

RESOLUÇÃO UNIV Nº 026, DE 10 DE AGOSTO DE 2015.*

Aprova o Regimento Interno do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva”.

O CONSELHO UNIVERSITÁRIO, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, na reunião do dia 10 de agosto de 2015, *considerando*

o artigo 13, VIII do Estatuto da Universidade Estadual de Ponta Grossa;

a Resolução UNIV nº 2, de 10 de fevereiro de 2014;

a aprovação do Conselho de Administração na reunião do dia 01 de junho de 2015; e,

considerando mais, os termos do expediente autuado no Protocolo Geral da Universidade Estadual de Ponta Grossa, onde se consubstanciou no *Processo nº 21.768/2014*, *aprovou*, e eu, Reitor, sanciono a seguinte Resolução:

Art. 1º Fica aprovado o Regimento Interno do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” - HURCG, na forma do *Anexo* que passa a integrar este ato legal.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação. Reitoria da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Carlos Luciano Sant’Ana Vargas,
Reitor.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS “WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA”

TÍTULO I

DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS “WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA”

CAPÍTULO I DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º O Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” – HURCG, é um órgão suplementar, vinculado à Reitoria da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, de ensino e assistência para atendimento às áreas de alta e média complexidade regendo-se pelo Estatuto e Regimento da UEPG, bem como, pela legislação aplicável.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 2º Os objetivos do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” são:

I – prestar assistência médico-hospitalar, de acordo com a vocação e perfil definidos para o hospital, por intermédio de equipe técnica e administrativa Multiprofissional, aos pacientes encaminhados para os serviços de sua competência, por disposição neste Regimento Interno;

II – implantar, adequar e elaborar normas de funcionamento e controle das atividades de sua abrangência;

III – integrar as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS em sua área de abrangência, assumindo a co-responsabilidade pela resolutividade da rede no seu campo de atuação;

IV – desenvolver atividades de atendimento à saúde da população, por meio de programas de prevenção, assistência, reabilitação, de pesquisa e de extensão e ensino, em sua área de atuação, considerando o grau de complexidade e especialidade;

V – monitorar informações epidemiológicas e sua divulgação aos órgãos competentes;

VI – realizar a triagem dos pacientes para atendimento na unidade hospitalar, ou encaminhamento quando for o caso, a outros serviços ambulatoriais ou hospitalares;

VII – atuar de forma a possibilitar o treinamento nas áreas de administração, organização e desenvolvimento de serviços de saúde;

VIII – desenvolver atividades referentes a recursos humanos;

IX – disponibilizar campo de estágio em administração, organização e desenvolvimento de serviços de saúde;

X – manter canal de comunicação aberto com a comunidade interna e usuários, para prevenir e minorar as possíveis áreas de conflito; e

XI – servir de referência estadual em sua área específica, ou prestar atendimento aos usuários de uma região referenciados pelos serviços de menor complexidade.

TÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E DO CAMPO FUNCIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS “WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA”

CAPÍTULO I DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º A estrutura organizacional do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” compreende:

I – Nível de Direção Superior

- a) Conselho Diretor
- b) Diretor Geral

II – Nível de Assessoramento

- a) Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar – NUCIH
- b) Núcleo de Informações e Análise da Situação – NUIAS
- c) Núcleo de Assessoria Jurídica - NAJ

III – Nível de Execução

- a) Diretor Técnico
 - a.1) Seção Técnica Assistencial – SCTAS
 - a.2) Seção de Enfermagem – SCSEN
 - a.3) Seção de Atendimento – SCA (*)
- b) Diretor Administrativo
 - b.1) Seção de Recursos Financeiros – SCRFI
 - b.2) Seção de Gestão de Pessoas – SCGPE
 - b.3) Seção de Material e Patrimônio – SCMPA
 - b.4) Seção de Infraestrutura Operacional – SCIOP
 - b.5) Seção de Hotelaria Hospitalar – SCHHO
- c) Diretor Acadêmico
 - c.1) Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano (*)
 - c.2) Comissão de Residência Médica – COREME
 - c.3) Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU
- d) Diretor Clínico
 - d.1) Corpo Clínico

Parágrafo único. Toda matéria relativa ao Corpo Clínico do Hospital, como a inclusão ou a exclusão de membro do corpo clínico, será regulamentada por meio de Regimento do Corpo Clínico, de iniciativa do Diretor Técnico, anexo a este Regimento, aprovado e homologado pelo Conselho Diretor e pelos Conselhos Superiores da UEPG.

CAPÍTULO II DA DIREÇÃO SUPERIOR

Seção I Do Conselho Diretor

Art. 4º O Conselho Diretor é órgão consultivo, deliberativo e normatizador das ações da Diretoria.

§ 1º O Conselho Diretor será composto pelo Reitor da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, que o presidirá; por 01 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde – SESA; por 01 (um) representante da Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – SETI; pelo Diretor Geral do Hospital Universitário Regional

dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” – HURCG; e por 01 (um) representante indicado pelo Conselho Estadual de Saúde - CES.

§ 2º Poderão participar do Conselho, o Diretor Técnico, o Diretor Administrativo, o Diretor Acadêmico, e o Diretor Clínico, com direito a assento e voz, porém, sem direito a voto.

Art. 5º Ao Conselho Diretor compete:

I – zelar pelo cumprimento dos Regimentos e Regulamentos Internos do Hospital e pela fidelidade à sua missão e objetivos;

II – planejar, programar e fiscalizar a execução das ações de saúde exigidas para a prevenção, recuperação e reabilitação da população a ser assistida pelo Hospital;

III – analisar, deliberar e aprovar o Plano de Gestão do Hospital, elaborado pela Direção Geral em conjunto com as Diretorias Técnica, Administrativa e Acadêmica;

IV – deliberar e aprovar o Plano Diretor sugerido pela Direção Geral;

V – analisar o orçamento anual e a aplicação dos recursos financeiros de acordo com a legislação, bem como, aprovar a prestação de contas da Direção Geral do Hospital;

VI – deliberar sobre a realização de convênios, contratos e termos de cooperação técnica e/ou financeira com instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, visando o desenvolvimento do Hospital para deliberação e homologação pelos Conselhos Superiores da UEPG.

Art. 6º O Conselho Diretor reunir-se-á, ordinariamente, a cada quadrimestre, e extraordinariamente, sempre que convocado pelo seu Presidente ou por 2/3 (dois terços) dos seus membros, cientificada a Presidência.

§ 1º Na primeira reunião do ano corrente será estabelecido o calendário de reuniões ordinárias, constituindo em convocação automática de todos os membros do Conselho Diretor.

§ 2º Os membros do Conselho Diretor serão notificados sobre a pauta da sessão, por meio eletrônico, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, da realização das sessões.

§ 3º Em caso de Reunião Extraordinária, os membros do Conselho Diretor serão convocados, por meio eletrônico, com antecedência mínima de 02 (dois) dias úteis, constando da convocação a pauta da sessão.

§ 4º Em caso de urgência, o prazo da convocação de reunião extraordinária poderá ser reduzido, justificando-se o motivo.

§ 5º O *quórum* legal para votação e deliberação será por maioria simples dos presentes.

Art. 7º Ao Presidente do Conselho Diretor compete:

I – sugerir o calendário das reuniões ordinárias, aprovar sua pauta e convocar as reuniões extraordinárias;

II – designar secretário *ad hoc* para as reuniões do Conselho Diretor, nos impedimentos do Diretor Geral;

III – representar o Conselho Diretor.

Art. 8º Das reuniões do Conselho Diretor serão lavradas atas que, após aprovação, serão assinadas pelos seus membros presentes.

Art. 9º Ao Secretário compete:

I – redigir as atas das reuniões;

II – colher assinaturas dos membros nas atas aprovadas;

III – lavrar, registrar, comunicar e dar publicidade dos atos e expedientes, a pedido do Presidente;

IV – arquivar as atas e demais documentos.

