



CRM-MS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Ofício RI CRM/MS nº 481/2020

Campo Grande, 25 de junho de 2020

Ilustríssimo Senhor

Dr. Luiz Alberto Lopes Verardo

Diretor Clínico da Associação Beneficente de Campo Grande


Hospital Santa de Campo Grande

Campo Grande - MS

Senhor Diretor Clínico:

Em anexo estamos encaminhando o Regimento Interno do Corpo Clínico da Associação Beneficente de Campo Grande – Hospital Santa Casa de Campo Grande Homologado na Sessão Plenária do dia 19.06.2020.

Atenciosamente,



Dr. Maurício de Barros Jafar
Presidente

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE CAMPO GRANDE – SANTA CASA - ABCG

001
Ana

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLINICO
DO HOSPITAL SANTA CASA

CAMPO GRANDE, 18 DE FEVEREIRO DE 2020

Este regimento foi revisado pelo Diretor Clinico e pela Comissão de atualização do Regimento Interno do Corpo Clinico da Santa Casa, composta pelos seguintes integrantes:

Dr. Luiz Alberto Lopes Verardo
CRM/MS – 1465.
Diretor Clinico

Dr.Fabiano de Freitas Lopes Cançado
CRM/MS - 8639.
Vice-Diretor Clinico

Dra.Paskale Salazar Vargas
CRM/MS - 8289.

Dr.Walter Peres da Silva Junior
CRM/MS - 6941.

Dra.Julcilene Falco de Oliveira
CRM/MS -5873.

Dra.Rosineia de Araújo Martos
CRM/MS -5321.

Dr.Demetrius Ismael e Silveira
CRM/MS - 5831.

Dra. Nayrelle de Alencar
CRM/MS - 5215.

ÍNDICE

CAPITULO I	
DAS FINALIDADES	4
CAPITULO II	
ADMISSÃO, PENALIDADES E EXCLUSÃO DO CORPO CLÍNICO.....	6
CAPITULO III	
DIREÇÃO CLÍNICA E DIREÇÃO TÉCNICA.....	9
CAPITULO IV	
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	14
CAPITULO V	
ESPECIALIDADES MÉDICAS E SERVIÇOS HOSPITALARES.....	18
CAPITULO VI	
COORDENADOR E SUPERVISOR MÉDICO DE ÁREA.CHEFE DE SERVIÇO.....	21
CAPITULO VII	
AS COMISSÕES DO HOSPITAL.....	24
CAPITULO VIII	
SUPERINTENDENTE DE GESTÃO MÉDICO HOSPITALAR E DIRETORIA DE GESTÃO MÉDICA (GERENTE MÉDICO).....	31
CAPITULO IX	
DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO.....	35
CAPITULO X	
ELEIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO/ VICE DIRETOR CLÍNICO E DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	43
CAPITULO XI	
ENCERRAMENTO.....	45

CAPITULO I

DAS FINALIDADES

ART.1º O Regimento Interno do Corpo Clínico da Santa Casa são diretrizes a serem seguidas por todos os médicos que atuam nas dependências do Hospital, independente do vínculo contratual com a Instituição - ABCG, com a finalidade de assegurar as condições éticas e o relacionamento harmonioso entre a Instituição e estes profissionais e também o relacionamento ético entre si, visando a melhoria da assistência prestada à saúde da população, contemplando deveres e direitos dos médicos do Corpo Clínico e dos dirigentes médicos da Instituição, no exercício ético e na boa prática da medicina.

§ ÚNICO. Os anexos do Regimento Interno do Corpo Clínico são o conjunto de Normas Setorizadas e Protocolos dos Serviços, que são elaborados sob a responsabilidade compartilhada dos Chefes de Serviços, Coordenadores e Supervisores, quando houver, e Diretor Clínico, com análise da Comissão de Ética Médica. O membro do Corpo Clínico deverá agir em conformidade com o exposto nestes anexos e em conformidade com o tipificado no Regimento Interno do Corpo Clínico, o qual após aprovação pelo Corpo Clínico, em Assembleia Geral Extraordinária, será encaminhado ao Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul para aprovação.

ART. 2º O Corpo Clínico do Hospital Santa Casa – ABCG, é o conjunto de todos os médicos com a incumbência de prestar assistência médica nas dependências da Santa Casa, dentro dos preceitos éticos, aos seus próprios pacientes de consultório, aos pacientes que procuram diretamente a Instituição e aos pacientes que são regulados ou encaminhados por convênios para atendimento pela da Instituição.

§ 1º. Considerando a vocação filantrópica da Santa Casa – ABCG, os médicos do Corpo Clinico prestarão assistência a todos os pacientes acolhidos pela Instituição.

§ 2º. A expressão "Corpo Clínico" designa aqui a totalidade de profissionais de nível superior que atuam na área da saúde na Instituição, contudo, as diretrizes do presente Regimento Interno somente aplicar-se-ão ao conjunto de todos os médicos da Instituição e aos dentistas da especialidade Cirurgia/Traumatologia Buco Maxilo Facial.

§ 3º. Nos casos de não conformidade de conduta ética de outros profissionais referidos no parágrafo anterior, a Direção Clínica encaminhará documento circunstanciado para a Direção Técnica e/ou para a Chefia Profissional e/ou para o Conselho de Classe, compatível com o exercício a que se propõe o profissional envolvido no fato.

§ 4º. O Corpo Clínico tem como objetivos, entre outros; contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos; assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição; colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição; comprometer-se com o alcance das metas da Instituição; estimular a pesquisa médica; cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada e estabelecer rotinas e protocolos, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

§ 5º. Quando necessário as atualizações do Regimento Interno do Corpo Clínico serão feitas pela Comissão Técnica Temporária, composta por Chefes de Serviços (eleitos pelos pares), e analisadas pela Comissão de Ética Médica. Os médicos coordenadores ou supervisores também serão convocados, quando os Serviços pertencerem a suas áreas médicas.

ART. 3º O Corpo Clínico da Santa Casa é composto pelas categorias de médicos abaixo relacionadas, sendo que os médicos de uma dessas categorias podem participar simultaneamente de outras, respeitadas as exigências regimentais de admissão.

I – Beneméritos: São membros Beneméritos os profissionais com quinze ou mais anos de serviços prestados à Instituição, com atividade profissional livre de condutas antiéticas comprovadas por processos no CRM/MS, neste período.

II – Honorários: São membros Honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados à instituição ou por seu valor pessoal e profissional, gozem de merecido conceito.

III – Contratados: São membros contratados os profissionais indicados pela Direção Técnica e/ou Diretoria Corporativa da Instituição, em concordância com a Direção Clínica, objetivando melhor assistência aos pacientes, de acordo com a legislação trabalhista, ou quando a contratação é intermediada por pessoas jurídicas, que prestam serviço na Instituição.

IV – Temporários: Também denominados de autônomos. São membros temporários ou autônomos os profissionais autorizados à prática da medicina na Instituição, sem vínculo contratual com a Instituição, de comum acordo entre a Direção Técnica e Clínica, por um período determinado ou não, sendo que após 24 meses se tornará membro efetivo. Considera-se temporário eventual o médico, que por força do inciso VI, do Capítulo II, do Código de Ética Médica, utiliza as dependências do Hospital para tratar seus pacientes em regime de internação.

V – Efetivos: São membros efetivos os profissionais antes admitidos como membros temporários após o transcurso do prazo a que se refere o artigo anterior, na forma estabelecida neste Regimento Interno do Corpo Clínico. A Direção Clínica poderá exigir outros documentos para adequação da prática médica dentro dos preceitos éticos dos médicos efetivos, bem como de médicos de outras categorias.

VI - Residentes e Estagiários: São membros da Categoria de Residentes e Estagiários os profissionais vinculados à programação do Ensino e Treinamento.

§ 1º. Com exceção dos médicos estagiários e temporários eventuais, todos os demais médicos do Corpo Clínico, inclusive residentes, poderão votar para cargos eletivos de médico ou para qualquer cargo ou referendo da Instituição, neste último, desde que o processo esteja em conformidade com o Estatuto da Instituição e com os preceitos éticos. Somente poderão concorrer a cargos eletivos os médicos efetivos.

