



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

NORMA			
Título			Nº DOC
Norma Zero para Elaboração e Gerenciamento dos Documentos Institucionais			NOR.DHRG.000
Data da 1ª versão	Data desta versão	Versão número	Próxima revisão
28/01/2025	13/02/2025	2ª versão	13/02/2027
<b>1. OBJETIVOS</b>			
<p>1.1. Estabelecer estrutura padronizada para a elaboração dos documentos institucionais: política, regimento interno, plano, programa, norma, rotina, procedimento operacional padrão e manual.</p> <p>1.2. Estabelecer a hierarquia dos documentos e a revisão periódica dos mesmos.</p> <p>1.3. Manter a guarda e controle dos documentos internos da instituição, uniformizar a disponibilidade dos documentos e facilitar o fluxo de informação entre os setores.</p>			
<b>2. ABRANGÊNCIA</b>			
Todas as áreas que compõem o hospital.			
<b>3. DETALHAMENTO DOS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b>			
Este documento define os padrões para o desenvolvimento e manutenção dos documentos institucionais, conforme o sumário:			
<b>3.1. Estrutura:</b>			
<b>3.1.1. Classificação dos documentos institucionais;</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Política (POL):</b> documento da alta direção que exprime a intenção e o pensamento técnico, administrativo e ético da instituição, orientando o cumprimento da missão. Indica o que a instituição pretende, o modo de atender e a condução das atividades.</li><li>• <b>Regimento Interno (REG):</b> conjunto de regras internas da instituição, que regulamentam o seu funcionamento, definindo a estrutura, atribuições e normas de cada serviço.</li><li>• <b>Plano (PLN):</b> delineia decisões de caráter geral do sistema, as suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e define responsabilidades.</li><li>• <b>Programa (PRG):</b> é um aprofundamento do plano, onde os objetivos gerais são especificados no plano. Detalha por setor, a política, as diretrizes, metas e medidas instrumentais, ou seja, é a setorização do plano.</li><li>• <b>Norma (NOR):</b> disciplina o posicionamento dos órgãos, atribuindo-lhes responsabilidade e/ou competência no desempenho das atividades relativas aos seus objetivos ou trata do funcionamento deles, determinando as regras e o desenvolvimento das funções da instituição, assim como os critérios e as responsabilidades de seus executores no aspecto: <b>O QUE FAZER.</b></li></ul>			



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

- **Rotina (ROT):** processo de trabalho diário, composto por atividades inter-relacionadas e interativas que transformam insumos em produtos ou serviços.
- **Procedimento operacional padrão (POP):** documento detalhado que descreve passo a passo as instruções para a execução de uma tarefa ou processo de maneira padronizada. Seu objetivo é garantir a consistência, qualidade e segurança na realização de atividades. O POP especifica as etapas necessárias, os materiais e equipamentos envolvidos, as responsabilidades dos profissionais e as normas de segurança a serem seguidas.
- **Manual (MAN):** conjunto de normas, rotinas e procedimentos de um serviço. Detalha o conjunto sistemático de passos e operações, automáticos e/ou manuais, necessários a instruir os profissionais em determinados processos.
- **Lista (LST):** Conjunto organizado de itens, geralmente apresentados em sequência. Usada para referência rápida, controle ou categorização de informações.
- **Formulário (FRM):** Documento estruturado que coleta informações específicas, geralmente preenchido por um usuário. Usada para registrar dados de maneira padronizada para análise, arquivamento ou tomada de decisões.

Cabe ressaltar que a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS/SAIS, criada por meio da Portaria de 28 de agosto de 2007, publicada no DODF Nº 169 de 31 de agosto de 2007, tem como finalidade orientar a elaboração, a revisão e implementação dos **protocolos de atenção à saúde** nas diversas áreas e níveis de atenção à saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Para regulamentar o funcionamento da Comissão, foi publicada a Portaria nº 269, de 24 de julho de 2023 que trata do Regimento Interno da CPPAS.

Dessa forma, considerando a especificidade e a regulamentação própria da CPPAS, os protocolos não se aplicam a esta norma.

#### **4. FORMATO**

A elaboração documental institucional será em formato Word, em formulário padronizado com campos estruturados para o preenchimento, formados pelo **cabeçalho (institucional e normativo), texto**.