Seção II Do Diretor Geral

Art. 10 Ao Diretor Geral do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” compete:

I – dirigir o hospital promovendo ações estratégicas definidas conjuntamente com o Conselho Diretor;

II – desenvolver a cultura organizacional permeada por ações de planejamento, objetivos e cumprimento de metas;

III – acompanhar, monitorar e responder pela implementação das políticas e diretrizes estabelecidas pela SESA, SETI e UEPG, através da coordenação de programas, ações e serviços prestados, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazos;

IV – planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades relacionadas com a Direção Técnica, Administrativa e Acadêmica do Hospital, atinente ao funcionamento e respectiva programação, incluídos os planos de receitas e despesas;

V – elaborar, em conjunto com as Diretorias Técnica, Administrativa e Acadêmica, o Plano de Gestão do Hospital;

VI – elaborar o Plano Diretor do Hospital, auxiliado pelas Diretorias Técnica, Administrativa e Acadêmica;

VII – executar o planejamento das diretrizes de assistência médico-hospitalar, administrativa e de apoio, definidas pelo Conselho Diretor a partir de diretrizes da SETI e da SESA;

VIII – dirigir e acompanhar as atividades gerais do Hospital assessoradas pelos Diretores Técnico, Administrativo e Acadêmico;

IX – acompanhar, analisar e avaliar periodicamente os resultados alcançados, efetuando os ajustes necessários e definindo novas demandas;

X – coordenar os trabalhos dos Núcleos, bem como das Comissões constituídas para o desenvolvimento das atividades do Hospital;

XI – executar e fazer cumprir as deliberações da política administrativa estabelecida pela UEPG, bem como, os Regulamentos e o Regimento Interno do Hospital;

XII – definir com os Diretores Técnico, Administrativo e Acadêmico, os programas e metas para o desenvolvimento do Hospital, visando à melhoria da funcionalidade das instalações existentes e fixando prioridades, em atenção às necessidades do momento;

XIII – propor, para aprovação junto ao Conselho Diretor, assuntos referentes a planejamento estratégico, planos operacionais, propostas programáticas, política de pessoal, regulamentos, normas e procedimentos hospitalares;

XIV – aprimorar o relacionamento interinstitucional;

XV – acompanhar e promover, quando necessário, a execução de programas de capacitação dos recursos humanos do Hospital, buscando o aprimoramento operacional, tanto para a adoção de tecnologia de ponta, como para o bom atendimento à população;

XVI – manter interface constante com o Conselho Diretor, quando para a deliberação de assuntos que extrapolem rotina e que fujam da alçada e competência da Direção Geral;

XVII – assegurar o cumprimento das normas, procedimentos, regulamentos e políticas estabelecidas para o Hospital;

XVIII – desempenhar outras tarefas correlatas, determinadas pela UEPG.

CAPÍTULO III DO ASSESSORAMENTO

Seção I

Do Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar - NUCIH

Art. 11 Ao Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar, compete:

I – assessorar a Direção do Hospital no que tange aos programas de atuação para a sua área de abrangência;

II – fornecer informações de caráter epidemiológico que possibilitem a tomada de decisões;

III – responsabilizar-se pela execução da vigilância epidemiológica, na sua área de abrangência;

IV – elaborar, implementar e avaliar o programa de controle de infecções hospitalares;

V – registrar, em meio próprio, as informações epidemiológicas do hospital;

VI – cumprir e fazer cumprir políticas e normas estabelecidas pelo estatuto, regimentos, bem como aquelas que venham a ser deliberadas pelo Conselho Diretor do Hospital ou em reuniões de Diretoria;

VII – realizar atividades correlatas, conforme orientação da chefia imediata.

Seção II

Do Núcleo de Informações e Análise da Situação - NUIAS

Art. 12 Ao Núcleo de Informações e Análise da Situação, compete:

I – manter padrões de registro, de emissão e controle de normas, instruções, procedimentos, relatórios e formulários relacionados com o processamento eletrônico de dados;

II – localizar áreas passíveis de utilização de processamento eletrônico de dados, colaborando com a Assessoria de Desenvolvimento Institucional;

III – administrar os diversos sistemas informatizados em utilização no Hospital;

IV – solicitar às áreas competentes, técnicas ou de apoio, o remanejamento de equipamentos e materiais utilizados em processamento de dados;

V – solicitar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de informática;

VI – solicitar à Diretoria do hospital suprimentos de informática;

VII – acompanhar e supervisionar eventuais contratos de prestação de serviços ligados à informática;

VIII – controlar as atividades de reprografia;

IX – cumprir e fazer cumprir políticas e normas estabelecidas pelo Estatuto, Regimentos, bem como aquelas que venham a ser deliberadas pelo Conselho Diretor do Hospital ou em reuniões de Diretoria;

X – realizar atividades correlatas, conforme orientação de chefia imediata.

Seção III **Do Núcleo de Assessoria Jurídica - NAJ**

Art. 13 O Núcleo de Assessoria Jurídica está vinculado à Procuradoria Jurídica da UEPG e a ele compete:

I – prestar assessoramento técnico-jurídico, na área administrativa, para os assuntos de interesse do HURCG;

II – analisar e orientar a aplicação de leis e regulamentos para Assuntos Administrativos;

III – estudar e sugerir soluções para assuntos de ordem administrativo-legal de interesse da Instituição;

IV – acompanhar processos de ordem técnico-administrativa em todas as suas fases, emitindo parecer técnico na fase própria;

V – prestar assessoramento às unidades da Instituição quanto à aplicação da legislação relativa a direitos e deveres, encargos e responsabilidades, ônus e vantagens dos servidores, indicando a solução e o procedimento referente a tais assuntos;

VI – elaborar minutas das peças informativas solicitadas, administrativa ou judicialmente;

VII – elaborar minutas de contratos, aditivos, termos de compromisso, acordos de cooperação, convênios, ofícios e outros documentos de natureza jurídico-administrativa;

VIII – elaborar minutas de resoluções, portarias e demais atos oficiais que digam respeito a assuntos administrativos do HURCG;

IX – integrar e/ou fornecer subsídios a comissões de licitação, de sindicância e processo administrativo, disciplinar ou não;

X – executar os demais atos e promover medidas que se relacionem com atribuições próprias da Assessoria Jurídica;

XI – realizar atividades correlatas, conforme orientação da Chefia da Procuradoria Jurídica.

CAPÍTULO IV DA EXECUÇÃO

Seção I Do Diretor Técnico

Art. 14 Ao Diretor Técnico do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” compete:

I – auxiliar o Diretor Geral na elaboração do Plano Diretor e de Gestão do Hospital;

II – representar o hospital perante os órgãos representativos e fiscalizadores das atividades hospitalares;

III – acompanhar e fiscalizar as rotinas dos serviços médicos, hospitalares e de apoio;

IV – responder pela prestação de serviços de apoio de diagnóstico para todo o atendimento hospitalar, assim como pela gerência dos cargos necessários à complementação diagnóstica;

V – planejar, coordenar e operacionalizar os serviços médicos prestados pelo hospital, envolvendo as UTI's, Pronto Socorro, Serviços de Internação, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Centro Cirúrgico e Serviços de Enfermagem;

VI – responder pelo funcionamento da unidade hospitalar, tendo a obrigatoriedade da supervisão e da coordenação de todos os serviços técnicos que a ele ficam subordinados;

VII – gerenciar as atividades desenvolvidas pelos serviços de diagnóstico/imagem, unidade transfusional, avaliando a qualidade dos serviços prestados, cumprindo e fazendo cumprir normas e regulamentos do hospital;

VIII – supervisionar e coordenar a realização de exames e de análises dos resultados, para a expedição de laudos e de diagnósticos e/ou descritivos;

IX – manter a Diretoria Geral do Hospital devidamente informada sobre os serviços prestados por sua área;

X – realizar reuniões periódicas com suas equipes, para discussão de assuntos pertinentes à sua área;

XI – coordenar e controlar o planejamento do trabalho de suas equipes técnicas, em função dos objetivos propostos;

XII – participar de estudos organizacionais que visem à melhoria da prestação da assistência médica, bem como do controle de informações técnicas e administrativas;

XIII – analisar e propor a aplicação de novos métodos e sistemas de trabalho, fiscalizando o cumprimento e os resultados obtidos;

XIV – administrar e responder pela gestão de leitos;

XV – analisar e decidir sobre as movimentações de pacientes entre unidades do hospital ou para outros serviços especializados;

XVI – avaliar e analisar escalas de plantões do corpo clínico;

XVII – realizar controles estatísticos dos serviços de sua área;

XVIII – submeter à apreciação do Diretor Geral do Hospital as necessidades de treinamento de pessoal, a capacitação e/ou a reciclagem identificadas;