§ 2º. Para o exercício da atividade docente, com alunos do curso de medicina, o médico que não pertence ao Corpo Clínico, deverá ser formalmente apresentado pela Instituição de Ensino à Escola de Saúde da Santa Casa. Estes médicos docentes poderão ter acesso aos prontuários dos pacientes, desde que autorizados por estes e com ciência do médico assistente. Idem para exame físico, anamnese, ou qualquer outro tipo de abordagem ao paciente, sempre com respeito aos preceitos éticos.

CAPITULO II

ADMISSÃO, PENALIDADES E EXCLUSÃO DO CORPO CLÍNICO

ART. 4º Para o ingresso do candidato médico ao Corpo Clínico da Santa Casa -ABCG, em qualquer categoria, ou seja; como contratado CLT ou prestador de serviços

(autônomo) ou como membro de empresa assistencial (Pessoa Jurídica), o mesmo deverá apresentar o termo de solicitação de ingresso no Corpo Clínico, elaborado pela Direção Técnica e/ou Chefia de Serviço, e encaminhado à Direção Clínica, que na sequência informará ao requerente a documentação necessária para o cadastramento. Na Direção Clínica, após a juntada dos documentos e análise ética da solicitação, em nada havendo de impedimento ético, o processo será encaminhado ao Departamento de Recursos Humanos da Instituição, para ajustes trabalhistas pertinentes, se for o caso, ou para outras orientações de cunho administrativo.

§ 1º. O médico aceito no Corpo Clínico para trabalhar em uma determinada área médica, não poderá atuar por conta própria em área diversa ou ser designado a exercer suas atividades em área diversa da que foi aceito, salvo em situações de urgência/emergência. Se houver interesse, por parte do médico, de mudança ou acréscimo de função a que foi aceito no Corpo Clínico, a Direção Técnica e a Direção Clínica deverão ser consultadas formalmente e se necessário também a Comissão de Ética Médica.

§ 2º. Médicos contratados, no caso de Pessoa Jurídica, a empresa deve obrigatoriamente estar registrados e em situação regular no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul, sendo que esta situação regular é atestada através do Certificado de Regularidade, a ser requerido e expedido anualmente por àquela Autarquia, no mês de seu vencimento.

§ 3º. Quando se tratar de serviços assistenciais especializados, terceirizados ou não, os médicos deverão possuir Registro de Qualificação de Especialista (RQE), no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul. Médicos que não possuem RQE poderão exercer suas funções nestes Serviços em conformidade com os preceitos éticos (*propaganda médica), contudo para efeito de faturamento de contas hospitalares (exigência administrativa por força contratual dos convênios, inclusive SUS), os atos médicos por eles praticados, deverão ser supervisionados por médico do Serviço que possui RQE, com identificação de ambos nos documentos pertinentes a estes atos médicos.

§ 4º. O Processo Seletivo para admissão de médicos no Corpo Clínico, poderá ser realizado em circunstâncias especiais, quando solicitado pela chefia do Serviço e/ou coordenadores ou supervisores de área, de forma explícita, para a Direção Técnica, que informará a Direção Clínica, sendo esta última responsável junto a chefia do Serviço

solicitante e a Direção Técnica, no caso de entendimento favorável, estabelecer os critérios a serem utilizados na seleção de candidatas.

§ 5º. Quando se tratar de inclusão no Corpo Clínico de profissionais da área de Odontologia, o trâmite obedecerá ao exposto no caput deste artigo.

§ 6º. O fato do médico pertencer ao Corpo Clínico, independente da sua categoria de ingresso e tempo de serviço na Instituição, não lhe faculta criar serviços médicos paralelos ao já existentes, salvo por interesse da Instituição, com objetivo de melhor qualidade de assistência ao paciente.

ART.5º É vedado aos membros do Corpo Clínico da Instituição participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países. (Resolução CFM nº. 1650/2002)

ART. 6º As transgressões a este Regimento Interno, cometidas por membros médicos do Corpo Clínico, sujeitam os infratores às seguintes penas:

I - Advertência reservada por escrito.

II - Censura reservada por escrito.

III - Afastamento temporário do Corpo Clínico pelo prazo de 30 (trinta) dias.

IV - Exclusão do Corpo Clínico.

§1º. Nenhuma penalidade será imposta sem ato sindicante, pela Comissão de Ética Médica da Santa Casa e avaliação e conduta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul.

§ 2º. Salvo os casos de gravidade manifesta, que exijam aplicação imediata de penalidade mais severa, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo, respeitando o disposto no parágrafo anterior.

§ 3º. A exclusão de médico do Corpo Clínico será decidida e/ou homologada pela Comissão de Ética Médica, mediante grave ilícito ético praticado nas dependências do Hospital ou não, com processo ético tramitado e julgado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul e/ou Conselho Federal de Medicina.

§ 4º. Nos casos de conflitos envolvendo membros do Corpo Clínico, sem danos à saúde do paciente, o Diretor Clínico poderá fazer uma recomendação aos envolvidos, visando a melhora do relacionamento entre médicos, sendo que esta atitude conciliadora não é considerada penalidade.

CAPÍTULO III

DIREÇÃO CLÍNICA E DIREÇÃO TÉCNICA.

ART. 7º O Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico da Santa Casa perante o Corpo Diretivo da Instituição -ABCG, devendo notificar ao Diretor Técnico, sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições, competindo-lhe dirigir, orientar e coordenar o Corpo Clínico da Instituição. O Diretor Clínico é o responsável pela assistência médica dentro dos padrões éticos, para tanto deverá exercer a coordenação e supervisão dos serviços médicos na Instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico. Ao Diretor Clínico compete:

I - Assegurar que todo paciente internado na Instituição tenha um médico assistente responsável, desde a internação até a alta, salvo quando a internação for exclusivamente para procedimento da especialidade Cirurgia/Traumatologia Buco Maxilo Facial.

II - Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário.

III - Exigir que os prontuários dos pacientes sejam organizados e preenchidos de acordo com o que determina a Resolução CFM nº. 2056/2013.

IV - Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na Instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções.

V - Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas.

VI - Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, aos médicos plantonistas do

CTI e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

VII - Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao Diretor Técnico para que tome as providências cabíveis, quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessários ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação.

VIII - Zelar, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica, o Regimento Interno do Corpo Clínico e os Estatutos da Instituição quando em consonância; havendo divergência, prevalecerá o estabelecido no Regimento Interno.

IX - Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade de recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes.

X - Atestar a realização de atos médicos praticados pelo Corpo Clínico e pelo hospital sempre que houver impedimento efetivo dos membros do Corpo Clínico que realizaram tais atos, com menção no documento do motivo da substituição e da fonte de referência, sendo que cessado o impedimento o médico responsável fará sua justificativa por escrito ao Diretor Clínico.

XI - Incentivar a criação e organização de centros de estudos ou equivalente, visando a melhor prática da medicina, bem como quando possível, em se tratando de residentes e acadêmicos de medicina, participar de reuniões e orientar sobre a importância dos documentos médicos e da conduta ética.

§ÚNICO. Quando houver envolvimento de médicos residentes em questões éticas, estas serão encaminhadas pela Direção Clínica à Comissão de Ética Médica, de ofício ou com as versões dos fatos formalizadas pelas partes, quando houver denúncia.

XII - Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, exigir a sua supervisão e contribuir para que tenham uma boa educação humana e ética.

XIII - Acompanhar o trabalho das Comissões Permanentes do Corpo Clínico, acatando suas sugestões quando pertinentes e tomando providências efetivas, quando

estas indicarem aumento de risco de morte nos pacientes do Hospital em regime de internação.

a. O Diretor Clínico está sujeito, como qualquer outro membro do Corpo Clínico, a interpelações de caráter ético e legal, por autor devidamente identificado, pertencente a Instituição, quando houver indícios de ilícito ético, sendo que a denúncia deverá ser encaminhada diretamente a Comissão de Ética Médica da Santa Casa.

b. Quando houver necessidade o Diretor Clínico convocará os coordenadores e/ou supervisores de área, em sua totalidade ou não, e/ou chefes de serviços, em sua totalidade ou não, para uma decisão colegiada. Neste caso, será denominada Comissão Técnica e terá como presidente o próprio Diretor Clínico, sendo classificada de Comissão Temporária e suas reuniões registradas em Atas.