##### **4.1. Cabeçalho Institucional**

Composto obrigatoriamente pelo seguinte conteúdo:

- Brasão do Estado do Distrito Federal, nas dimensões 2,32 x 2cm, posicionado no canto superior da margem esquerda, com distância de 1 cm da margem superior e 2,5 cm da margem esquerda.
- Identificação da instituição: entre a logomarca e o brasão do estado, primeiro o nome do Estado “Governo do Distrito Federal”, abaixo “Secretaria de Estado de Saúde”, ambos escritos em fonte Arial tamanho 11, em negrito, e a primeira letra de cada palavra em maiúsculo;



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

abaixo segue escrito o nome da Instituição “HOSPITAL REGIONAL DO GAMA”, fonte Arial tamanho 11, em negrito e maiúsculo; espaço 1,5 entrelinhas, texto centralizado, sem contorno/linhas.

- Exemplo:

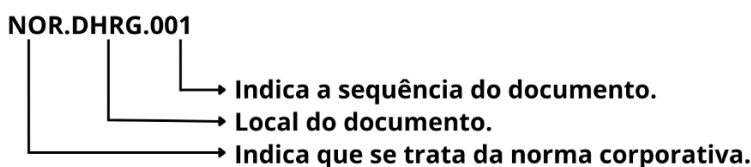


**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

#### 4.2. Cabeçalho Normativo:

Composto obrigatoriamente pelo seguinte conteúdo:

- **Tipo de documento:** Classificação do documento institucional.
- **Título:** Título a que se refere o documento.
- **Nº DOC – número do documento:** Os documentos serão identificados através de código dispostos em três níveis sequencias: letras que indicam o tipo de documento (conforme a legenda 1), letras que indicam o local do documento (conforme a legenda 2) e três números que indicam a sequência do documento, todos separados entre si por ponto, conforme a representação:
- Exemplo: Código: **NOR.DHRG.001**



Legenda 1 – Representação dos códigos para identificação do tipo de documento

POL – Política  
PRG – Programa  
POP – Procedimento  
REG – Regimento Interno  
NOR – Norma  
PLN – Plano  
ROT – Rotina  
MAN – Manual  
LST – Lista  
FRM – Formulário



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

Legenda 2 – Exemplos de representação dos códigos

SRSSU – SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO SUL  
DHRG – DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
DA – DIRETORIA ADMINISTRATIVA  
NCIH – NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
NHEP - NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA  
NQSP – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE  
GENF – GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
GEMERG – GERÊNCIA DE EMERGÊNCIA  
GAMAD – GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR E APOIO DIAGNÓSTICO  
GAOESP – GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL ESPECIALIZADO  
GIR – GERÊNCIA DE INTERNA REGULAÇÃO  
GPMA – GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO  
GACL – GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA  
GACIR – GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA  
GP – GERÊNCIA DE PESSOAS  
NFC - NÚCLEO DE FARMÁCIA CLÍNICA  
NFH - NÚCLEO DE FARMÁCIA HOSPITALAR  
UCARD – UNIDADE DE CARDIOLOGIA  
UCC – UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO  
UCLC – UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS  
UCOB – UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO  
UGO – UNIDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
UMEI – UNIDADE DE MEDICINA INTERNA  
UNEFRO – UNIDADE DE NEFROLOGIA  
UNEO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA  
UTI ADU – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO  
UTO – UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
UTPN – UNIDADE DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA

- **Data da 1ª Versão:** data na qual o documento foi elaborado pela primeira vez.
- **Data desta Versão:** data na qual a versão atual foi aprovada/revisada/atualizada.
- **Versão:** identifica o número da versão do documento, seguido do símbolo numérico feminino <sup>(a)</sup>.
- **Data da próxima revisão:** prazo estipulado para a reavaliação do documento.



Secretaria de Estado de Saúde  
Governo do Distrito Federal  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

TÍTULO			
Título			Nº DOC
XXXXXXXX			XXX.XXX.000
Data da 1ª versão	Data desta versão	Versão número	Próxima revisão
XX/XX/2025	XX/XX/2025	Xª versão	XX/XX/2025

**4.3. Texto:** é caracterizado pela impessoalidade, uso do padrão culto da linguagem, clareza, concisão, formalidade, uniformidade e objetividade. Deverá ser escrito em: fonte Arial tamanho 11 em negrito e maiúsculo para os “**TÍTULOS**”; fonte Arial tamanho 11 em negrito e a primeira letra em maiúsculo para os “**Subtítulos**”; fonte Arial tamanho 11 e a primeira letra em maiúsculo para os “Incisos” e para o Texto, e conterá as seguintes informações:

- **Política (POL):**

1. **OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos da política.
2. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação da política na instituição.
3. **COMPETÊNCIA:** Deve ser descrita por um ou mais integrantes da Liderança Técnica ou Grupo Facilitador, e gestores do nível estratégico.
4. **DESCRIÇÃO:** Descrição do conteúdo da política.
5. **HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.
  - **Texto:** Artigos numerados, sendo do 1º à 9º numeração é ordinal, e do 10 em diante, a numeração é cardinal.
  - **Formatação:** Deve seguir as recomendações deste modelo de documento, conforme o item 5 desta norma.

- **Regimento Interno (REG):**

1. **OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos do regimento.
2. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação do regimento na instituição.
3. **COMPETÊNCIA:** Deve ser descrito por profissional responsável pela área.
4. **DESCRIÇÃO:** Descrição do conteúdo do regimento.
5. **HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.
  - **Texto:** é estruturado em unidades básicas de articulação: títulos, capítulos e seções, que se subdividem em artigos (unidade básica); parágrafos, incisos, alíneas, itens e subitens (unidades complementares). Cada artigo se restringe a um único assunto, princípio ou regra. Aspectos complementares do sentido oracional e explicações de normas contidas



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

em princípio ou termo estabelecidos no caput do artigo ou do parágrafo são expressos por meio de incisos. O caput dos artigos não é desdobrado em incisos se já tiver sido complementado por parágrafos, assim como as alíneas complementam o sentido oracional apenas de incisos, e os itens complementam apenas de alíneas.

- **Plano (PLN):**

1. **OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos do plano.
2. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação do plano na instituição.
3. **COMPETÊNCIA:** Deve ser descrito e monitorado pelas lideranças técnicas afins.
4. **DEFINIÇÃO:** Explica de maneira clara e breve os conceitos técnicos apresentados.
5. **DISPOSIÇÕES GERAIS:** Tudo aquilo que está ligado diretamente ao assunto principal.
6. **CONCEITOS:** Conceituação de expressão utilizada no documento e que mereça ser esclarecida ou que requeira interpretação uniforme.
7. **PLANO DE AÇÃO:** Para atendimento dos objetivos gerais e específicos, com a descrição das ações e seus respectivos responsáveis, incluindo os cronogramas.
8. **RESULTADOS ESPERADOS:** Descrição do(s) resultado(s) esperado(s) com a aplicação do conteúdo do plano.
9. **LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS:** Citar lei/regulamento aplicável ao plano se houver.
10. **REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.
11. **ANEXO:** Material informativo que complementa o documento.
12. **HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.
  - **Formatação:** deve seguir as recomendações deste modelo de documento, conforme o item 5 desta norma.

- **Programa (PRG):**

1. **INTRODUÇÃO:** Descrição geral do programa.
2. **JUSTIFICATIVA:** Descrição da justificativa da necessidade do programa.
3. **OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos do programa.
4. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação do programa com definição do público alvo e unidade.
5. **COMPETÊNCIA:** Deve ser descrito e monitorado pelas lideranças técnicas afins.
6. **DESCRIÇÃO:** Descrição das etapas para operacionalização do programa. Incluir os cronogramas para a execução das ações.
7. **RESULTADOS ESPERADOS:** Descrição do(s) resultado(s) esperado(s) com a aplicação do programa.
8. **LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS:** Citar lei/regulamento aplicável ao programa se houver.



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

**9. REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.

**10. ANEXO:** Material informativo que complementa o documento.

**11. HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.

- **Formatação:** Deve seguir as recomendações deste modelo de documento, conforme o item 5 desta norma.

- **Norma (NOR):**

**1. OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos da norma.

**2. ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação da norma com definição do público alvo e unidade.

**3. COMPETÊNCIA:** Devem ser descritos e monitorados pelas lideranças técnicas afins.

**4. DESCRIÇÃO:** Descrição do conteúdo da norma.

**5. LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS:** Citar leis/regulamentos aplicáveis à norma.

**6. REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.

**7. ANEXO:** Material informativo que complementa o documento.

**8. HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.

- **Formatação:** Deve seguir este modelo de documento e as orientações do item 5 desta norma.