XIX – aprovar e submeter ao Diretor Administrativo a requisição de material permanente e de consumo;

XX – responder pela fiscalização do exercício da medicina no âmbito do hospital, assegurando os preceitos da ética profissional;

XXI – presidir reuniões com a equipe médica para discussão de assuntos técnicos de especialidade, padronização de medicamentos, estabelecimentos de planos e programas gerais para as atividades médicas desenvolvidas no hospital;

XXII – supervisionar e disciplinar a liberação de informações médicas ao público, em relação a diagnóstico e tratamento das doenças, procedendo consultas à Comissão de Ética Médica, se necessário;

XXIII – designar os membros para comporem comissões permanentes e temporárias do corpo clínico;

XXIV – solicitar aos responsáveis pelas unidades administrativas sob sua subordinação, os relatórios mensais, anuais, bem como, outras informações referentes às atividades assistenciais para encaminhamento ao Diretor Geral;

XXV – acompanhar a organização do Corpo Clínico do hospital, bem como supervisionar suas atividades, garantindo a vigência de um Regimento Interno do Corpo Clínico segundo as Normas do Conselho Federal de Medicina;

XXVI – auxiliar o Diretor Clínico na organização dos serviços médicos do hospital conforme dispostos em Regimento Interno do Corpo Clínico aprovado pelo Corpo Clínico e pelo Conselho Diretor;

XXVII – garantir a eleição e o livre funcionamento da Comissão de Ética Médica conforme normas do Conselho Federal de Medicina; e

XXVIII – executar outras tarefas compatíveis com a função e as determinadas pelo Diretor Geral.

Subseção I **Da Seção Técnica Assistencial - SCTAS**

Art. 15 À Seção Técnica Assistencial compete:

I – colaborar na execução de programas de ensino e treinamento do pessoal em serviços;

II – responsabilizar-se pela Agência Transfusional do HEMEPAR ou outro serviço credenciado pela SESA;

III – responsabilizar-se pela manutenção dos registros de suas atividades;

IV – promover ações de abordagens comunitárias, incentivando a participação da comunidade em Conselhos, Comissões, Grupos da Unidade Hospitalar, levando a população a participar no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde;

VI – planejar, coordenar, controlar e acompanhar a execução das atividades assistenciais específicas dos profissionais de Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Odontologia, Fisioterapia, Análises Clínicas, Nutrição, Fonoaudiologia e outros promotores de saúde profissional.

Subseção II
Da Seção de Serviços de Enfermagem - SCSEN

Art. 16 À Seção de Serviços de Enfermagem compete:

I – planejar e prestar assistência de enfermagem, visando à promoção, a proteção e a recuperação da saúde do paciente, família e comunidade;

II – implementar, analisar e avaliar a assistência planejada;

III – prestar assistência educacional, desenvolver programas de educação e serviços que atendam às diferentes categorias do pessoal de enfermagem;

IV – realizar e colaborar com os demais profissionais da área de saúde nos estudos e pesquisas científicas;

V – cooperar com a equipe médica no atendimento de pacientes e execução das prescrições médicas e de enfermagem;

VI – responsabilizar-se pelo registro das informações referentes às unidades onde se desenvolvem os serviços de enfermagem mantendo atualizados os dados necessários para o levantamento estatístico e a elaboração de relatórios;

VII – solicitar a aquisição de material de consumo, de equipamentos, de medicamentos, bem como, o seu controle e utilização;

VIII – supervisionar, orientar, treinar e ter participação técnica nos diferentes serviços de sua competência, de modo a mantê-los em perfeitas condições de funcionamento e em estreita colaboração com a equipe médica;

IX – planejar, coordenar, controlar e acompanhar a execução das atividades específicas dos setores de Unidades de Recuperação, Curativos, Esterilização de Materiais, Plantões, Emergências/Urgência, UTI, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Internação;

X – executar atividades correlatas, conforme orientação da chefia imediata.

Subseção III
Da Seção de Atendimento - SCA

Art. 17 À Seção de Atendimento compete:

I – colaborar na execução de programas de ensino e treinamento do pessoal em serviços;

II – responsabilizar-se pela manutenção dos registros de suas atividades;

III – planejar, coordenar, controlar e acompanhar a execução das atividades específicas dos setores de Ambulatórios, Imagem e Métodos Gráficos e Apoio ao Paciente, Unidade de Urgência Referenciada, Pronto Atendimento e Pronto Socorro.

Seção II **Do Diretor Administrativo**

Art. 18 Ao Diretor Administrativo do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” compete:

I – auxiliar o Diretor Geral na elaboração do Plano Diretor e de Gestão do Hospital;

II – assessorar a Direção Geral do Hospital nas áreas financeiras, recursos humanos, material e patrimônio e infraestrutura, no estabelecimento das políticas e seus procedimentos com relação aos serviços prestados, a fim de manter o atendimento ao usuário do Hospital;

III – revisar e propor alterações que se fizerem necessárias ao fluxo e produção de serviços, sempre que houver a introdução e/ou substituição de tecnologia e/ou procedimento;

IV – liberar recursos financeiros em conjunto com o Diretor Geral do Hospital;

V – analisar o orçamento vigente e autorizar os processos de compra;

VI – gerenciar as atividades financeiras e de faturamento do hospital;

VII – elaborar e submeter à apreciação do Diretor Geral do Hospital a proposta orçamentária anual;

VIII – acompanhar, administrar e controlar a execução de convênios e contratos;

IX – orientar fluxos de serviços relativos ao transporte de pacientes;

X – administrar as atividades relacionadas ao controle, conservação, movimentação, manutenção preventiva das instalações físicas, equipamentos, máquinas e mobiliário do hospital;

XI – realizar, em conjunto com a área de recursos humanos, metas a serem atingidas por unidade e de processos internos de capacitação profissional de seus subordinados;

XII – realizar reuniões periódicas com os chefes das unidades administrativas;

XIII – analisar e propor a aplicação de novos métodos de trabalho, bem como fiscalizar o cumprimento dos resultados obtidos;

XIV – manter interface com os Diretores Técnico, Clínico e Acadêmico, buscando a adequação dos recursos materiais envolvidos no atendimento e tratamento dos usuários do hospital;

XV – cumprir e fazer cumprir as deliberações relacionadas à política administrativa da UEPG, do seu Estatuto e Regimento Geral, bem como do Regimento Interno da unidade hospitalar e de toda a legislação aplicável;

XVI – coordenar a organização e manutenção do Sistema Integrado de Informação de natureza contábil e financeira, para fins gerenciais;

XVII – planejar, coordenar e implementar as ações pertinentes à gestão e ao desenvolvimento de pessoas no hospital;

XVIII – acompanhar as unidades e apoiá-las em suas atividades e na capacitação permanente de pessoal;

XIX – desenvolver trabalho integrado com os demais diretores;

XX – executar as deliberações do Plano Anual de Trabalho aprovado pelo Conselho Diretor;

XXI – examinar os projetos e programas elaborados pela Diretoria do hospital, no concernente à disponibilidade de recursos e de seu impacto sobre os custos hospitalares;

XXII – solicitar aos responsáveis pelas unidades subordinadas os relatórios mensais e anuais, bem como outras informações referentes às atividades administrativas;

XXIII – desempenhar outras tarefas compatíveis com a sua posição e as determinadas pelo Diretor Geral;

XIV – desempenhar outras atividades correlatas.

Subseção I

Da Seção de Recursos Financeiros - SCRFI

Art. 19 À Seção de Recursos Financeiros compete:

I – responsabilizar-se pela coordenação, controle, registro, acompanhamento e execução orçamentária e financeira dos recursos liberados para o hospital;

II – proceder à disponibilidade orçamentária/financeira;

III – elaborar os empenhos, efetuar liquidações e pagamentos de compras e serviços, diretos e licitatórios;

IV – elaborar balancete orçamentário-financeiro;

V – emitir relatórios orçamentário-financeiros;

VI – efetuar controle de relatórios de viagem (diárias);

VII – proceder à prestação de contas de adiantamentos, convênios, contratos e outros objetos;

VIII – emitir balanço geral anual orçamentário – financeiro, patrimonial e demonstrativo das variações patrimoniais;

IX – planejar, coordenar, controlar e acompanhar a execução das atividades específicas dos setores de Contabilidade e Financeiro;

X – preparar dados para a apuração de custos.