XIV – Determinar, que nas cirurgias eletivas o médico assegure-se previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar, outro médico capaz de substituí-lo em seu impedimento.

XV - Impedir que o médico do Corpo Clínico realize procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica ou consagrados como atos médicos.

XVI - Convocar e dirigir as sessões ordinárias e extraordinárias das Assembleias do Corpo Clínico, na forma prevista neste Regimento, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médicos-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2056/2013, em consonância com o disposto no art. 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito de o Diretor Clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

XVII - Participar das reuniões da Alta Gestão da Instituição, sempre que convocado, representando os membros do Corpo Clínico na defesa do cumprimento deste Regimento Interno do Corpo Clínico, sendo inadmissível atitudes corporativistas do Diretor Clínico ou de qualquer membro do Corpo Clínico, com a finalidade de acobertar atitudes suspeitas de ilícito ético.

XVIII - Estimular a participação de todos os membros do Corpo Clínico em eventos científicos organizados pela instituição, visando o aperfeiçoamento técnico de cada um.

XIX - Enviar ao CRM/MS a ata da eleição da Diretoria Clínica e da Comissão de Ética Médica.

XX - Comunicar ao CRM/MS, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente.

XXI – Fornecer declaração de comparecimento de pacientes, fundamentada em anotações do prontuário, quando solicitado pelo paciente ou seu representante legal, no impedimento do médico assistente, com justificativa por escrito deste após o fato.

XXII – Assessorar, juntamente com a Comissão de Ética Médica, as diretorias, serviços e membros do Corpo Clínico, quanto a questões éticas relacionadas a prática médica desenvolvida dentro do Hospital Santa Casa -ABCG.

ART. 8º Compete ao Vice-Diretor Clínico:

I - Substituir o Diretor Clínico em todas as suas atribuições, quando da ausência eventual ou temporária deste.

II - Substituir o Diretor Clínico após o afastamento definitivo deste, completando o período do mandato para o qual fora eleito.

III - Assessorar o Diretor Clínico no desempenho de suas atividades, em especial quando das Assembleias Gerais do Corpo Clínico.

ART. 9º O Diretor Técnico é o responsável perante o CRM/MS, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente. No impedimento do Diretor Técnico, a administração do hospital deverá designar imediatamente médico substituto, enquanto durar o impedimento, informando imediatamente o CRM/MS. Compete ao Diretor Técnico:

I - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, inclusive as determinadas pelo CFM, pelo CRM/MS e por este Regulamento;

II - Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, com vistas ao melhor desempenho do Corpo Clínico da Instituição e dos

demais profissionais de saúde, em benefício da população atendida pelos seus serviços, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da Instituição;

III - assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IV - Assegurar o funcionamento adequado das demais Comissões Hospitalares oficiais presididas por médicos, por força de regulamentação, em atividade na instituição e garantir a constituição de outras Comissões que forem necessárias;

V - Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o CRM/MS, bem como sua qualificação como especialista quando houver, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se esta mesma regra aos demais profissionais da área de saúde que atuem na Instituição;

VI - Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da Instituição, de acordo com as regras da Resolução CFM nº. 2056/2013, e tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII - Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar o pagamento dos salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto às instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII - Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX - Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo da Instituição, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da Instituição;

X – Cumprir o que determina a Resolução CFM nº. 2056/2013 no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia Intra e Inter profissional;

XI – Providenciar a renovação do certificado de inscrição, junto ao CRM/MS, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do vencimento, comunicando as alterações na

composição do Corpo Clínico quando da renovação da Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica;

XII – Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº. 1974/2011, ou aquela que a suceder;

XIII – Assegurar que os médicos que prestam serviço na Instituição, independentemente de seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno do Corpo Clínico e quando compatível com a ética médica, ao Estatuto e Normas da Instituição Hospitalar Santa Casa -ABCG;

XIV – Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na Instituição estejam regularmente inscritas no CRM/MS;

XV – Assegurar que os convênios sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;

XVI – Não contratar médicos formados no exterior sem registro no Brasil;

XVII - Comunicar ao CRM/MS, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente;

XVIII – Suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção, quando faltarem condições funcionais de trabalho, considerando o custo e o benefício de sua decisão com relação a assistência ao paciente;

XIV. Incrementar medidas corretivas necessárias, para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

CAPITULO IV

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.

ART. 10º Conforme Resolução CFM nº. 2152/2016, “Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja a égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico a Comissão de Ética Médica”.

§ 1º. A Comissão de Ética Médica da Santa Casa –ABCG, é um órgão de apoio aos trabalhos do Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul, com função de investigar, educar e fiscalizar o desempenho ético da medicina pelo seu Corpo Clínico. Quanto a esta última tem a finalidade de descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas, sendo que ao acusado será dado o mais amplo direito de defesa naquela Autarquia CRM.

§ 2º. A Comissão de Ética Médica possui autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da Instituição, cabendo ao Diretor Técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 3º. A Comissão de Ética Médica da Santa Casa -ABCG, será composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

§ 4º. A eleição dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada juntamente com a eleição da Direção Clínica.

ART.11º Compete à Comissão de Ética Médica:

I - Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II - Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV - Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V - Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI - Acompanhar as atividades e utilizar os Relatórios das Comissões do Hospital para elaborar programas de educação continuada do Corpo Clínico.

ART. 12º O funcionamento da Comissão de Ética Médica da Santa Casa obedecerá às seguintes normas:

I - A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente mensalmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

II - Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da Instituição.

III - As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

IV - A apuração interna será instaurada mediante denúncia por escrito, devidamente identificada e/ou "ex-officio", por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica, sendo que instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica, deverá informar imediatamente o Conselho Regional de Medicina/MS, para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

V - As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

VI - Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

§ÚNICO. Casos de menor gravidade, sem danos à saúde do paciente e envolvidos não reincidentes, poderão ser arquivados após as oitivas pertinentes, sendo que nestes casos a Comissão de Ética Médica poderá fazer recomendações educativas aos envolvidos, as quais serão também arquivadas, não se caracterizando qualquer tipo de penalidade.

VIII - A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

IX - A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente. O acesso aos autos é

permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

X - Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

XI - O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

XII - Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

XIII - Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

XIV - A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ ÚNICO. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

XV - A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

XVI - Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

XVII – Cabe à Comissão de ética Médica avaliar todas as normas setORIZADAS, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros documentos que envolvam a

ética médica e a prática da medicina. Em caso de dúvida o CRM/MS deverá ser consultado.

CAPÍTULO V

ESPECIALIDADES MÉDICAS E SERVIÇOS HOSPITALARES

ART. 13º O médico ingresso no Corpo Clínico da Santa Casa - ABCG, considerando o vínculo administrativo com a Instituição e a categoria admissional, desempenhará suas atividades médicas em uma ou mais especialidades e/ou área de atuação médica e/ou serviços médicos. Outras ações de assistência médica poderão ser incluídas neste Regimento Interno, por necessidade de melhor prática médica e/ou por evolução da medicina. São Serviços e Setores do Hospital:

Departamento de Clínica Médica.

- I. Cardiologia
- II. Clínica médica
- III. Dermatologia
- IV. Endocrinologia
- V. Fisiatria
- VI. Gastroenterologia
- VII. Hematologia
- VIII. Nefrologia
- IX. Pneumologia
- X. Reumatologia

Departamento de Clínica Cirúrgica.

- XI. Anestesiologia
- XII. Cirurgia Vasculiar Periférica e Angiologia

- XIII. Cirurgia Cardíaca
- XIV. Cirurgia Infantil
- XV. Cirurgia Plástica
- XVI. Cirurgia Torácica
- XVII. Cirurgia Geral
- XVIII. Neurocirurgia/ Neurologia
- XIX. Oftalmologia
- XX. Oncologia
- XXI. Urologia
- XXII. Ortopedia e Traumatologia
- XXIII. Otorrinolaringologia

Departamento de Urgência e Emergência.

