ou qualquer forma de violência**;

X Não utilizar a estrutura ou recursos do HMP para **fins pessoais ou comerciais não autorizados**;

XI Observar a **política de uso de redes sociais** institucionais (vedada divulgação de pacientes ou cenas hospitalares);

XII Declarar **conflito de interesses** quando existente;

XIII Submeter-se às **avaliações de desempenho** institucionais.

CAPÍTULO V

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL ANTIASSÉDIO E ANTIDISCRIMINAÇÃO

Art. 174 · O HMP adota **política de tolerância zero** ao assédio moral, sexual, discriminação, preconceito e qualquer forma de violência institucional.

Art. 175 · Toda situação de assédio ou discriminação será apurada com **prioridade institucional**, com:

I **Canal de Denúncias** com sigilo e proteção ao denunciante;

II Apuração pela **Encarregatura de Compliance** ou Comissão de Sindicância específica;

III Garantia de **não-retaliação**;

IV Aplicação imediata de **medidas protetivas** à vítima quando necessário;

V Aplicação das sanções cabíveis ao agente.

TÍTULO X

DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I

DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

Art. 176 · Os pacientes do HMP têm assegurados todos os direitos previstos na **Constituição Federal**, na **Lei nº 8.080/1990**, na **Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)**, na **Política Nacional de Humanização (PNH)**, na **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820/2009)**, no **Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003)**, no **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)**, na **Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015)** e na **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**.

Art. 177 · São direitos do paciente:

I **Acolhimento humanizado**, ético e digno, sem discriminação de qualquer natureza;

II **Atendimento prioritário** quando enquadrado em situação legal (gestantes, idosos, crianças, pessoas com deficiência, portadores de doenças graves);

III **Identificação dos profissionais** que prestam assistência;

IV **Informação clara, objetiva e acessível** sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento, riscos, alternativas e custos (quando aplicável);

V **Consentimento livre e esclarecido** para procedimentos, com direito à recusa;

VI **Sigilo e privacidade** de seus dados pessoais e clínicos (LGPD);

VII **Acesso ao prontuário** próprio, mediante solicitação formal;

VIII **Direito ao acompanhante** nos termos legais (gestante, criança, idoso, pessoa com deficiência);

IX **Acesso à Ouvidoria** e canais institucionais de manifestação;

X **Continuidade do cuidado** com encaminhamentos adequados;

XI **Direito à segunda opinião médica**;

XII **Respeito às convicções religiosas, culturais e filosóficas**.

Art. 178 · São deveres do paciente e acompanhantes:

I Fornecer **informações verdadeiras** sobre seu estado de saúde;

II Seguir as **orientações da equipe assistencial**;

III Respeitar as **normas hospitalares** (horários, áreas de circulação, política de visitas);

IV Tratar os profissionais e demais usuários com **respeito**;

V Zelar pelo **patrimônio do hospital**;

VI Cumprir os trâmites administrativos (cadastro, assinatura de termos, identificação).

CAPÍTULO II

DA OUVIDORIA INSTITUCIONAL

Art. 179 · A **Ouvidoria Institucional** é canal formal e independente de relacionamento com pacientes, acompanhantes, colaboradores e sociedade, vinculada à Diretoria Geral, com observância da **Lei nº 13.460/2017** (Lei de Proteção e Defesa do Usuário dos Serviços Públicos).

Art. 180 · Compete à Ouvidoria:

- **I** Receber **manifestações** (elogios, sugestões, reclamações, denúncias, solicitações de informação);
- **II** Registrar, classificar e encaminhar as manifestações às áreas responsáveis;
- **III** Acompanhar o tratamento das manifestações, com prazo de resposta institucional;
- **IV** Garantir **sigilo e proteção** ao manifestante quando solicitado;
- **V** Subsidiar a Diretoria Geral com **indicadores de satisfação** e qualidade percebida;
- **VI** Articular-se com a Encarregatura de Compliance em denúncias de integridade;
- **VII** Apresentar **Relatório Trimestral** à Diretoria Geral.