Subseção II **Da Seção de Gestão de Pessoas - SCGPE**

Art. 20 À Seção de Gestão de Pessoas compete:

I – promover a gestão de pessoas, com excelência, respeito e ética, aplicando políticas e soluções inovadoras no desenvolvimento do capital humano;

II – responsabilizar-se pela manutenção atualizada das fichas funcionais, bem como, o registro de atos e fatos da vida funcional dos servidores do hospital;

III – responsabilizar-se pela expedição de certidões e o fornecimento de declarações, atestados e outros documentos relacionados a assuntos e à vida funcional dos servidores do hospital;

IV – controlar a frequência dos funcionários do hospital e elaborar a escala de férias de acordo com as indicações das respectivas chefias;

V – organizar e divulgar coletânea de leis, regulamentos e outras normas relativas à pessoal;

VI – elaborar e manter atualizado o cadastro nominal de funções e de lotação de pessoal;

VII – orientar às chefias das diferentes seções com referência à legislação do pessoal, bem como a orientação pessoal quanto a direitos e deveres, de acordo com a legislação em vigor;

VIII – elaborar relatórios de serviços;

IX – planejar, coordenar, controlar e acompanhar a execução das atividades específicas dos setores de Administração de Pessoal, Registro de Dados, Histórico de Pessoal, Desenvolvimento de Pessoas e Contratação de Pessoal;

X – proceder a avaliação dos servidores que se encontram em estágio probatório, através de Comissão constituída para esse fim, sob orientação da Pró-Reitoria de Recursos Humanos da UEPG;

XI – manter registros sobre a frequência e as férias dos servidores;

XII – preparar escala de serviço;

XIII – realizar atividades correlatas, conforme orientação da chefia imediata.

Subseção III **Da Seção de Material e Patrimônio - SCMPA**

Art. 21 À Seção de Material e Patrimônio compete:

I – controlar os materiais que devam ser mantidos em estoque, em quantidade e qualidade, de acordo com as necessidades de consumo;

II – implementar procedimentos adequados ao controle e conservação dos bens patrimoniais do hospital;

III – conferir e verificar o recebimento de materiais permanentes e de consumo;

IV – executar trabalhos que envolvam a guarda, estocagem e distribuição, mediante solicitação, de itens de alimentação, de copa, de limpeza e de expediente;

V – registrar, em meio próprio, as informações referentes à carga e ao consumo dos materiais sob sua guarda;

VI – executar atividades correlatas conforme orientação da chefia imediata.

Subseção IV
Da Seção de Infraestrutura Operacional - SCIOP

Art. 22 À Seção de Infraestrutura Operacional compete:

I – prover os setores sob sua responsabilidade dos recursos necessários ao bom desempenho e alcance de objetivos definidos;

II – estabelecer procedimentos adequados para os setores sob sua responsabilidade, observando as normas vigentes e a orientação das instâncias superiores;

III – planejar e supervisionar as atividades de estocagem, conservação e fornecimento de alimentos, materiais de consumo, materiais de escritório e outros sob sua responsabilidade;

IV – planejar e supervisionar os inventários e periódicos e/ou eventuais, dos bens patrimoniais pertencentes ao hospital;

V – coordenar as escalas dos recursos humanos alocados nos turnos de atendimento, em sua área de atuação;

VI – registrar, em meio próprio, as informações de caráter administrativo;

VII – executar atividades correlatas conforme orientação da chefia imediata.

Subseção V
Da Seção de Hotelaria Hospitalar - SCHHO

Art. 23 À Seção de Hotelaria Hospitalar compete:

I – efetuar o controle da nutrição utilizada no hospital pelos pacientes;

II – responsabilizar-se pela operacionalização da cozinha central, dos entrepostos de alimentação localizados nos setores de internamento e pelo refeitório que atende aos funcionários;

III – operacionalizar a preparação das dietas enterais;

IV – manter plantão permanente na unidade de preparo de alimentos, apto a suprir demandas extraordinárias das unidades do hospital;

VI – fazer cumprir que as dietas dos pacientes sejam executadas de acordo com as determinações da nutricionista do hospital;

VII – responsabilizar-se pelo processo de higienização das roupas hospitalares;

VIII – fazer com que se cumpra o processo de higienização bem como os materiais a serem utilizados na lavagem das roupas de acordo com orientação dada pelo NUCIH;

IX – manter plantão permanente para suprimento de eventuais necessidades de áreas de atendimento às emergências;

X – adotar controle rígido para dificultar e evitar a evasão de enxoval do hospital;

XI – dimensionar estoque suficiente de enxoval para se utilizar no processo de higienização o sistema de descanso de fibras;

XII – responsabilizar-se pela execução da limpeza das áreas internas e externas do hospital e o acondicionamento do lixo hospitalar;

XIII – determinar quais as áreas críticas, semicríticas e normais do hospital, para a utilização de processos e rotinas do trabalho adequado a cada setor do hospital, na execução da limpeza;

XIV – fazer com que se cumpra a orientação dada pela Comissão de Padrão Hospitalar para os processos de trabalhos, rotinas e materiais empregados na limpeza do hospital;

XV – instruir para que se adote processo de separação do lixo intra-hospitalar e comum na origem, bem como a coleta setorial e destinação final;

XVI – manter plantão permanente para a limpeza das áreas críticas e semicríticas do hospital;

XVII – responsabilizar-se pelo controle de acessos no hospital, vigilância patrimonial e orientação a visitantes e pacientes;

XVIII – responsabilizar-se pela ordenação do acesso de visitantes, evitando distúrbios da ordem e a evasão de bens patrimoniais do hospital;

XIX – garantir a execução dos serviços de vigilância e segurança sem a ocorrência de excessos de qualquer natureza, mantendo interface com os setores de recepção e serviços de apoio ao paciente;

XX – realizar quando necessário contato, via diretoria, com órgãos de segurança pública para a elucidação de eventuais ocorrências policiais;

XXI – determinar atuação em todas as portas de acesso ao hospital, para a eficiência da vigilância e segurança, tais como portaria central, portaria de pronto atendimento, portaria de suprimentos, guaritas e estacionamento;

XXII – executar atividades correlatas, conforme orientação da chefia imediata.

Seção III Do Diretor Acadêmico

Art. 24 Ao Diretor Acadêmico do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” compete:

I – auxiliar o Diretor Geral na elaboração do Plano Diretor e de Gestão do Hospital;

II – administrar o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano, e zelar pelos seus interesses;

III – apresentar anualmente o relatório de atividades do Centro de Estudos;

IV – representar o Centro de Estudos em todos os atos jurídicos e sociais da sua competência;

V – propor a programação anual de trabalho;

VI – coordenar os processos de seleção e de avaliação para os estágios desenvolvidos na Instituição;

VII – organizar a Comissão de Residência Médica - COREME e a Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU garantindo seus funcionamentos conforme as normas dos Ministérios da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde;

VIII – supervisionar a execução dos programas de residência, solicitando relatórios periódicos da COREME e da COREMU em relação à frequência, ao comportamento e disciplina, e à avaliação de desempenho dos residentes nas respectivas unidades do hospital;

IX – examinar e dar parecer em processo e documentos submetidos à sua apreciação;

X – apreciar os pedidos de preenchimento de vagas de docentes, tutores, preceptores, coordenadores e supervisores para estágios na Instituição;

XI – regulamentar a operacionalização do Centro de Estudos;

XII – organizar e presidir, regulamentando normas relativas à operacionalização, uma comissão permanente de avaliação de projetos de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidos na Instituição.

XIII – desenvolver ações que estimulem a atuação dos professores da UEPG na Instituição com projetos de ensino, de pesquisa e de extensão;

XIV – regulamentar e coordenar as atividades da Comissão de Residência Médica e da Comissão de Residência Multiprofissional, e outras comissões de caráter acadêmico, científico que por ventura vierem a ser estabelecidas.