- **Rotina (ROT):**

**1. OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos da rotina.

**2. ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação da rotina com definição do público alvo e unidade.

**3. COMPETÊNCIA:** Deve ser descrita por profissional da área responsável pelo processo.

**4. PROCESSO DE TRABALHO:** Descrever o processo de trabalho na área.

**5. REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.

**6. ANEXO:** Material informativo que complementa o documento.

**7. HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.

- **Formatação:** Deve seguir este modelo de documento e as orientações do item 5 desta norma.

- **Procedimento operacional padrão (POP):**

**1. OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos do POP.





**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

2. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação da rotina com definição do público alvo e unidade.
3. **RESPONSÁVEL:** Descrever a função do responsável pela operação da etapa no processo, ou seja, quem compete executar
4. **MATERIAIS E RECURSOS:** Lista dos materiais, equipamentos e recursos necessários para a execução do procedimento.
5. **ETAPAS DO PROCESSO:** Descrição detalhada de cada etapa a ser seguida, de forma sequencial, para a execução do procedimento. Cada etapa deve ser apresentada de maneira clara e precisa.
6. **ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES / CLIENTES:** tem como objetivo fornecer informações claras e acessíveis aos pacientes e seus acompanhantes, garantindo que compreendam os procedimentos, direitos, deveres e cuidados necessários durante o atendimento.
7. **RISCOS RELACIONADOS E AÇÕES PREVENTIVAS:** tem como objetivo identificar os possíveis riscos associados ao processo ou atividade descrita no documento, bem como estabelecer medidas preventivas para minimizar ou eliminar tais riscos, garantindo a segurança e a qualidade.
8. **INDICADOR:** ferramentas essenciais para o monitoramento e a avaliação da eficácia dos processos, permitindo a medição do desempenho e a identificação de oportunidades de melhoria.
9. **REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.
10. **ANEXOS:** material informativo que complementa o documento.
11. **HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.
  - **Formatação:** deve seguir este modelo de documento e as orientações do item 5 desta norma.

- **Manual (MAN):**

**SUMÁRIO:** Descrição dos capítulos do manual e as respectivas páginas.

1. **INTRODUÇÃO:** Descrição geral do manual.
2. **OBJETIVOS:** Descrição dos objetivos do manual.
3. **ABRANGÊNCIA:** Descrição da aplicação do manual com definição do público alvo e unidade.
4. **COMPETÊNCIA:** Deve ser descrito por profissional da área responsável.
5. **DESCRIÇÃO:** Descrição do conteúdo do manual.
6. **REFERÊNCIAS:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.
7. **ANEXO:** Material informativo que complementa o documento.
8. **HISTÓRICO DE REVISÃO:** Registro detalhado de todas as modificações realizadas no documento, contendo informações essenciais para o controle e rastreamento das alterações.
  - **Formatação:** Deve seguir este modelo de documento e as orientações do item 5 desta norma.





**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

- **LISTA (LST):** Neste modelo, preservam-se o cabeçalho, a formatação e histórico de revisão conforme estabelecida nesta norma, incluindo a lista em formato numerada, com marcadores ou tabelada.
- **FORMULÁRIO (FRM):** Neste modelo, preservam-se o cabeçalho, a formatação e histórico de revisão conforme estabelecida nesta norma, incluindo o formulário contendo os campos a serem preenchidos, como caixas de seleção, espaços para respostas e assinaturas.

Todos os itens devem ser mantidos e, caso algum não seja pertinente à situação em questão, deve-se registrar a expressão “**Não se aplica**”.

#### **4.4. Histórico das Revisões:**

Deve ser inserido ao final de cada documento, apresentado em formato de tabela, centralizado, utilizando a fonte Arial, tamanho 11, com os títulos destacados em negrito e sombreamento na cor verde.

A tabela deverá conter as seguintes informações:

- Versão;
- Data;
- Descrição da atualização.

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
X	XX/XX/2025	Elaboração da XXXXX
X	XX/XX/2025	Revisão

Em seguida uma nova tabela contendo:

- Responsável pela Elaboração: nome e descrição do cargo ou área que elaborou o documento;
- Responsável pela Revisão: nome e descrição do cargo ou área que revisou o documento;
- Responsável pela Validação: nome e descrição do cargo ou área que validou a padronização do documento;
- Responsável pela Aprovação: nome e descrição do cargo ou área que aprovou o documento.