> ***Parágrafo único.*** A Ouvidoria é distinta do Canal de Denúncias da Encarregatura de Compliance, podendo encaminhar manifestações entre si quando pertinente.

CAPÍTULO III

DA POLÍTICA DE VISITAS E ACOMPANHANTES

Art. 181 · O HMP manterá **Política Institucional de Visitas e Acompanhantes**, observando:

- **I** **Direito ao acompanhante** nas hipóteses legais (gestante — Lei nº 11.108/2005; criança e adolescente — ECA; idoso — Estatuto do Idoso; pessoa com deficiência — LBI);
- **II** **Horários e regras** de visitação, definidos por unidade e divulgados publicamente;
- **III** **Acolhimento humanizado** de visitantes e acompanhantes;
- **IV** **Política de visitas estendidas** em UTI, conforme Resolução institucional específica;
- **V** **Restrições por motivo sanitário** quando aplicável (PNCIH, surtos, pandemias).

CAPÍTULO IV

DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)

Art. 182 · O tratamento de dados pessoais de pacientes, acompanhantes, colaboradores, fornecedores e demais titulares observará a **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)** e a **Política Institucional de Privacidade e Proteção de Dados**.

Art. 183 · São princípios institucionais no tratamento de dados:

I **Finalidade legítima** e específica;

II **Necessidade e minimização** dos dados coletados;

III **Transparência** com os titulares;

IV **Segurança e prevenção** contra acesso não autorizado;

V **Responsabilização e prestação de contas**.

Art. 184 · O **Encarregado de Dados (DPO)**, designado pela Diretoria Executiva, é responsável institucional pela conformidade à LGPD, em articulação com a Encarregatura de Compliance, podendo as funções ser acumuladas.

Art. 185 · Os **dados sensíveis de saúde** receberão tratamento especialmente protegido, vedada a divulgação para fins distintos da assistência, da prestação de contas legítima ou de obrigações legais.

TÍTULO XI

DO REGIME DISCIPLINAR

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 186 · O **Regime Disciplinar** aplica-se a todos os colaboradores e prestadores de serviço do HMP, independentemente do vínculo, observando os princípios do **devido processo legal, contraditório, ampla defesa, proporcionalidade e razoabilidade**.

Art. 187 · As normas disciplinares não excluem nem substituem:

I As regras trabalhistas aplicáveis aos empregados CLT;

II Os procedimentos éticos dos respectivos conselhos profissionais;

III A responsabilização civil, penal, tributária e administrativa cabíveis;

IV Os procedimentos contratuais aplicáveis a cooperados, PJ/MEI, terceirizados e voluntários.

CAPÍTULO II

DAS INFRAÇÕES

Art. 188 · Constituem **infrações disciplinares**, sem prejuízo de outras previstas em lei ou normativo institucional:

I — Infrações Leves:

a) Atraso ou ausência injustificada;

b) Falta de uso de identificação funcional;

c) Descuido com EPI e EPC;

d) Conduta inadequada de pequeno impacto;

e) Descumprimento de POP de baixa criticidade;

II — Infrações Médias:

a) Reincidência em infrações leves;

b) Desrespeito a colegas, pacientes ou superiores hierárquicos;

c) Descumprimento de POP de criticidade intermediária;

d) Inadequação no registro em prontuário;

e) Uso indevido de bens institucionais;

f) Violação da política de redes sociais;

III — Infrações Graves:

a) Assédio moral ou sexual;

b) Discriminação ou preconceito;

c) Negligência, imprudência ou imperícia com dano ao paciente;

d) Violação grave de protocolos de segurança do paciente;

e) Violação de sigilo profissional ou LGPD;

f) Furto, dano patrimonial doloso ou desvio de recursos;

g) Adulteração de prontuário ou documento institucional;

h) Comparecer ao trabalho sob efeito de álcool ou substâncias psicoativas;

i) Retaliação a denunciante;

j) Recusa injustificada à assistência em caráter de urgência;

k) Conflito de interesses não declarado;

l) Quebra de cadeia de frio de hemocomponentes, medicamentos ou imunobiológicos;

m) Violação grave de normas sanitárias com risco coletivo.