- XXIV. Plantão Hospitalar Adulto
- XXV. Pronto Socorro Adulto
- XXVI. Prontomed Adulto
- XXVII. Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- XXVIII. UTI Cardiovascular Unidade I
- XXIX. UTI de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca Adulto
- XXIXI. UTI de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca Pediátrico

Departamento de Psiquiatria.

- XXX. Psiquiatria

Departamento Materno Infantil.

XXXI. Serviço de Pediatria: Enfermaria, Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico, CTI Pediátrico, Pronto Socorro Pediátrico SUS, Prontomed Pediátrico, Plantão Hospitalar Pediatria, Ambulatórios pediátricos e Serviços de Pareceristas das Especialidades Pediátricas.

XXXII. Serviço de Neonatologia: UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional – UCINCo, Unidade de Cuidados Intermediários Canguru – UCINCa, Sala de Parto, Alojamento Conjunto, Ambulatório de Segmento do Prematuro e Banco de Leite,

XXXIII. Ginecologia e Obstetrícia

Departamento de Apoio e Diagnostico.

XXXIV. Análises Clínicas

XXXV. Anatomia Patológica

XXXVI. Endoscopia

XXXVII. Hemodinâmica

XXXVIII. Métodos Gráficos em Cardiologia – Ergometria, Eletrocardiografia e Ecocardiografia.

XXXIX. Banco de Sangue

XL. Ultrassonografia

XLI. Radiografia

XLII. Medicina Nuclear

XLIII. Serviço de Revisão de Prontuários

XLIV Núcleo Interno de Regulação

Departamento Médico.

XLV. Ambulatório

XLVI. Centro Cirúrgico

ART. 14º Para melhor eficiência das escalas de Plantões do Hospital, os setores que trabalham neste sistema, serão agrupados por “Áreas”, com Coordenadores ou Supervisores responsáveis que serão indicados pela Direção Técnica.

ART. 15º As estratégias e/ou critérios para compor o grupo de especialidades e serviços são prerrogativas da Direção Técnica.

CAPÍTULO VI**COORDENADOR E SUPERVISOR MÉDICO DE ÁREA.****CHEFES DE SERVIÇO.**

ART. 16º Médicos coordenadores e supervisores de áreas médica; São médicos contratados e/ou designados pela Direção Técnica e/ou pela Diretoria Corporativa do Hospital, em conformidade com o Regimento Interno do Corpo Clínico, com a finalidade de colaborar com a Instituição, para que metas de qualidade na assistência aos pacientes sejam alcançadas, escalas de plantões sejam completas, regras setorizadas sejam elaboradas dentro dos preceitos éticos e participar das Comissões Técnicas Temporárias quando solicitados. Pelo critério exclusivamente ético, compete aos coordenadores e supervisores de área médica:

I – Estabelecer normas técnicas setorizadas e protocolos de atendimento, para que as atividades assistenciais sob sua coordenação, tenham qualidade, eficiência e racionalidade, visando o fluxo adequado, menor permanência hospitalar do paciente e consequentemente menor risco a sua saúde.

a. A redação das normas técnicas setorizadas e protocolos, com a participação e concordância dos chefes de Serviços, serão submetidas a apreciação e análise da

Comissão de Ética Médica, a qual em caso de conflitos para a padronização destas normas, se for necessário, deverá consultar o CRM/MS.

b. As normas e protocolos referidos acima deverão contemplar a dinâmica de funcionamento do Serviço e a padronização de condutas e medicamentos, até aonde os preceitos éticos e a autonomia dos médicos assistentes permitirem.

c. Os Serviços sob a responsabilidade administrativa dos coordenadores e supervisores, terão normas e/ou protocolos setorizados, sendo que sua obediência pelos membros do Corpo Clínico fica tipificada neste Regimento Interno do Corpo Clínico da Santa Casa, independentemente do vínculo empregatício ou contratual do membro do Corpo Clínico.

II – Atender as solicitações da Direção Técnica e da Direção Clínica para aconselhamento técnico (Comissão Técnica - Temporária) e quando julgar necessário, apresentar sugestões a estas, para melhor desempenho das atividades da área médica ou setor sob sua responsabilidade.

III – Empenhar esforços para que cada setor, que compõe a área médica, enquanto especialidade, sob sua responsabilidade, tenha um responsável técnico ou um chefe de Serviço, com título de especialista registrado no CRM/MS (RQE), na referida especialidade que está inserido, sendo que o Chefe de Serviço ou Responsável Técnico do Serviço, está subordinado imediatamente ao coordenador ou supervisor da área médica, quando existir, não podendo normatizar condutas ou estabelecer protocolos, sem o conhecimento e/ou a aprovação do médico coordenador ou supervisor.

§ 1º. Todas as normas setorizadas e protocolos deverão ser encaminhados à Comissão de Ética Médica, sendo que nos casos de inconformidades éticas poderão ser descartadas ou alteradas, com a participação dos autores. Não havendo inconformidades éticas e com consequente aprovação pela Comissão de Ética Médica, estas normas passam a fazer parte do Regimento Interno do Corpo Clínico, devendo, portanto, serem cumpridas por todos os seus membros.

§ 2º. A elaboração e manutenção integral das escalas de plantões, juntamente com o coordenador ou supervisor de área, sendo que nas substituições por falta do plantonista ou por vacância de plantonista, tanto o médico coordenador ou supervisor, quanto o médico chefe do serviço, empenharão esforços junto a Direção Técnica para solução do problema.

§ 3º. No impedimento previsto do médico plantonista, cabe a este informar por escrito ao chefe de serviço, com antecedência mínima de 48 horas, o nome do plantonista substituto. No impedimento do plantonista por força maior, de última hora, o chefe do serviço e/ou o coordenador e/ou supervisor de área e/ou Direção Técnica, fica ou ficam responsáveis por completar a escala, sendo que cessado o impedimento do plantonista faltoso, este fará a justificativa do fato por escrito, de forma sucinta, que será encaminhada a Direção Técnica e a Direção Clínica para ciência ou outras providências.

§ 4º. A coordenação ou supervisão de área pode ser extinta pela administração do hospital, porque são cargos remunerados e de confiança da Diretoria Corporativa - ABCG, contudo todo Serviço Médico especializado do Hospital terá um responsável técnico, também denominado de chefe do serviço.

ART. 17º Chefes de Serviços; São membros do Corpo Clínico, com título de especialista registrado no CRM/MS (RQE), na área oferecida pelo Serviço Médico a que se propõem exercer a função de chefia, com mandato semelhante ao do Diretor Clínico 30 (trinta) meses e eleitos pelos membros do Serviço. Os Serviços deverão eleger seus Chefes logo após a eleição da Diretoria Clínica e cada um deverá informar o nome do Chefe de Serviço à Direção Clínica em até 30 (trinta) dias após a sua eleição. O Chefe de Serviço é também chamado de Responsável Técnico. Compete ao Chefe de Serviço:

I - Organizar as escalas de plantão, as escalas de férias e promover as substituições em sua área de responsabilidade, dando ciência ao Coordenador ou supervisor de Área quando houver;

II - Coordenar a elaboração das normas e dos protocolos do Serviço, em conjunto com o Coordenador ou Supervisor de Área quando houver;

As normas setorizadas dizem respeito ao fluxo eficiente a que se propõe o Serviço, com objetivo de incrementar a assistência aos pacientes da Instituição, devendo ser acatada por todos os membros do Corpo Clínico. Para tanto estas normas setorizadas, após elaboradas pelos Serviços, serão encaminhadas à Comissão de Ética Médica e se aprovadas passam a integrar o Regimento Interno do Corpo Clínico da Santa Casa;

III - Promover reuniões administrativas e assistenciais de forma regular e periódica de seu Serviço, com o objetivo de melhor organizar os trabalhos, estimular o conhecimento científico e racionalizar o fluxo;

IV - Providenciar médico do Serviço para substituir médico, que deixou de prestar assistência ao paciente internado, por motivo justificado ou não, sendo que resolvido o impasse, se julgar necessário, poderá encaminhar a descrição do fato para a Direção Clínica.