<b>Elaboração:</b>	<b>Data:</b> XX/XX/2025
<b>Revisão:</b>	<b>Data:</b>
<b>Validação:</b>	<b>Data:</b>
<b>Aprovação:</b>	<b>Data:</b>



Secretaria de Estado de Saúde  
Governo do Distrito Federal  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

## 5. FORMATAÇÃO

### 5.1. Parâmetros para configuração da página

- Programa Word
- Fonte: Arial, tamanho 11, alinhamento do texto justificado, espaçamento entre linhas 1,15 linhas; recuo 0,0 cm esquerdo, espaçamento: antes 6 pt, e depois 0 pt
- Margens
  - Superior: 1,0 cm
  - Inferior: 1,0 cm
  - Direita: 1,0 cm
  - Esquerda: 1,5 cm
  - Bordas: cor verde, linha dupla 1/2pt em todo o documento
- Papel: o modelo e tamanho do papel é o A4 (210 mm x 297 mm).
- Itemização: É a divisão do texto em **ITENS**, **Subitens** e Incisos.
  - O primeiro nível será escrito em Fonte Arial tamanho 11 em maiúsculo e em negrito, com recuo à esquerda de 0 cm, e deslocamento de 0,63cm.
  - O segundo nível será escrito em Fonte Arial tamanho 11, com a primeira letra em maiúsculo e em negrito, com recuo à esquerda de 0,63cm, e deslocamento de 0,76cm.
  - O terceiro nível será escrito em Fonte Arial tamanho 11, com a primeira letra em maiúsculo, com recuo à esquerda de 1,29cm, e deslocamento de 0,89cm.
  - Os itens serão marcados por um número seguido de um ponto. A partir do segundo nível, cada nível de itemização será marcado por um número seguido de um ponto, designando-se como item os números que correspondam ao primeiro nível de itemização e os demais como divisões do item. A partir do quarto nível será utilizado o marcador “●” com recuo à esquerda de 1,9cm, e deslocamento de 0,63cm, e na sequência o marcador “■” com recuo à esquerda de 2,63cm, e deslocamento de 0,63cm.
- Exemplo:

#### 1. ITEM

##### 1.1. Subitem

##### 1.1.1. Inciso

- 
- 

- Espaçamento:



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

- Espaçamento horizontal: Diante dos números correspondentes a **ITEM**, **Subitem** e Inciso será dado 1 (um) espaço depois do último ponto, iniciando-se a indicação do título ou, quando não houver título, o texto.
- Espaçamento vertical: Não será dado espaço entre as linhas do texto do **ITEM**, **Subitem** e Inciso, e tópicos e parágrafo não numerado. Quando os parágrafos, itens e suas divisões forem titulados, os textos respectivos serão iniciados sempre abaixo dos títulos, no mesmo alinhamento e será dado 1 (um) espaço entre os títulos e os textos a eles pertencentes.

## **6. ELABORAÇÃO, APROVAÇÃO E VALIDAÇÃO**

### **6.1. Elaboração**

As Gerências e os setores subordinados são responsáveis pela elaboração dos documentos institucionais sobre assuntos da respectiva área de atuação, através de processo colaborativo e inclusivo. Faz-se necessário empregar terminologia técnica, mas assegurar-se que seu significado seja compreensível. A data da elaboração será mantida enquanto vigorar o documento, independente da necessidade de criação de novas versões.

### **6.2. Sequenciamento numérico dos documentos**

O sequenciamento numérico do documento é realizado de forma manual pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, após a aprovação pela área competente.

Os documentos são sequenciados de forma institucional. Dessa forma, após a aprovação o documento receberá o número correspondente ao sequenciamento do tipo do documento.

### **6.3. Cadastro do documento**

O cadastro dos documentos é realizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com cópia eletrônica do mesmo.

### **6.4. Aprovação e Validação**

As Políticas, Regimentos, Planos, Programas e Normas serão aprovados exclusivamente pela Diretoria ou por Delegação de Poderes aos Gerentes.

As Rotinas, Procedimentos técnico e assistenciais (POP), Manuais, e Listas, deverão ser revisadas e validadas pelas áreas competentes, e serão aprovados pelas Gerências das respectivas áreas.

A aprovação de um documento sobre assunto que envolva mais de uma Gerência, sobre atividade pertinente à sua área de responsabilidade, cuja aplicação seja de CARÁTER GERAL, competirá às Diretorias.