CAPÍTULO III

DAS PENALIDADES

Art. 189 · As penalidades aplicáveis, gradualmente:

I **Advertência verbal registrada**;

II **Advertência escrita**;

III **Suspensão** (até 30 dias para CLT; suspensão de credenciamento para os demais vínculos);

IV **Rescisão contratual ou descredenciamento**, podendo configurar:

a) Rescisão sem justa causa, com cumprimento dos encargos rescisórios;

b) Rescisão por justa causa (CLT, art. 482), quando configurada;

c) Descredenciamento do Corpo Clínico ou prestador de serviços;

V **Comunicação aos conselhos profissionais** quando aplicável;

VI **Representação às autoridades** (MP, Polícia, Receita Federal, Ministério do Trabalho) quando houver indício de ilícito penal, civil ou administrativo.

Art. 190 · A aplicação da penalidade observará:

I A **gravidade** da infração;

II A **reincidência**;

III O **dano causado**;

IV A **conduta funcional pregressa**;

V As **circunstâncias atenuantes ou agravantes**.

CAPÍTULO IV

DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Art. 191 · A apuração de infrações observará o seguinte fluxo:

I **Comunicação inicial** ao RH, à Diretoria competente, à Ouvidoria, ao Canal de Denúncias ou à Encarregatura de Compliance;

II **Análise preliminar** quanto à pertinência e instauração;

III **Sindicância investigativa**, conduzida por comissão designada;

IV Instauração de **Procedimento Administrativo Investigativo (PAI)** ou **Processo Administrativo Disciplinar (PAD)**, conforme gravidade;

V Garantia ao acusado de **notificação formal, contraditório e ampla defesa**;

VI **Relatório conclusivo** da comissão;

VII **Decisão** da autoridade competente;

VIII **Notificação do resultado** ao acusado, com prazo recursal.

Art. 192 · São autoridades competentes para aplicar penalidades:

I Coordenação imediata: advertência verbal registrada e advertência escrita;

II Diretoria correspondente: suspensão;

III Diretoria Geral: rescisão ou descredenciamento;

IV Diretoria Executiva: matérias de maior gravidade ou que envolvam dirigentes.

CAPÍTULO V

DOS RECURSOS

Art. 193 · Toda decisão disciplinar admite **recurso à instância imediatamente superior**, no prazo de **10 (dez) dias úteis** contados da ciência.

Art. 194 · O recurso deverá:

I Ser **fundamentado**;

II Apresentar **provas** quando aplicável;

III Ser **protocolado formalmente** junto à autoridade competente.

Art. 195 · A última instância recursal interna é a **Diretoria Executiva Estatutária**, sem prejuízo das vias judiciais e dos conselhos profissionais.

TÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, TRANSITÓRIAS E FINAIS

CAPÍTULO I

DA HIERARQUIA NORMATIVA INSTITUCIONAL

Art. 196 · Os documentos normativos do HMP observarão a seguinte **hierarquia**:

I **Estatuto Social do IMA** (norma superior);

II **Regimento Interno do HMP**;

III **Plano Diretor Institucional**;

IV **Manuais Institucionais** (Governança, RH, Administrativo-Financeiro, Operações, Assistencial, Patrimonial);

V **Políticas Institucionais** (Ética, Compliance, LGPD, Conflito de Interesses, Doações, Brindes, etc.);

VI **Resoluções e Portarias** da Diretoria Executiva e da Diretoria Geral;

VII **Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)** específicos por setor;

VIII **Instruções de Trabalho** e demais documentos operacionais.

> ***Parágrafo único.*** Em caso de conflito normativo, prevalece a norma de hierarquia superior.