V - Encaminhar para Direção Clínica e/ou discutir pessoalmente com o Diretor Clínico, todo caso que oferece, como consequência da ação assistencial, aumento de risco de morte do paciente da Instituição;

VI - Informar o Diretor Clínico ou discutir pessoalmente o caso com ele, quando médicos do Corpo Clínico ou não, investidos na função de Auditores de Convênios ou Planos de Saúde, tomarem atitudes obstrutivas ou limitadoras da autonomia do médico assistente, salvo se estas atitudes comprovadamente forem para proteger a saúde do paciente. Neste caso o Chefe do Serviço e o Diretor Clínico providenciarão para que aconteça o restabelecimento imediato da boa prática médica e o encaminhamento dos fatos, para análise da Comissão de Ética Médica;

VII - Atender as convocações feitas pelas Diretorias Técnica e Clínica e Superintendência Médica para reuniões, cuja pauta será previamente informada. No caso de impedimento deverá enviar médico substituto, que obrigatoriamente deverá pertencer ao mesmo Serviço;

VIII – Participar da Comissão Técnica Temporária, quando convocado para tal pelo Diretor Clínico. Esta Comissão será constituída, quando houver necessidade de análise mais técnica de um fato ou de uma situação, que envolve especificamente determinados serviços do Hospital ou um único serviço.

CAPÍTULO VII

AS COMISSÕES DO HOSPITAL.

ART. 18º As Comissões têm a finalidade acompanhar e avaliar os trabalhos dos setores do Hospital, que prestam assistência à saúde dos pacientes, de forma direta ou indireta, além de emitir relatórios periódicos sobre suas atividades e envia-los aos órgãos diretivos pertinentes do Hospital, com sugestões ou críticas, e participar de

projetos de educação continuada e da elaboração de protocolos, para melhor eficácia da assistência à saúde dos pacientes.

§.1º. Quando houver necessidade o Diretor Clínico convocará os coordenadores de área e/ou supervisores e/ou chefes de serviços, em sua totalidade ou não, para uma decisão colegiada específica para a pauta em questão. Neste caso será denominada Comissão Técnica temporária, que terá como presidente o Diretor Clínico, sendo estas reuniões registradas em atas.

§.2º. Somente as Comissões Permanentes presididas por médicos e regulamentadas pelo Ministério da Saúde e/ou pelo Conselho Federal de Medicina, fazem parte deste Regimento Interno do Corpo Clínico, não significando menor importância para as outras Comissões e desobrigação do Corpo Clínico em respeitar suas orientações.

§ 3º. As Comissões serão criadas por designação da Direção Técnica ou por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a Instituição julgar adequado. O número de membros da equipe multidisciplinar obedecerá às normas constantes nas Resoluções atualizadas CFM, que versam sobre o tema.

§ 4º. A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito e da Comissão de Revisão de Prontuários, será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Ao término dos mandatos, a Diretoria Técnica poderá manter ou renovar os membros destas Comissões em parte ou na totalidade.

§ 5º. A Resolução CFM nº. 2.152/2016 estabelece normas, organização, funcionamento, eleição e competências da Comissão de Ética Médica.

ART. 19º As Comissões permanentes com normativas por Resoluções do Conselho Federal de Medicina são a Comissão de Revisão de Prontuário e a Comissão de Revisão de Óbito. Compete a estas duas Comissões:

I - Comissão de Revisão de Prontuário (competências). Equipe multidisciplinar coordenada por médico do Corpo Clínico e administrativamente subordinada a Gerência das Comissões:

a. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade;

b. Definir prontuário médico como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

c. Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico, cabe:

1. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento.

2. À hierarquia médica da Instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida.

3. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico:

d. Fiscalizar que nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, com assinatura identificável e o respectivo número do CRM. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar no prontuário; as circunstâncias do agravo a saúde (principalmente nas causas externas) e o relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

e. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

1. Identificação do paciente, nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o Estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e CEP).

2. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.

3. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos os quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os

realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

f. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Instituição, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

g. Orientar que conflitos entre médicos do Corpo Clínico, envolvendo diagnóstico, terapêutica e responsabilidade sobre o paciente, deverão ser discutidos, de início, entre os envolvidos, dentro do princípio do respeito ao conhecimento técnico e científico de cada um, sendo vedado aos médicos do Corpo Clínico, anotações desta ordem no prontuário do paciente.

II – Comissão de Revisão de Óbito (competências). Equipe multidisciplinar coordenada por médico do Corpo Clínico e administrativamente subordinada a Gerência das Comissões.

a. Avaliar todos os óbitos ocorridos no Hospital, através do prontuário do paciente, de forma padronizada, sendo que os óbitos que necessitem maiores esclarecimentos serão discutidos nas reuniões mensais da Comissão.

b. Solicitar e analisar, quando necessário, laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

c. Solicitar esclarecimentos aos médicos do Corpo Clínico, através de requerimento a Direção Clínica, quando os membros da Comissão necessitarem de esclarecimentos técnicos, para melhor avaliação dos eventos que contribuíram para a morte do paciente.

d. Cuidar para que a análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido, deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão de Revisão de Óbito.

e. Não emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados

f. Encaminhar, de forma sistemática, para o Diretor Técnico e/ou para o Diretor Clínico da instituição, todos os relatórios conclusivos da Comissão de Revisão de Óbito. Quando necessário, tanto o Diretor Técnico quanto o Diretor Clínico, poderão encaminhar os casos para a Comissão de Ética Médica da Instituição, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

g. Encaminhar relatórios conclusivos, quando houver indícios de inconformidades de condutas adotadas por outros profissionais de saúde, que atenderam o paciente, para os seus superiores dentro da Instituição e/ou para os Conselhos Profissionais dos envolvidos.

h. Manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

i. Emitir anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na Instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

j. Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos, incentivando seu correto preenchimento e melhora da qualidade das informações, conscientizando o Corpo Clínico da importância das Declarações de Óbitos para a Saúde Pública.

k. Divulgar os preceitos éticos e legais, referentes a necropsia clínica de pacientes internados, ou seja, para a sua realização é necessária autorização da família, salvo justa causa. Em caso de negativa da família, a obrigatoriedade de fornecer a Declaração de Óbito continua sendo do médico assistente, o qual deverá mencionar a causa básica, que iniciou os eventos que levaram ao óbito.

l. Analisar todos os óbitos com “causa indeterminada”, avaliando o prontuário e procedendo a orientação, quanto a obrigação ética do médico em contribuir para com a Saúde Pública (Código de Ética Médica).

ART. 20º As Comissões permanentes preconizadas pelo Ministério da Saúde são: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Prevenção de Mortalidade Materno e Neonatal. Compete a estas Comissões:

I - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Portaria MS nº. 2616/1998.

a. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

1. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria MS nº. 2616/1998.

2. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

b. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

c. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH.

d. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.

e. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

f. Implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

g. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares.

h. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.

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

j. Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

k. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

l. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.

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

II - Comissão de Estudos de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal:

a. Identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais, como importante instrumento de avaliação da assistência de saúde, para subsidiar as políticas públicas e as ações de prevenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade. A composição da equipe multidisciplinar e tempo de mandato é função da Direção Técnica.

b. Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais, segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade da Instituição, incorporar como rotina de serviço normas de prevenção, que aprovadas pela Direção Técnica e/ou pela Direção Clínica e/ou pela Comissão de Ética Médica, passam a ser diretrizes do Regimento Interno do Corpo Clínico.

c. Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos em nível local.

d. Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório/ boletim periódico) para sensibilização dos profissionais do Hospital e membros do Corpo Clínico.

e. Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação de medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde em nível local, para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

ART. 21º O membro do Corpo Clínico deve acatar as sugestões de todas as Comissões do Hospital, visto que estas, contribuem para melhor qualidade de assistência aos pacientes. Além das três Comissões presididas por médicos o Hospital tem ainda as seguintes Comissões:

- a. Comissão de gestão da contratualização convênio SUS.
- b. Comissão Hospitalar de Prevenção de Mortalidade Materno Neonatal.
- c. Comitê Transfusional.
- d. Comissão de Humanização.
- e. Comissão de Controle de Qualidade e Padronização de Materiais e Medicamentos.
- f. Núcleo de Segurança do Paciente.
- g. Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.
- h. Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística.
- i. Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar.
- j. Comissão de Proteção Radiológica.