O documento é inicialmente criado via SEI e encaminhado para a área responsável para sua revisão (anexo I). A área de destino, que corresponde ao setor ou equipe designada para revisar o documento, verificará se todas as informações estão corretas e em conformidade com as exigências estabelecidas. Após essa revisão, o documento passará por um processo de validação, no qual a área responsável aprovará formalmente o conteúdo e as informações nele contidas. Com a validação concluída, o documento será



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

formalmente registrado no sistema, e o número do documento será gerado para facilitar seu acompanhamento. Assim, ele será oficializado e disponibilizado eletronicamente via SEI, para acesso pelos usuários ou setores que necessitarem dele. Esse processo digitalizado facilita a gestão e o acompanhamento dos documentos, eliminando a necessidade de trâmites físicos.

Ao final de todos esses passos, um arquivo em PDF pode ser gerado para garantir a rastreabilidade do documento eletrônico, ou seja, para que ele possa ser acompanhado e acessado futuramente de maneira fácil e organizada. Esse PDF serve como um registro digital, assegurando que o documento possa ser consultado por quem for autorizado.

## **7. REVISÃO**

Os Planos e Programas serão revisados anualmente.

Os demais documentos serão revisados e atualizados no prazo máximo de dois anos ou quando houver a necessidade de qualquer tipo de mudança. O documento manterá seu código, alterando-se apenas o número da versão e data de efetivação.

- A data utilizada como referência para a vigência é a Data de Aprovação do documento.
- A forma de identificação das alterações se dá por meio da análise da Lista Mestra.
- Quando houver a necessidade de integração de documentos, alteração do tipo no momento da revisão ou adequação do tipo do documento, um novo documento deverá ser iniciado.

## **8. CONTROLE, ARQUIVAMENTO, RASTREABILIDADE E DISPONIBILIZAÇÃO**

### **8.1. Controle**

Ficará sob a responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, cabendo aos mesmos:

- Manter todos os documentos atualizados a cada dois anos ou a cada ano (Planos e Programas) ou de acordo com a necessidade vigente de cada documento, mediante aprovação e validação conforme o fluxo já estabelecido nesta norma.
- Analisar o documento quanto à formatação e a numeração a fim de manter os parâmetros estabelecidos nesta norma.
- Manter e controlar o sequenciamento numérico do documento através de lista mestra.
- Controlar, codificar e disponibilizar os documentos institucionais atualizados em meio eletrônico para todos os níveis hierárquicos da instituição, e disponibilizar cópias físicas dos originais para apresentação externa.

### **8.2. Arquivamento**

O arquivamento será por meio eletrônico, e os documentos poderão ser acessados mediante solicitação, por e-mail ou SEI.



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**

Quando da atualização, o documento eletrônico é imediatamente substituído pela nova versão, o qual é visualizado através da pasta compartilhada. As versões dos documentos institucionais serão arquivadas no prazo máximo de 2 (dois) ciclos de revisão, ou seja, 4 anos.

Os documentos obsoletos (que não são mais utilizados) serão arquivados pelo prazo máximo de 2 (dois) ciclos de revisão, ou seja, 4 anos.

### **8.3. Disponibilização**

Fica sob a responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a disponibilização dos documentos contidos nesta Norma Zero que forem aprovados.

A disponibilização acontece por meio eletrônico, ou seja, via SEI e das pastas compartilhadas, que se encontra na área de trabalho dos computadores do Hospital. Esta pasta permite somente a visualização do documento.

O fornecimento da cópia impressa é feito exclusivamente para apresentação externa, devendo o requerente solicitar formalmente através de memorando com a justificativa.