CAPÍTULO II

DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO

Art. 197 · Este Regimento será revisado **ordinariamente a cada 2 (dois) anos** ou **extraordinariamente** sempre que:

I Houver alteração estatutária;

II Sobrevier nova legislação que impacte sua estrutura;

III Houver mudança significativa no escopo assistencial ou organizacional;

IV Houver determinação de órgão regulador;

V For aprovado pela Diretoria Executiva por necessidade institucional.

Art. 198 · As alterações deste Regimento observarão:

I Proposta da Diretoria Geral ou de qualquer Diretoria Estratégico-Executiva;

II Análise pela Encarregatura de Compliance quanto à conformidade;

III Análise jurídica;

IV Aprovação pela Diretoria Executiva;

V Publicação institucional;

VI Comunicação a todos os setores.

CAPÍTULO III

DA PUBLICIDADE E DO ACESSO

Art. 199 · Este Regimento será **publicado** nos canais institucionais oficiais, com acesso disponível a todos os colaboradores, prestadores de serviço, pacientes e demais interessados.

Art. 200 · Cópia integral será disponibilizada a:

I Diretoria Executiva e Conselho Fiscal;

II Diretorias Estratégico-Executivas;

III Coordenações e Gerências;

IV Comissões institucionais;

V Autoridades reguladoras quando requisitado.

CAPÍTULO IV

DOS ANEXOS

Art. 201 · Integram este Regimento, como **Anexos**:

I **Anexo I** — Organograma Institucional;

II **Anexo II** — Glossário de Termos Técnicos;

III **Anexo III** — Relação Oficial dos POPs Institucionais;

IV **Anexo IV** — Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do HMP;

V **Anexo V** — Código de Ética e Conduta Institucional (remissivo, em documento próprio);

VI **Anexo VI** — Relação de Comissões, Comitês e Colegiados constituídos por Portaria.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 202 · As **comissões, comitês e colegiados** previstos neste Regimento que ainda não estejam formalmente constituídos serão instituídos no prazo de **180 (cento e oitenta) dias** contados da vigência deste Regimento, mediante Portaria da Diretoria Executiva.

Art. 203 · As funções estatutárias mencionadas neste Regimento que dependam de **alteração estatutária** observarão, no período transitório:

I Atribuições serão exercidas pelos órgãos atualmente previstos no Estatuto vigente, na medida da compatibilidade;

II A Diretoria Executiva editará **Resoluções específicas** instituindo funções e prerrogativas das figuras que ainda não tenham respaldo estatutário expresso (Diretoria Geral, Encarregatura de Compliance, Comitê de Governança, Comitê de Crise, demais), até a promulgação da próxima alteração estatutária.

Art. 204 · Os **POPs**, manuais setoriais e políticas institucionais decorrentes deste Regimento serão elaborados, revisados ou ajustados em prazo a ser estabelecido pela Diretoria Geral, observando as prioridades definidas no Plano Diretor Institucional.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 205 · Os **casos omissos** neste Regimento serão deliberados pela Diretoria Executiva, ouvida a Diretoria Geral e a Encarregatura de Compliance.

Art. 206 · Eventual **declaração de invalidade** de dispositivo deste Regimento, por decisão administrativa ou judicial, não prejudicará a vigência das demais disposições.

Art. 207 · Este Regimento entra em vigor na data de sua **aprovação pela Diretoria Executiva**, revogando-se as disposições internas em contrário.

Caruaru/PE, [data a ser inserida na consolidação final].

Aprovação e Vigência

*O presente **Regimento Interno do Hospital Memorial de Pernambuco**, aprovado pela Diretoria Executiva do IMA — Instituto Memorial do Agreste, na forma estatutária, entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se as disposições internas em contrário.*

CARUARU — PERNAMBUCO

_____ *de* _____ *de* _____

PRESIDENTE	**SECRETÁRIO(A)**
Diretoria Executiva — IMA	*Diretoria Executiva — IMA*