CAPÍTULO VIII

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO MÉDICO HOSPITALAR E DIRETORIA DE GESTÃO MÉDICA DO HOSPITAL SANTA CASA

ART. 22º São médicos contratados pela Diretoria Corporativa da ABCG, com suas competências abaixo discriminadas:

I - O Superintendente de Gestão Médico Hospitalar do Hospital Santa é subordinado hierarquicamente a Presidência do Hospital Santa, com a responsabilidade

de realizar a gestão assistencial do hospital em consonância com as deliberações estratégicas e políticas da Instituição. Compete ao Superintendente de Gestão Médico Hospitalar do Hospital Santa Casa:

1. Manter canal de comunicação com a Presidência, na busca de agilizar decisões e atender demandas.
2. Estabelecer em conjunto com as Diretorias subordinadas as políticas comuns para os serviços assistenciais e a implementação de processos estruturados, sua avaliação e implantação de melhorias contínuas dos processos e serviços prestados pela Santa Casa – ABCG.
3. Exercer a direção técnica-operacional e cuidar da coordenação, negociação, prospecção e ampliação das relações interfuncionais entre as unidades de negócio, buscando uma visão sistêmica e efetiva.
4. Elaborar e administrar, em consenso com as Diretorias subordinadas, plano de ação e orçamento anual para o custeio da diretorias e áreas subordinadas.
5. Elaborar e propor normativos, convocar reuniões, propor consultorias externas, sugerir alterações organizacionais e de quadro de pessoal, alinhadas com as políticas e os normativos internos vigentes, buscando ganhos de escala e eficiência das áreas assistenciais.
6. Acompanhar o desenvolvimento das ações no sentido de dar fluidez às linhas de negócios, amparado no foco estratégico de ensino, pesquisa e assistência à saúde.
7. Gerenciar a contratação ou desenvolvimento de sistemas informacionais e o monitoramento dos mesmos, objetivando a modernização da gestão e da tecnologia e o aumento da produtividade e redução de custos.
8. Apresentar e publicar relatórios periódicos das despesas e desempenho da gestão dos serviços assistenciais.
9. Gerenciar e implantar processos bem definidos e padronizados, de tal sorte possam ser medidos e comparados, com base em metas.
10. Planejar, conduzir reuniões e coordenar ações conjuntas com as Diretorias subordinadas, buscando ações integradas e atendimentos sincronizados.

11. Implementar e zelar pela garantia de uso de protocolos.
12. Colocar acima de tudo o atendimento humanizado e a segurança do paciente.
13. Visão ampla da organização e das tendências do segmento da saúde, para implantar estratégias e soluções inovadoras aplicando-as no alcance dos objetivos institucionais.
14. Orientar, monitorar e responder pela orientação técnica da equipe médica e de enfermagem quanto a diretrizes e procedimentos assistenciais.
15. Assegurar um ambiente organizacional favorável e de referência no atendimento e relacionamento adequado com pacientes, seus familiares, e equipes multidisciplinares e médicas envolvidas.
16. Ter uma visão holística e transversal dos processos com entendimento de sua inter-relação com demais especialidades de assistência e outros processos de apoio administrativo da organização.
17. Propor e implementar melhorias nos processos, procedimentos e protocolos das especialidades médicas.
18. Coordena as atividades de pesquisa e diagnóstico.
19. Controlar as operações, planejamento, estratégias e todos os demais aspectos relacionados às atividades hospitalares.
20. Determinar o número de especialistas, médicos, enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as demandas.
21. Viabilizar o trabalho coletivo das equipes multiprofissionais.
22. Identificar oportunidades de programas e projetos, além de monitorar sua execução. Criar, modificar ou extinguir Comissões e Comitês.
23. Disseminar conhecimentos técnicos, utilizando normas e legislações aplicáveis.
24. Identificar as não conformidades e propor medidas corretivas e preventivas por meio de ações de educação continuada.

25. Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação.

26. Promover e estimular a participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão.

27. Gerenciar, orientar, coordenar, delegar e responsabilizar-se pelos desempenhos das áreas funcionais subordinadas.

§ ÚNICO. O Superintendente Adjunto Médico Hospitalar do Hospital Santa Casa, nos impedimentos legais e temporários do Superintendente Médico Hospitalar, fará representá-lo formal e institucionalmente, interna e externamente e comparecerá no seu nome às reuniões.

II – Diretoria de Gestão Médica do Hospital Santa Casa (Gerente Médico). A Diretoria de Gestão Médica é administrativamente subordinada a Diretoria Técnica e tem as seguintes atribuições:

1. Substituir na sua ausência ou impedimentos ao Diretor Técnico.
2. Coordenar a prestação dos serviços da equipe médica da Instituição.
3. Definir e organizar a escala de plantonistas médicos, zelando para que não ocorram lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com o previsto em regramento do CFM.
4. Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas.
5. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica.
6. Produzir relatórios sobre a assistência médica na Instituição.
7. Fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais médicos.
8. Zelar pelo exercício ético dos profissionais médicos.
9. Zelar pelo cumprimento do Regimento e ou Regulamento Interno da Instituição.
10. Assessorar a Diretoria Técnica no planejamento, organização, administração, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais da Instituição.
11. Participar da organização e implementação das linhas de cuidado.

12. Coordenar a elaboração, atualização e implementação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das unidades assistenciais, setores e divisões da atenção à saúde.

13. Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os médicos e demais profissionais do hospital, bem como destes com a governança institucional.

14. Facilitar o atendimento as necessidades dos pacientes nas ações assistenciais, proporcionando um atendimento humanizado.

15. Participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos, pesquisas e outras atividades de saúde, em conjunto com a escola de saúde.

16. Participar da proposição, planejamento, elaboração e execução de programas de educação permanente adotados na Instituição ou na escola de saúde.

CAPÍTULO IX

DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO.

ART. 23º São direitos do médico membro do Corpo Clínico.

I - Frequentar as instalações da Instituição e utilizar todos os recursos técnicos e os meios de diagnóstico e de tratamento disponíveis em benefício dos pacientes assistidos.

II - Exercer sua atividade profissional com autonomia, isenta de interferência, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e normas setorializadas existentes na instituição e os protocolos clínicos implantados.

III - Participar das Assembleias Gerais do Corpo Clínico, votar e ser votado nas eleições, conforme art. 3º, Parágrafo único, deste Regimento Interno do Corpo Clínico.

IV - Comunicar aos órgãos diretivos, à Comissão de Ética Médica e, em última instância ao CRM/MS, falhas na organização, nos meios, na execução e na normatização das atividades da assistência prestada aos pacientes na instituição.

V - Participar das Comissões permanentes e temporárias da Instituição.

VI - Recomendar à Direção Técnica e/ou a Direção Clínica a admissão de novos membros do Corpo Clínico.

VII - Suspender as atividades médicas, individual ou coletivamente, quando a instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional, ressalvadas situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente ao Diretor Clínico e ao CRM/MS.

VIII - Recorrer ao CRM/MS quando se julgar prejudicado em decisões de qualquer natureza, internas ou externas ao hospital.

IX - Manter os horários de plantão e/ou de atendimento médico previamente estabelecidos, com prioridade de escolha do horário pelo membro do Corpo Clínico com maior tempo de trabalho na Instituição.

X - Ser suspenso ou excluído do Corpo Clínico somente após obedecido o disposto no art. 5º deste regimento Interno do Corpo Clínico.

XI - Ter conhecimento e/ou participação nos contratos com operadoras/planos de saúde, nos fluxos de documentos relativos a atos médicos, nas normas e procedimentos operacionais, nos registros médicos e nas avaliações de desempenho (metas).