Subseção I

Do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano – CEPDH

Art. 25 Ao Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano, compete:

I – promover, estimular, planejar, coordenar e acompanhar as atividades de caráter técnico, científico e cultural do hospital;

II – desenvolver estudos e pesquisas no campo do desenvolvimento de recursos humanos;

III – propor normas, regulamentos, instruções, portarias, circulares e ordens de serviço no sentido de orientar o funcionamento do Centro de Estudos no hospital, em conformidade com as normas emanadas da Diretoria;

IV – propor projetos experimentais na área de desenvolvimento de recursos humanos, que contribuam para a capacitação, reciclagem e aperfeiçoamento do pessoal do hospital;

V – coordenar um núcleo de educação continuada que possa propor projetos experimentais na área de desenvolvimento de recursos humanos, que contribuam para a capacitação, reciclagem e aperfeiçoamento do pessoal do hospital;

VI – contribuir para a organização de um sistema de avaliação de desempenho de estagiários, bolsistas e residentes que atuem no hospital;

VII – estimular o intercâmbio técnico, científico e cultural com as demais unidades da SESA e da SETI, com o aval do Conselho Diretor e da Diretoria do Hospital;

VIII – supervisionar a execução dos programas de estágio e internato médico, solicitando relatórios periódicos aos coordenadores de estágio quanto à frequência, ao comportamento e disciplina, ao desempenho dos estagiários, bolsistas e internos, nas respectivas unidades do hospital;

IX – promover e estimular a realização de trabalhos científicos na área da saúde;

X – organizar e manter um serviço de documentação e informação em saúde;

XI – promover reuniões, encontros, fóruns, cursos, seminários, congressos e outros tipos de atividades culturais e científicas relacionadas com a questão da saúde;

XII – contribuir para o desenvolvimento científico do corpo clínico do hospital;

XIII – fortalecer a imagem institucional do hospital, como entidade de ensino;

XIV – cumprir e fazer cumprir política e normas estabelecidas pelo Estatuto, Regimentos, bem como aquelas que venham a ser deliberadas pelo Conselho Diretor do hospital ou em reuniões de diretoria;

XV – realizar atividades correlatas, conforme orientação da chefia imediata.

Subseção II **Da Comissão de Residência Médica – COREME**

Art. 26 À COREME compete:

I – nomear Comissão para o planejamento, coordenação e supervisão da seleção para as especialidades médicas, áreas de atuação/opcionais, conforme a Resolução da CNRM nº 03/2011;

II – o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação dos Programas de Residência Médica;

III – elaborar e fazer cumprir o Regimento Interno da COREME;

IV – zelar pela manutenção do padrão da Residência Médica;

V – rever periodicamente os Programas de Residência Médica, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residência Médica existentes ou propostas de novos Programas de Residência Médica, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir Programas considerados insatisfatórios;

VI – solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Médica;

VII – coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Médica da Instituição;

VIII – envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas de Residência Médica da Instituição.

Subseção III
Da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU

Art. 27 À COREMU compete:

I – o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação dos Programas de Residência Multiprofissional;

II – elaborar e fazer cumprir um Regimento Interno da COREMU;

III – zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional;

IV – rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências Médicas existentes ou propostas de novos Programas de Residência, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir Programas considerados insatisfatórios;

V – solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional;

VI – coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional da Instituição;

VII – envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional da Instituição;

TÍTULO III

DO CORPO CLÍNICO

Art. 28 O Corpo Clínico, formado pelos médicos com vínculo com a Instituição para exercício da profissão, ou os professores médicos da UEPG, de acordo com o respectivo regimento.

§ 1º Para casos especiais, a Direção Técnica e a Direção Clínica poderão autorizar o exercício da atividade médica para algum profissional, por tempo determinado.

§ 2º As regras para admissão e classificação dos membros do Corpo Clínico deverão constar do Regimento Interno do Corpo Clínico.

Art. 29 O Corpo Clínico terá um Diretor Clínico e um Vice-Diretor Clínico eleitos diretamente pelo Corpo Clínico, com regras conforme o Regimento Interno do Corpo Clínico, em anexo, obedecendo resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único. O Diretor Clínico terá a função de coordenar e representar o Corpo Clínico.

TÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 30 O Diretor Geral do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva”, em suas ausências e impedimentos, será substituído pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Administrativo ou pelo Diretor Acadêmico, indicado pelo próprio Diretor Geral.

Art. 31 O presente Regimento Interno poderá ser alterado por proposta favorável de 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho Diretor.

Art. 32 Serão levadas ao conhecimento da Ouvidoria do HURCG, denúncias sobre práticas inadequadas ou irregulares dos servidores do hospital.

Art. 33 Toda proposta de alteração ao presente Regimento Interno, após aprovação do Conselho Diretor, deverá ser encaminhada para deliberação do Conselho de Administração – CA, e homologação pelo Conselho Universitário – COU da UEPG.

Art. 34 Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Diretor, que poderá adotar o que julgar mais adequado ao cumprimento dos fins do HURCG, observadas as disposições deste Regimento, os instrumentos normativos Superiores da UEPG e a legislação pertinente.

ANEXO I**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO DO HURCG****CAPÍTULO I****DEFINIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO**

Art. 1º O Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” - HURCG é uma instituição prestadora de atendimento em saúde composta por profissionais médicos reunidos em um Corpo Clínico com organização hierárquica objetivando assistência, ensino, cultura e pesquisa.

§ 1º Para a execução de suas finalidades o Corpo Clínico manterá o mais alto nível técnico-científico e moral.

§ 2º Os membros do Corpo Clínico terão plena autonomia profissional, respondendo os seus membros civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

§ 3º Nas suas relações individuais e coletivas o Corpo Clínico propugnará de fato e de direito pelo respeito às normas contidas no Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina e nas Resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina.

Art. 2º O Corpo Clínico do HURCG é constituído de:

A) Departamento de Clínica Médica:

- a) Serviço de Gastroenterologia
- b) Serviço de Neurologia
- c) Serviço de Endocrinologia e Metabologia
- d) Serviço de Reumatologia
- e) Serviço de Cardiologia
- f) Serviço de Dermatologia
- g) Serviço de Alergia e Imunologia
- h) Serviço de Nefrologia
- i) Serviço de Hematologia
- j) Serviço de Psiquiatria
- k) Serviço de Medicina Interna

B) Departamento de Clínica Cirúrgica

- a) Serviço de Cirurgia Geral
- b) Serviço de Coloproctologia

- c) Serviço de Otorrinolaringologia
 - d) Serviço de Cirurgia Torácica
 - e) Serviço de Oftalmologia
 - f) Serviço de Neurocirurgia
 - g) Serviço de Cirurgia Vascular
 - h) Serviço de Cirurgia Plástica
 - i) Serviço de Urologia
 - j) Serviço de Ortopedia
- C) Departamento de Tocoginecologia
- a) Serviço de Ginecologia
 - b) Serviço de Obstetrícia
 - c) Serviço de Ginecologia Oncológica
 - d) Serviço de Mastologia
- D) Departamento de Métodos Diagnósticos Complementares e Medicina de Urgência
- a) Serviço de Diagnósticos por Imagem
 - b) Serviço de Endoscopia Digestiva
 - c) Serviço de Anatomia Patológica
 - d) Serviço de Unidade de Terapia Intensiva
 - e) Serviço de Pronto Atendimento e Pronto Socorro
 - f) Serviço de Anestesiologia
- E) Departamento de Pediatria
- a) Serviço de Pediatria
 - b) Serviço de Neonatologia e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
 - c) Serviço de Cirurgia Pediátrica
 - d) Departamento de Medicina de Família e Comunidade
 - e) Serviço de Medicina de Família e Comunidade

§ 1º Poderão ser criados, reunidos, separados ou extintos departamentos ou serviços, a fim de serem atendidos os interesses da Instituição e do Corpo Clínico.

§ 2º Os Serviços somente poderão ser criados com um mínimo de 02 (dois) médicos atuantes.

§ 3º Os membros devem obrigatoriamente pertencer a um Serviço e devem comprovar o registro da especialidade no Conselho Federal de Medicina.

Art. 3º O Corpo Clínico terá um Diretor Clínico e um Vice-Diretor Clínico eleitos pelos membros efetivos na forma deste Regimento.

Art. 4º Cada Departamento e Serviço terá a direção de um Chefe, eleito pelos membros efetivos na forma deste Regimento, que se responsabilizará pelo desenvolvimento das atividades exercidas pelos membros do seu setor e se reportará ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO II CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 5º Os membros do Corpo Clínico são subordinados hierarquicamente ao Chefe de Serviço, ao Chefe de Departamento e ao Diretor Clínico, nessa sequência.