## **9. DISPOSIÇÕES FINAIS**

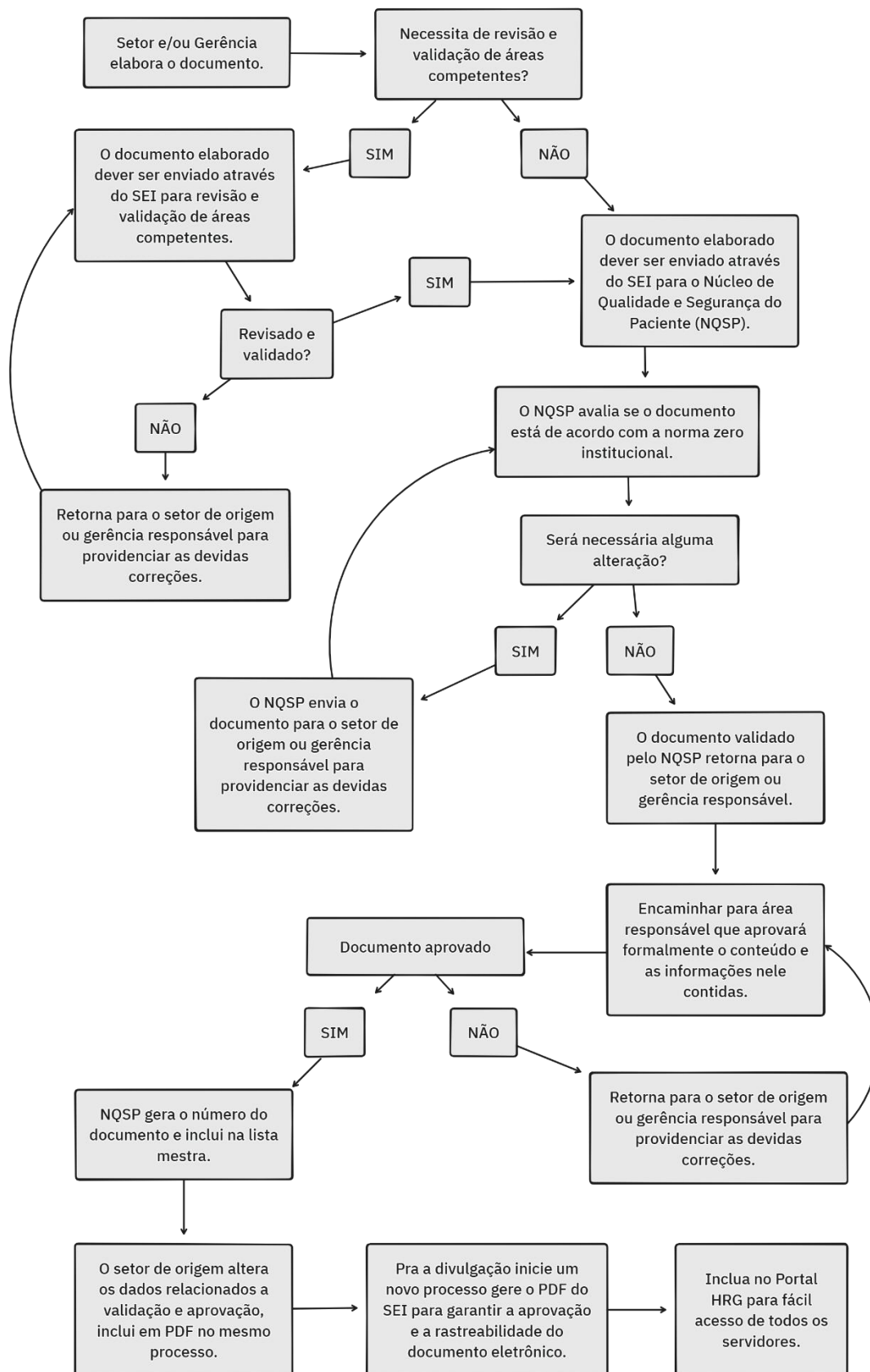
A aplicação desta Norma Zero conduzirá à padronização dos documentos institucionais, assim como os processos administrativos e assistenciais, com o intuito de uniformizar as informações e estabelecer um atendimento sistematizado na instituição, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança do paciente, da assistência, do ambiente, e dos profissionais da saúde.

## **10. Anexos**

**Anexo I:** Fluxo de Elaboração, Aprovação e Divulgação dos documentos do HRG



**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Governo do Distrito Federal**  
**HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**





Secretaria de Estado de Saúde  
Governo do Distrito Federal  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	28/01/2025	Elaboração da Norma
2	13/02/2025	Revisão

<b>Elaboração:</b> Ana Karoliny Couto Nascimento – Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente Márcia Cavalcante da Silva – Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	<b>Data:</b> 28/01/2025
<b>Revisão:</b> Márcia Cavalcante da Silva – Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	<b>Data:</b> 13/02/2025
<b>Aprovação:</b> Ruber Paulo de Oliveira Gomes - Diretor do Hospital Regional do Gama	<b>Data:</b> 17/02/2025