XII - Ter livre acesso ao Diretor Clínico, ao Diretor Técnico e a Comissão de Ética Médica, para orientação ou fazer sugestões. Em se tratando de questões éticas, todo médico do Corpo Clínico poderá encaminhar, por escrito, qualquer documentação diretamente a Direção Clínica e/ou Comissão de Ética Médica, não se caracterizando nestas circunstâncias quebra de hierarquia. Idem para questões técnico-administrativas, neste caso o encaminhamento será para a Direção técnica.

XIII - Usar equipamentos e instrumentos destinados ao atendimento médico, contudo, estes poderão ter restrições de acordo com normas relativas à qualificação e treinamento dos membros do Corpo Clínico.

VII – Solicitar pareceres e discutir os casos clínicos com outros médicos do Corpo Clínico, sempre com respeito, consideração e solidariedade.

XIV - Decidir autonomamente não atender pacientes vinculados a convênios, mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico, salvo nos casos de previsão contratual.

XV – Encaminhar por escrito qualquer documentação diretamente a Direção Clínica, quando se tratar de questões éticas, não se caracterizando nestas circunstâncias, quebra de hierarquia. Idem para questões técnico-administrativas, neste caso o encaminhamento deverá ser para a Direção técnica.

ART. 24º São deveres dos médicos membros do Corpo Clínico:

I - Estar inscrito no CRM/MS e cumprir com todas as obrigações legais junto ao mesmo, estando incluso nestas obrigações legais a obediência a este Regimento Interno do Corpo Clínico.

II - Prestar atendimento médico aos pacientes assistidos na instituição com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor.

III - Ter bom relacionamento com os familiares dos pacientes internados ou de ambulatório, prestando informações éticas sobre diagnóstico, quadro clínico, prognóstico, etc.

IV – Cumprir as disposições éticas e legais, quando for necessária a Autorização ou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes, ou de seus representantes legais, para execução de atos médicos.

§ ÚNICO. Na atividade médica exercida em regime ambulatorial, incluindo exames, independente de critério usado para o atendimento, terão prioridades; idosos, gestantes, lactentes, pessoas com crianças de colo, autistas, e portadores de limitação de natureza física, mental e sensorial. (Lei Federal nº. 10.741/2003 e Lei Federal nº. 13.146/2015).

V - Respeitar o Código de Ética dos demais profissionais da área da saúde, visando um trabalho em equipe multidisciplinar compatível com a boa prática médica e consequente melhor assistência aos pacientes.

VI - Assumir a responsabilidade somente pelos atos médicos praticados, quando do exercício da atividade médica na Instituição, não permitindo que seu nome seja colocado em procedimentos que não realizou.

VII - Orientar sua atividade profissional, de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções do CFM e do CRM/MS, por este Regimento Interno e pelas normas administrativas da Instituição, quando em conformidade com os preceitos éticos.

VIII – Manter-se comunicável (celular) durante todo o plantão de sobreaviso e durante todo o plantão presencial, ou seja, se estiver realizando algum procedimento no hospital, o celular deverá estar disponível para uma outra pessoa informar esta circunstância.

IX - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente, com uso do crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos e obedecer às normas de segurança do paciente, principalmente quanto a adornos e roupas de uso restrito.

X - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança do trabalho.

XI - Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador.

XII - Colaborar com os demais médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades hospitalares e no aprimoramento ético e técnico-científico destes.

XIII - Respeitar e colaborar com os demais profissionais da Instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho.

XIV - Acatar as orientações da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme resolução do CFM, bem como da Comissão de Análise de Óbitos e dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e Fetal/Infantil.

XV - Acatar as determinações das demais comissões hospitalares em funcionamento na Instituição, devendo participar de suas reuniões, para esclarecimentos técnicos, quando convocado através da Direção Clínica ou da Direção Técnica.

XVI - Atender as requisições da Direção Técnica e da Direção Clínica, para reuniões com caráter educativo, inclusive sobre gestão hospitalar, protocolos, normas setorizadas e alcance de metas pela Instituição, com objetivo primordial de melhorar a qualidade de assistência aos pacientes da Santa Casa.

XVII- Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia.

XVIII - Participar dos programas de educação continuada promovidos pela Instituição ou pela Direção Clínica ou pela Comissão de Ética Médica, visando unificar o Corpo Clínico, no comprometimento dos seus membros para uma Instituição Hospitalar referência, tanto na qualidade da assistência médica, quanto na satisfação pessoal de todos.

XIX - Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POP), protocolos e normas setorizadas, referentes às tarefas para as quais forem designados, em todas as dependências do Hospital.

XX - Ser responsável pelo paciente desde a internação até a alta, não podendo simplesmente anotar no prontuário, que o paciente está “de alta da especialidade” e se julgar automaticamente desobrigado de acompanhá-lo. Caso a transferência seja justificável, o médico deverá fazer o “termo de transferência”, sendo que enquanto o médico, para o qual se pretende a transferência, não registrar o “aceite” no prontuário, o médico autor da transferência será o responsável pelo paciente. Caso o médico para o qual se pretende a transferência, não aceitar a justificativa do termo de transferência, este deverá elaborar o “termo de recusa de transferência”, onde constará a justificativa da recusa. Neste caso a Direção Clínica e a Comissão de Ética Médica irão avaliar o caso em regime de urgência e definirão qual médico deverá continuar o tratamento do paciente. Caso o conflito continue, o fato será encaminhado ao Conselho Regional de Medicina, para julgamento pelo Corpo de Conselheiros daquela Autarquia.

§ ÚNICO. Ocorrendo migração do paciente de convênio ou particular para o SUS, por motivo estritamente financeiro, é vedado ao médico do Corpo Clínico abandonar o paciente sob seus cuidados. Caso existam outros fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou que prejudique o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde obedecido o disposto no inciso XV.

XXI – Apresentar por escrito a versão dos fatos à auditoria, em caso de não conformidades do prontuário interpretadas por auditores de planos de saúde ou convênios, inclusive SUS. Em persistindo a glosa, o médico assistente será o responsável por elaborar o recurso de glosa, com orientação, se necessário, dos médicos revisores de contas hospitalares (faturamento do Hospital).

XXII - Assumir a responsabilidade dos atos médicos praticados, portanto identificar sua rubrica ou assinatura em todos documentos médicos que tenha praticado ou participado. O contrário também se aplica, ou seja, não deve apor sua identificação em atos que não tenha participado.

XXIII - Elaborar adequadamente os prontuários (impresso ou eletrônico) ou fichas de atendimento de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando as evoluções e as prescrições de forma legível, identificadas e datadas cronologicamente, assinando e identificando-se como responsável pelo atendimento, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da instituição, quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM.

XXIV - Não causar prejuízo no faturamento de contas hospitalares, através da recusa em elaborar justificativas aos convênios ou planos de saúde, diante de glosas realizadas em função de auditorias analíticas de prontuários. Nestas circunstâncias deverá o médico assistente elaborar o recurso das glosas, por escrito e com embasamento científico, ao médico auditor e/ou à Direção Clínica.

XXV - Seguir as clausuras contratuais dos convênios e operadoras de saúde, enquanto contratantes de serviços da Santa Casa, quando se tratar de compatibilidade de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), com o procedimento a ser utilizado. Em caso de questionamento da qualidade a Direção Técnica e a Direção Clínica deverão ser formalmente comunicadas.

XXVI - Não fazer anotações no prontuário, que em nada contribui quanto à informação do quadro de saúde do paciente. Conflitos entre médicos do Corpo Clínico, envolvendo diagnóstico e/ou terapêutica, deverão ser discutidos pessoalmente, dentro do princípio do respeito ao conhecimento técnico e científico de cada um. Se persistir o conflito e/ou houver indícios de ilícito ético o Diretor Clínico encaminhará o caso à Comissão de Ética Médica.

XXVII – Não copiar e colar prescrições/evoluções médicas diárias, registros de cirurgias e outros documentos médicos, de forma sistemática, sendo que esta conduta torna o prontuário passível de glosa (prejuízo financeiro a Instituição) pela auditoria médica. Esta prática também traz danos aos valores primário, secundário e terciário do prontuário do paciente e expõe o médico a acusação de negligência.