Art. 6º Os membros do Corpo Clínico serão classificados:

A) Membros Aspirantes – São os médicos aprovados por concurso público para as carreiras médicas do Estado do Paraná, ou para professor efetivo da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, com carga de trabalho total ou parcial destinada ao atendimento de pacientes no HURCG, aprovados pela Direção Clínica e Conselho Técnico para o exercício da profissão dentro da Instituição em caráter provisório, pelo tempo máximo de 01 (um) ano.

B) Membros Efetivos – É aquele médico com capacitação técnica e científica, comprovadas e que após um ano na condição de aspirante tenha tido atuação regular, diária e constante no hospital, participando da vida da Instituição quer atendendo aos doentes e/ou assumindo cargos ou funções administrativas na mesma são aprovados pela Direção Clínica e Conselho Técnico para o exercício da profissão dentro da Instituição em caráter permanente.

I – para formação do Primeiro Corpo Clínico do HURCG, todos os profissionais que preencherem os critérios para Membros Efetivos na data de aprovação deste Regimento serão considerados Membros Efetivos Fundadores.

C) Membros Temporários - São os médicos, ou professores colaboradores (substitutos) de Medicina da UEPG, com carga de trabalho total ou parcial destinada ao atendimento de pacientes no HURCG, aprovados pela Direção Clínica e Conselho Técnico para o exercício da profissão dentro da Instituição em caráter provisório ou transitório durante o tempo de contrato prestação de serviço no HURCG ou a UEPG.

I – encaixam-se nesta categoria os médicos contratados para plantões nos Serviços de Medicina de Urgência.

D) Membros Consultores – É aquele médico que por sua condição técnico-científica e ética é convidado regular do Corpo Clínico, através da Direção Clínica do Hospital para opinar em dúvidas diagnósticas ou terapêuticas e/ou para participar de atividades científicas.

I – encaixam-se nesta categoria os professores, efetivos ou colaboradores, do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa que não prestam atendimento aos pacientes do HURCG, atuando apenas como docentes.

E) Membros Visitantes – São médicos convidados para ensino, pesquisa ou extensão, aprovados pela Direção Clínica para o exercício da profissão dentro da Instituição em caráter provisório ou transitório durante o tempo da atividade.

F) Membros Residentes ou Pós-Graduandos - São médicos em programas de pós-graduação *lato sensu* (Especialização ou Residência Médica) ou *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (ou conveniados da UEPG/HURCG), com carga de trabalho total ou parcial destinada ao atendimento de pacientes no HURCG, aprovados pela Direção Clínica e Conselho Técnico para o exercício da profissão dentro da Instituição em caráter provisório ou transitório durante o tempo da pós-graduação.

G) Membros Beneméritos - São Membros do Corpo Clínico, que por Serviços de benemerência ou por procedimento notável junto à Instituição, mereçam honras da mesma.

I – para a concessão do título de Membro Benemérito, o Diretor Clínico submeterá a indicação acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado ao Corpo Médico que a apreciará resolvendo pela maioria de seus membros.

Art. 7º Um médico que não pertença ao Corpo Clínico pode internar e/ou acompanhar seu paciente no HURCG desde que obedeça ao sistema de regulação de vagas para internação do Sistema Único de Saúde, as normas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e após consulta e autorização do Diretor Clínico.

CAPÍTULO III ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 8º A ASSEMBLÉIA GERAL é o órgão supremo do Corpo Clínico sendo a instância de maior poder decisório.

§ 1º Dentro dos limites da lei e deste Regimento Interno a Assembleia Geral têm poder para tomar qualquer decisão relacionada ao Corpo Clínico.

§ 2º Todos os membros do Corpo Clínico terão direito à voz e somente os efetivos terão direito ao voto.

§ 3º A Assembleia Geral deverá ser Ordinária anualmente ou Extraordinária convocada pelo Diretor Clínico, pelos Chefes de Departamentos ou Serviços, pelo Conselho Técnico ou por 1/3 (um terço) dos membros do Corpo Clínico.

§ 4º A Assembleia Geral será convocada com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência para a primeira convocação com quorum de 2/3 (dois terços) dos membros, de uma hora após a primeira, para a segunda com qualquer número de presentes.

§ 5º Assembleia Geral Extraordinária chamada por 1/3 (um terço) dos membros do Corpo Clínico poderá ser convocada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 6º O Edital de Convocação obrigatoriamente deverá conter o local, dia e hora da reunião com o objetivo, pauta específica e a assinatura de quem a solicitou.

§ 7º O Edital de Convocação será enviado aos membros e afixado em pelo menos 05 (cinco) locais de grande circulação da Instituição.

Art. 9º A DIRETORIA CLÍNICA é composta pelo Diretor Clínico e o Vice-Diretor Clínico.

§ 1º A Diretoria Clínica é a ligação entre o Conselho Administrativo e o Corpo Clínico e vice-versa.

§ 2º A Diretoria Clínica será a representação do Corpo Clínico para assuntos de ordem legal junto à comunidade e/ou autoridades e para assuntos internos do próprio Corpo Clínico.

§ 3º Só poderá se candidatar a cargo de Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico o Membro Efetivo do Corpo Clínico.

§ 4º Os mandatos do Diretor Clínico e do Vice-Diretor Clínico serão de 02 (dois) anos, não sendo permitida a reeleição do Diretor Clínico por mais de 02 (dois) períodos consecutivos.

§ 5º O Diretor Clínico e o Vice-Diretor Clínico serão eleitos por maioria simples em Assembleia do Corpo Clínico e empossados pelo Conselho Administrativo.

§ 6º O Diretor Clínico deve participar das reuniões do Conselho Administrativo da Instituição.

Art. 10 O DIRETOR TÉCNICO é uma escolha do Conselho de Administração do HURCG devendo, obrigatoriamente, ser Médico.

§ 1º O Diretor Técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regional de Medicina.

§ 2º A responsabilidade técnica médica de que trata o parágrafo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita através do Conselho Administrativo.

§ 3º O HURCG promoverá a substituição do Diretor Técnico em 24 (vinte e quatro) horas do impedimento do médico anterior fato este comunicado ao Conselho Regional de Medicina.

§ 4º Ao médico responsável técnico é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica mediante requerimento próprio do Conselho Federal de Medicina informando o nome e número do CRM de seu substituto nessa função.

§ 5º Não existe obrigatoriedade na escolha do Diretor Técnico entre os membros do Corpo Clínico.

§ 6º É permitido, mas desaconselhável, o acúmulo de função entre Direção Clínica e Direção Técnica, quando o médico cumprir os requisitos necessários para as duas funções.

§ 7º O Diretor Técnico deve participar do Conselho Administrativo da Instituição.

Art. 11 O CONSELHO TÉCNICO será constituído por membros do Corpo Clínico.

§ 1º Os conselheiros serão eleitos em Assembleia Geral por maioria simples de votos entre os membros efetivos.

§ 2º Será formado por 06 (seis) membros, sendo 03 (três) titulares, 03 (três) suplentes. Os titulares serão os que obtiverem maior número de votos.

§ 3º os Membros do Conselho Técnico serão empossados pelo Conselho Administrativo e responderão ao Diretor Clínico.

§ 4º O mandato será de 02 (dois) anos coincidente com o do Diretor Clínico.

Art. 12 A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, constituída por membros do Corpo Clínico, constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculada. Têm funções sindicantes, educativas, fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina dentro do HURCG.

§ 1º A Comissão de Ética deve manter autonomia não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Direção Clínica, Direção Técnica, ou Conselho Administrativo.

§ 2º Os membros serão eleitos em Assembleia Geral convocada 30 (trinta) dias antes por maioria simples de votos.

§ 3º Será formado por 06 (seis) membros, sendo 03 (três) titulares e 03 (três) suplentes. Os titulares serão os que obtiverem maior número de votos.

§ 4º Os mandatos dos componentes da Comissão de Ética Médica serão de 30 (trinta) meses.

§ 5º Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas. Não havendo conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado para o Conselho Regional de Medicina.

§ 6º O funcionamento da Comissão de Ética Médica seguirá a Resolução CFM nº 1657/2002 ou outra que a substitua.