XXVIII - Observar os horários estabelecidos para a realização de procedimentos médicos, inclusive prescrições e evoluções médicas diárias, conforme os regulamentos dos setores da Instituição, principalmente quanto a dispensação de medicamentos pela farmácia do Hospital, visando a melhor qualidade de assistência ao paciente.

§ ÚNICO. A prescrições médicas diárias dos pacientes em regime de internação ou observação clínica, deverão ser feitas pelo médico assistente ou substituto até as 12h00min.

XXIX - Cumprir a orientação e praticar a padronização de insumos e medicamentos da Farmácia Central, salvo em casos de prejuízo ao paciente, sendo que neste caso deverá formalizar sua argumentação para a Direção Clínica. Toda reclamação por parte dos médicos do Corpo Clínico, que envolve qualidade de assistência ao paciente deve ser por escrito e identificada.

§ 1º. É vedado ao médico, na prática de prescrever medicamentos, usar a expressão “a critério médico” (ACM), porque causa interpretações errôneas, quando a enfermagem não conseguir localizar o médico assistente, salvo nos serviços assistenciais com médicos plantonistas presentes, todos dias, 24 horas (CTIs, Áreas Amarelas, Áreas vermelhas e outros).

§ 2º. Usar a expressão “ se necessário” (SN) somente quando tiver explicitado a dosagem do medicamento, intervalo entre as doses e condições claras que caracterizam a necessidade do medicamento.

XXX - Atender aos pacientes, enquanto plantonista do hospital, em caso de urgência/emergência, quando solicitado por outro profissional de saúde de plantão no hospital, em qualquer setor, não justificando sua recusa por limitações administrativas, trabalhistas ou corporativistas.

XXXI - Acatar, enquanto plantonista de especialidade médica, as normas setorizadas dos serviços de urgência/emergência do Hospital, principalmente com referência à internação de pacientes pelo plantonista da urgência/emergência, para o qual cabe a decisão, em casos de politraumatizados ou co-morbidades, da escolha de apenas um médico responsável pelo paciente, desde sua internação até a alta.

XXXII – Quando escalado para elaborar Parecer Médico de pacientes nas dependências do hospital, faze-lo em no máximo 24 horas após a solicitação, quando não se tratar de urgência/emergência.

§ 1º. Em se tratando de situação de urgência/emergência, o Parecer deverá ser elaborado imediatamente ou no máximo 06 (seis) horas após a solicitação.

§ 2º. Deverá o médico solicitante do parecer, comunicar-se com o médico parecerista para informações sobre o caso clínico, devendo esta comunicação constar no prontuário do paciente (evolução médica diária), inclusive hora e data

§ 3º. O médico parecerista poderá ser comunicado da existência de solicitação de Parecer médico, por qualquer membro da equipe multidisciplinar assistencial do paciente, não estando estes profissionais obrigados a prestar esclarecimentos via telefonia, sobre o quadro clínico, ou o motivo do parecer, ao parecerista.

§ 4º. Quando julgar necessário o médico solicitante do Parecer expressará a necessidade de acompanhamento assistencial do paciente pelo parecerista, sendo que este em caso de recusa, deverá expor seus motivos por escrito. Se o conflito continuar a Direção Clínica deverá ser comunicada por uma das partes.

XXXIII - Preencher a Declaração de Óbito de seu paciente internado, morte natural, mesmo quando a família não autorizar a realização da necropsia clínica, devendo constar neste documento (DO), de importância epidemiológica, em última hipótese, apenas a causa básica que iniciou os eventos que levaram à morte. O termo “causa indeterminada” deve ser evitado, pois não contribui para a epidemiologia (Saúde Pública).

XXXIV – A Declaração de Óbito de pacientes internados em UTI, Área Vermelha e Área Amarela e outros Serviços com plantonista presenciais, será fornecida pelo médico plantonista daquela Unidade, visto que segundo Resolução CFM 1779/2005,

“A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente”.

§ 1º. A notícia do óbito do paciente aos familiares, deverá ser dada pelo médico que “vinha prestando assistência ao paciente”.

§ 2º. O encaminhamento para o IML, para causa de morte violenta, deverá ser escrito pelo médico que “vinha prestando assistência ao paciente”.

XXXV - Atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal, inclusive campos destinados ao médico no documento Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando prestou atendimento ao trabalhador, no pronto socorro, no ambulatório ou em regime de internação (Art. 91, CEM).

XXXVI – O médico do corpo clínico deverá cumprir as notificações emitidas pela Direção Clínica e pela Comissão de Ética Médica, dentro prazo estipulado.

CAPÍTULO X

ELEIÇÕES PARA DIRETOR CLÍNICO/VICE DIRETOR CLÍNICO E

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.

ART. 25º O processo eleitoral para Diretor Clínico/Vice-Diretor Clínico e para a Comissão de Ética Médica, será coordenado por uma Comissão Eleitoral composta de três membros indicados pela Diretoria Clínica, dentre médicos Efetivos ou Beneméritos, que farão o Edital de Convocação para a Assembleia Geral Eleitoral.

§ 1º. O Diretor Clínico e o Vice-Diretor Clínico, bem como os membros da Comissão de Ética Médica, serão eleitos por voto direto e secreto em Assembleia Geral convocada para esse fim, sendo vedado o voto antecipado ou por procuração.

a. O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão

exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias Extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

§ 2º. Todos os membros do Corpo Clínico têm o direito de votar, exceto os médicos estagiários, mas somente médicos membros efetivos podem ser votados.

§ 3º. A Diretoria Clínica fará a lista de eleitores aptos a votar, que ficará à disposição dos interessados na secretaria da Direção Clínica 30 (trinta) dias antes da data da eleição.

§ 4º. As Chapas para a Diretor Clínico/Vice-Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica deverão ser registradas na Secretaria da Direção Clínica em até 15 (quinze) dias antes da Assembleia Geral.

ART. 26º Encerrada a votação, dois membros designados dentre os votantes apurarão os votos no recinto da eleição, com imediata proclamação dos eleitos pela Assembleia e comunicação do resultado à Mesa Administrativa.

§ 1º. As questões de ordem e recursos durante o processo de votação serão apresentadas durante a Assembleia, e resolvidos imediatamente pelo Presidente da Comissão Eleitoral, podendo suspender a sessão para consultas à legislação em vigor. As decisões serão registradas em ata por secretário designado pelo Diretor Clínico entre os presentes.

§ 2º. O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias Extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

§ 3º. Em casos de empate em qualquer pleito eleitoral, vencerá o candidato mais antigo do Corpo Clínico.

CAPITULO XI

ENCERRAMENTO

ART. 27º Casos omissos, não previstos no presente Regimento Interno do Corpo Clínico, relacionados as normas administrativas do Hospital, serão dirimidos pela Comissão Técnica Temporária e/ou pela Direção Técnica e/ou Diretoria Corporativa Santa Casa - ABCG.

ART. 28º Casos omissos, não previstos no presente Regimento Interno do Corpo Clínico, relacionados a aspectos éticos, serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica.

O presente Regimento Interno do Corpo Clínico entrará em vigor na data de sua aprovação no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul.

Dr. Luiz Alberto Lopes Verardo
CRM/MS – 1465.
Diretor Clinico

Dr.Fabiano de Freitas Lopes Cançado
CRM/MS 8639.
Vice-Diretor Clinico

Dr.Paskale Salazar Vargas
CRM/MS 8289.

Dr.Walter Peres da Silva Junior
CRM/MS-6941.

Dr.Julcilene Falco de Oliveira
CRM/MS-5873.

Dr.Rosineia de Araújo Martos
CRM/MS-5321.

Dr.Demetrius Ismael e Silveira
CRM/MS 5831.

Dra.Nayrelle de Alencar
CRM/MS 5215.

Campo Grande, 18 de fevereiro de 2020.

Regimento Interno Homologado
em Sessão Plenária do Conselho
19/06/2020
45
Presidente