Art. 13 DEPARTAMENTOS E SERVIÇOS poderão ser formados de acordo com as Especialidades Médicas e de acordo com a evolução técnica das diferentes áreas médicas e das ciências da saúde.

§ 1º Os Serviços serão compostos de profissionais da mesma Especialidade e agrupados em Departamentos.

§ 2º Cada Serviço deverá ter seu regimento próprio, que regulará as atividades profissionais de seus componentes.

§ 3º As Chefias de Serviços e Departamentos serão ocupados por membros do Corpo Clínico, eleitos pelos componentes dos próprios Serviços e Departamentos para representá-los perante a Direção Clínica, devendo ser referendados pela Direção Clínica.

§ 4º Os Chefes de Serviços e Departamentos devem ser Membros Efetivos do Corpo Clínico. Na ausência de um Membro Efetivo, outro membro do Serviço ou Departamento pode cumprir a função de Chefe em caráter interino até que um membro possa fazê-lo de forma efetiva.

§ 5º O mandato dos Chefes de Serviço e de Departamento será de 02 (dois) anos coincidente com o do Diretor Clínico. Os chefes podem ser reeleitos por mandatos subsequentes, a critério do Serviço ou Departamento.

CAPÍTULO IV ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

Art. 14 Para ser membro do Corpo Clínico, o candidato deverá requerer sua inscrição à Diretoria Administrativa e Diretoria Técnica por intermédio do Diretor Clínico, juntando os seguintes documentos:

- a) Diploma da Escola Superior em que se formou devidamente registrado nas repartições competentes;
- b) Carteira do Conselho Regional de Classe;
- c) Indicação de sua especialidade reconhecida pela Associação Médica Brasileira e/ou Conselho Regional de Classe e registrada no Conselho Regional de Classe.

Art. 15 Os documentos constantes no artigo anterior serão entregues ao Diretor Clínico, que os encaminhará ao Chefe do Serviço da especialidade, que em reunião interna no Serviço, após consultar o Departamento, emitirá o parecer por escrito ao Conselho Técnico, o qual analisará e informará por escrito à Diretoria Clínica, à Diretoria Técnica e à Diretoria Administrativa.

§ 1º A análise dos Serviços, do Conselho Técnico e da Direção Clínica ao proponente será baseada em critérios técnicos e éticos podendo, então, por esses critérios, haver realocação de Serviço ou recusa à inclusão no Corpo Clínico.

CAPÍTULO V COMPETÊNCIAS

Art. 16 Compete ao DIRETOR TÉCNICO:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, sendo, portanto, o principal responsável pelos atos médicos realizados na Instituição.
- b) Supervisionar e coordenar todos os serviços assistenciais do estabelecimento.
- c) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e de seus Colaboradores.
- d) Em conjunto com os demais Diretores, planejar ações para atingir os propósitos da instituição e do Corpo Clínico da Instituição.
- e) Acionar o Diretor Clínico, quando existirem irregularidades relacionadas à sua competência funcional.
- f) Garantir o respeito às normas de Controle de Infecção Hospitalar em todas as áreas e serviços do Hospital.
- g) Gerenciar as atividades dos setores, coordenar a provisão de materiais e equipamentos a fim de garantir a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
- h) Gerenciar, planejar e avaliar a manutenção dos equipamentos nas respectivas áreas.
- i) Participar da escolha dos responsáveis e encarregados dos setores sob sua responsabilidade.
- j) Garantir a excelência em qualidade assistencial, acompanhando a execução dos quadros estatísticos de gerenciamento.
- k) Representar a instituição, em suas relações com as autoridades sanitárias e

outras quando exigir a legislação em vigor.

l) Participar das formulações dos recursos humanos e materiais da Instituição.

m) Manter o Diretor Clínico informado das decisões tomadas pelo Conselho Administrativo, quando afetarem sua área de competência.

n) Manter bom relacionamento com a Diretoria Clínica, outros membros do Conselho Administrativo e membros do Corpo Clínico.

o) Permanecer na Instituição durante seu período de maior atividade assistencial, fixando o horário de seu expediente em jornada adequada ao bom cumprimento de suas funções executivas e de sua responsabilidade técnica.

p) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.

Art. 17 Compete ao DIRETOR CLÍNICO:

a) Fiscalizar o exercício ético da Medicina.

b) Supervisionar a execução das atividades médicas do Corpo Clínico.

c) Prestar assistência médica a todos os pacientes que procurem o Hospital, respeitando a finalidade deste e encaminhando a médico de outro Serviço/Hospital os casos que assim merecerem.

d) Criar comissões, temporárias ou permanentes, com fins específicos.

e) Apresentar periodicamente, ao Conselho Administrativo, relatório de suas atividades.

f) Convocar e presidir as reuniões do Corpo Clínico.

g) Apresentar ao Conselho Administrativo da Instituição sugestões que visem à melhoria do atendimento médico.

h) Encaminhar consultas ou denúncias de natureza ética à Comissão de Ética.

i) Divulgar as determinações oriundas dos Conselhos Regionais e Federais de Medicina.

j) Após ouvir o Corpo Clínico propor o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento em todas as dependências da Instituição, submetendo-se à apreciação do Conselho Administrativo.

k) Manifestar-se sobre a admissão e demissão de qualquer de seus membros, através da sua participação na Comissão de Credenciais.

l) Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Instituição.

m) Representar o Corpo Clínico junto ao Conselho Administrativo da Instituição.

n) Prestar contas de seus atos ao Corpo Clínico nas Assembleias.

o) Denunciar, formalmente, ao Conselho Administrativo as dificuldades relativas às condições de trabalho dos médicos.

p) Assegurar a autonomia profissional, científica, técnica e política entre os integrantes do Corpo Clínico.

q) Proporcionar oportunidade de aperfeiçoamento aos seus membros, realizando cursos, conferências, seminários ou outras atividades científicas.

r) Decidir sobre a punição de seus membros, após ouvida a Comissão de Ética.

s) Solicitar ao Diretor Técnico as necessárias correções aos eventuais problemas de serviços técnicos.

t) Cumprir e fazer cumprir o regimento interno do Corpo Clínico e o Regulamento Geral da Instituição.

Art. 18 Compete ao VICE-DIRETOR CLÍNICO:

a) Substituir o Diretor Clínico nos seus impedimentos temporários ou definitivos.

b) Auxiliar diretamente o Diretor Clínico, de acordo com suas necessidades.

c) Manter-se atualizado no que diz respeito à atuação do Diretor Clínico de modo a poder substituí-lo quando exigido.

d) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do Corpo Clínico e o Regulamento Geral da Instituição.

Art. 19 São atribuições do CONSELHO TÉCNICO:

a) Eleger entre seus membros um presidente e um secretário.

b) Reunir-se ordinariamente a cada 03 (três) meses ou extraordinariamente quando se fizer necessário por autoconvocação ou convocação do Diretor Clínico ou Comissão de Ética.

c) Auxiliar o Diretor Técnico avaliando, sob o ponto de vista de suficiência técnica, as instalações do HURCG, objetivando oferecer as melhores condições de trabalho para todos os componentes do Corpo Clínico e as melhores condições de tratamento para os pacientes atendidos na Instituição.

d) Auxiliar o Diretor Técnico avaliando, sob o ponto de vista de suficiência técnica, os diferentes Serviços instalados, objetivando os melhores resultados para os pacientes atendidos pelos mesmos.

e) Auxiliar o Diretor Clínico acompanhando o desempenho do Corpo Clínico em suas diferentes áreas de atuação, Departamentos, Serviços, etc., analisando os resultados com ênfase na qualidade do atendimento.

f) Avaliar, sob o ponto de vista de suficiência técnica, pela análise de currículo e também pela tomada de informações, os candidatos a ingresso no Corpo Clínico, aprovando-os ou não.

g) Avaliar e acompanhar os componentes do Corpo Clínico, os Departamentos ou Serviços, na pessoa de seus representantes, oferecendo-lhes suporte quando envolvidos em questões técnicas com o Conselho Administrativo e autoridades de Saúde.

h) Encaminhar relatórios para o Conselho Administrativo, documentando suas atividades, e para o Corpo Clínico, semestralmente.

i) Emitir parecer sobre infrações regimentais cometidas pelos membros do Corpo Clínico.

j) Aprovar as normas técnicas, diretrizes e rotinas dos Serviços e Departamentos.

k) Convocar qualquer componente do Corpo Clínico para prestar esclarecimentos.

Art. 20 Aos CHEFES DE DEPARTAMENTO OU SERVIÇOS compete:

a) Elaborar as normas, rotinas e protocolos de funcionamento do seu Departamento ou Serviço para serem aprovadas pelo Corpo Clínico, submetendo-as à homologação do Conselho Técnico e Direção Clínica.

b) Supervisionar e orientar o Serviço ou Departamento.

c) Organizar o Departamento ou Serviço a seu cargo, de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficaz e contínua.

d) Elaborar ou determinar a elaboração do prontuário médico de cada paciente, de acordo com as normas aprovadas pela Comissão de Prontuários.

e) Promover reuniões periódicas dos profissionais que frequentem o Departamento ou Serviços, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudando os prontuários e tudo que se relacione com uma melhor assistência aos enfermos e com o aperfeiçoamento técnico.

f) Estimular o espírito de iniciativa entre seus auxiliares e de cooperação com os demais Serviços, a Direção Clínica e o Conselho Administrativo.

g) Estimular o ensino e pesquisa com ampla integração com a UEPG.

h) Cumprir e fazer cumprir o Regimento do Corpo Clínico e o Regulamento Geral da Instituição.

i) Dar ciência ao Diretor Clínico sobre o andamento do Serviço e sobre problemas e soluções das tarefas correspondentes ao cargo.

j) Supervisionar, dentro dos princípios éticos, a conduta profissional dos membros de seu Departamento ou Serviço.

k) Comunicar ao Diretor Clínico as faltas eventualmente constadas e tomar as providências adequadas, a fim de ser mantida a boa ordem do Serviço.

l) Organizar uma escala de plantão ou sobreaviso dos membros do Serviço para atuação nos serviços de urgência/emergência ou para interconsultas. A necessidade da elaboração da escala, bem como a remuneração, será decidido em reunião de cada Serviço com a Direção Clínica, Direção Técnica e Administração.

m) Opinar sobre os pedidos de ingresso e desligamento de membros efetivos e ativos no Departamento ou Serviço.

Art. 21 São deveres dos MEMBROS DO CORPO CLÍNICO:

a) Conhecer e cumprir os Regimentos Internos do Corpo Clínico, do Departamento ou do Serviço ao qual pertence, e respeitar suas premissas.

b) Conhecer e cumprir o Regulamento Geral da Instituição.

c) Exercer a sua atividade, cumprindo os preceitos da Lei e da Ética.

d) Na execução de suas atividades nas dependências do HURCG, deverá estar de avental.

e) Utilizar materiais e instalações de acordo com a padronização feita em conjunto pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, Administração e Chefes dos Departamentos e Serviços.

f) Colaborar profissionalmente com seus colegas, quando solicitado.

g) Colaborar com as Comissões do HURCG.

h) Restringir sua prática à área para qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

i) Desenvolver e estimular o espírito de unidade, o conagraçamento e os preceitos éticos entre os membros do Corpo Clínico.

Art. 22 São direitos dos MEMBROS DO CORPO CLÍNICO:

a) Usufruir as Instalações disponibilizadas pelo HURCG para o atendimento de seus pacientes.

b) Avaliar criticamente essas instalações e encaminhar propostas de melhorias para o Conselho Técnico e Direção Técnica.

c) Encaminhar aos órgãos competentes (Conselho Administrativo, Direção Técnica, Direção Clínica, Comissão de Ética, Conselho Técnico e Chefia de Departamentos ou Serviço) questões relevantes no que diz respeito ao atendimento dos pacientes dentro da Instituição.

d) Ter condições dignas de trabalho, tanto do ponto de vista técnico, como ético.

e) Votar e ser votado, quando na qualidade de Membro Efetivo.

f) Representar contra atos que possam prejudicar o nome e o conceito do HURCG ou a qualidade de atendimento.

CAPÍTULO VI PENALIDADES

Art. 23 As transgressões a este Regimento Interno serão motivo de análise em Assembleia com o Corpo Clínico, após apreciação pelo Conselho Técnico, obedecendo a convocação específica.

§ 1º Configurada, após amplo direito de defesa, a transgressão ao presente Regimento, o caso será enviado ao Conselho Administrativo ou Direção Clínica para penalidades.

§ 2º As transgressões com indícios de infração ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para a Comissão de Ética para sindicância e posterior envio ao Conselho Regional de Medicina, abstenho-se o Corpo Clínico de comentários, manifestações ou da adoção de qualquer medida punitiva antes que o CRM e o CFM adotem posição conclusiva.

Art. 24 Caberá ao Conselho Técnico, em conjunto com o Diretor Clínico, julgar e opinar sobre motivos da penalidade estabelecendo-se seu grau e duração, devendo seu parecer ser homologado pela Direção Técnica.

Art. 25 As penalidades, de conformidade com a natureza e gravidade da infração e com a existência ou não de antecedentes de interesse, poderão ser:

a) Advertência verbal e/ou escrita, aplicada pelo Diretor Clínico.

b) Censura por escrito, aplicada pelo Diretor Clínico.

c) Suspensão: (1) por desrespeitar repetidamente o Regimento do Corpo Clínico, (2) comprometer o bom nome a reputação profissional do Corpo Clínico e/ou HURCG, tanto nas suas relações internas como externas, (3) quando após julgamento no Conselho Regional de Medicina, este órgão determinar a suspensão temporária ou definitiva do exercício profissional, aplicado pelo Diretor Clínico.

d) Desligamento por infração ética de natureza grave, repetitiva, comprovada através de sindicância procedida pela Comissão de Ética, julgada e apenada pelo Conselho Regional de Medicina e/ou Conselho Federal de Medicina, aplicado pelo Conselho Administrativo.

Art. 26 Os desligamentos de membros do Corpo Clínico dar-se-ão:

a) Por solicitação própria, pessoal e espontânea do membro do Corpo Clínico interessado.

b) Por término de contrato de trabalho temporário com o HURCG ou a UEPG.

c) Por ato do Conselho Administrativo do HURCG nas infrações de ordem administrativas, obedecidos aos estatutos legais e devidamente apuradas em processo regular.

d) Por infração ética de natureza grave, repetitiva, comprovada através de sindicância procedida pela Comissão de Ética Médica, julgada e apenada pelo CRM e/ou CFM, na forma da Lei e após ciência do Acórdão pelas partes.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 27 O Corpo Clínico poderá organizar-se em centros de estudos com finalidade científica, cultural, esportiva ou comemorativa.

§ 1º O Corpo Clínico seguirá as diretrizes de ensino, pesquisa e extensão da UEPG através do Diretor Acadêmico do HURCG.

§ 2º O Corpo Clínico dedicar-se-á na construção e manutenção do HURCG como hospital universitário.

Art. 28 A reforma parcial ou total deste Regimento poderá ser realizada, quando houver manifesta necessidade veiculada através do Conselho Administrativo ou através do Diretor Clínico.

Parágrafo único. Só serão reformados os itens que obtiverem pelos menos, metade mais um, dos votos dos Membros Efetivos presentes à Assembleia Geral Extraordinária convocada para este fim.

Art. 29 O HURCG é depositário dos prontuários médicos e dele não podem ser retirados.

§ 1º Será implantado prontuário eletrônico que seguirá as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para Guarda e Manuseio do Prontuário Médico” do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º Os prontuários em papel deverão ser preservados por 20 (vinte) anos a partir do último registro.

§ 3º Será Criada a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos que elaborará critérios para preservação definitiva dos documentos em papel que apresentarem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social e avaliará e fiscalizará a efetividade e a condução ética do prontuário eletrônico segundo a Resolução CFM nº 1639/2002.

§ 4º Poderão ser fornecidas cópias do prontuário médico ao paciente ou médico assistente, mediante requerimento com deferido pelo Conselho Administrativo.

§ 5º O fornecimento de cópia do prontuário médico para autoridade judicial segue a Resolução CFM nº 1605/2000.

Art. 30 O Membro do Corpo Clínico que não aceitar as disposições deste Regimento renuncia implicitamente suas funções nesta Instituição.

Art. 31 Este Regimento entrará em vigor na data em que for aprovado em Assembleia Geral.

Aprovado em Assembleia no dia 18 de março de 2015.