

PREÂMBULO E AMPARO NORMATIVO

O Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), inscrito sob o CNPJ no. 21.040.696/0003-11, mantido pela Associação de Integração Social de Itajubá (AISI; CNPJ matriz 21.040.696/0001-50), instituição privada, filantrópica e sem fins lucrativos, estabelece o presente Regimento Interno para disciplinar sua organização, governança e funcionamento técnico-assistencial, administrativo e financeiro, em consonância com o Estatuto da AISI, com a legislação aplicável, com as boas práticas de gestão e com os referenciais de qualidade e segurança assistencial.

Este Regimento será submetido à aprovação da Superintendência e Diretoria Executiva da AISI e entra em vigor na data de sua aprovação. Os casos omissos serão decididos pela Diretoria do HCI, ad referendum da Diretoria da AISI.

Além deste Regimento, integram o bloco normativo institucional do HCI as portarias, políticas e manuais, protocolos clínicos e POPs, bem como anexos operacionais sujeitos a atualização controlada, além de contratos, convênios e instrumentos congêneres. A hierarquia e a coerência entre documentos serão preservadas por controle de versões, repositório institucional único e governança de mudanças, de modo que revisões de anexos operacionais possam ocorrer sem descaracterizar o texto principal, desde que formalmente aprovadas, registradas e comunicadas às áreas, com capacitação quando necessária.

CAPÍTULO I – DA NATUREZA, FINALIDADES E PRINCÍPIOS

Art 1º. O HCI é uma organização hospitalar geral de média e alta complexidade, privada, filantrópica e sem fins lucrativos, dedicada à assistência, ao ensino e à pesquisa em saúde, com atuação regional integrada às redes de atenção.

Art 2º. O HCI rege-se pelos princípios institucionais de ética, transparência, legalidade, honestidade, qualidade e segurança do paciente, humanização, inovação, responsabilidade socioambiental, desenvolvimento profissional, eficiência e sustentabilidade.

Art 3º. São finalidades do HCI: I – Prestar assistência integral, segura e humanizada; II – Desenvolver ações de ensino, pesquisa e inovação; III – Apoiar a formação e o desenvolvimento profissional multiprofissional; IV – Contribuir para a saúde pública regional por meio de parcerias com os setores público e privado; V – Buscar melhoria contínua por meio de sistemas de gestão da qualidade e de indicadores assistenciais, operacionais, de experiência do paciente e financeiros.

CAPÍTULO II – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E DA GOVERNANÇA

Art 4º. A gestão executiva do Hospital de Clínicas de Itajubá – HCI é exercida pela Superintendência e pela Diretoria Executiva, composta pela Diretoria Geral, Diretoria Administrativa, Diretoria Financeira, Diretoria Jurídica, Direção Técnica e Direção Clínica, sendo as atribuições inerentes aos cargos, e não às pessoas que os ocupam. Todos os diretores possuem igual peso de voto nas deliberações colegiadas, respeitadas as competências técnicas específicas e a Matriz de Alçadas. O organograma institucional adota estrutura circular, facultando ao Superintendente e a qualquer Diretor o exercício de gerência transversal sobre quaisquer setores, desde que haja pertinência técnica, decisão colegiada, observância das alçadas e compatibilidade com a respectiva área de atuação.

Art 5º. A governança opera em três níveis complementares. No nível estratégico, a Superintendência da AISI e as Diretorias do HCI definem diretrizes e prioridades institucionais. No nível tático, gerências, coordenações e comissões conduzem a execução dos planos e promovem a integração entre áreas. No nível operacional, supervisões e equipes assistenciais e administrativas asseguram a entrega dos serviços com qualidade, segurança e eficiência.

Art 6º. As comissões, núcleos e comitês do HCI constituem instâncias formais de suporte técnico e deliberação temática, responsáveis por padronização, monitoramento, análise crítica de desempenho e proposição de melhorias, com definição de composição mínima, periodicidade, produtos e metas. Essas instâncias abrangem temas clínico-assistenciais, administrativos, regulatórios e de integridade, incluindo, quando aplicável, convênios e precificação, privacidade e proteção de dados, procedimento sancionatório de prestadores e ritos disciplinares internos, conforme o Quadro de Comissões, Núcleos e Comitês. Recomendações e deliberações serão registradas e encaminhadas às alçadas competentes, com justificativa formal quando não acolhidas.

Art 7º. A atuação das instâncias colegiadas será integrada ao planejamento institucional, ao Mapa de Metas, Indicadores e Riscos e à Matriz de Alçadas, assegurando coerência entre risco, custo, capacidade assistencial e requisitos de qualidade e segurança do paciente. Matérias sensíveis, de impacto assistencial relevante, risco regulatório, exposição reputacional ou risco de integridade/LGPD, deverão conter registro mínimo de análise, evidências e condicionantes para decisão, com rastreabilidade no repositório institucional.

Art 8º. À Diretoria Geral compete dirigir a identidade institucional e a estratégia do HCI, integrando as dimensões assistencial, administrativa, jurídica e financeira. Cabe-lhe aprovar planos, metas e indicadores, assegurar o alinhamento entre áreas e comissões, e impulsionar a governança clínica, a qualidade assistencial e a segurança do paciente, garantindo transparência, conformidade e sustentabilidade institucional.

Art 9º. A Diretoria Jurídica dirige temas trabalhistas, cíveis, administrativos, tributários e regulatórios, coordena o Programa de Privacidade e Proteção de Dados por meio do DPO e garante a conformidade de contratações, convênios e demais instrumentos jurídicos.

Art 10º. A Diretoria Administrativa dirige os serviços de apoio, como Lavanderia, SND/Lactário, Tecnologia da Informação, Suprimentos e Logística, SSMA, SHL, Patrimônio, Engenharia e Infraestrutura, além de Gestão de Pessoas, promovendo processos padronizados, melhoria contínua e suporte tempestivo às áreas assistenciais.

Art 11º. A Diretoria Financeira dirige os atos da Tesouraria, Contabilidade, Faturamento/Auditoria e Controladoria, assegurando sustentabilidade econômico-financeira. Implanta metodologias de custo por paciente-dia e margem por serviço, conduz a gestão de glosas e do prazo médio de recebimento e elabora, acompanha e revisa o orçamento e o plano de investimentos.

Art 12º. A Diretoria Técnica responde pela organização e conformidade técnico-assistencial do hospital, garantindo que a assistência ocorra de forma segura e alinhada às normas éticas, sanitárias e regulatórias. Compete-lhe coordenar, junto às áreas e comissões pertinentes, a implantação e o monitoramento de protocolos assistenciais institucionais, avaliar riscos assistenciais relevantes e apoiar auditorias, vistorias e demandas regulatórias relacionadas ao funcionamento assistencial, sempre com registro formal e respeito à Matriz de Alçadas.

Art 13º. A Diretoria Clínica é responsável pela governança do Corpo Clínico e pela qualidade da prática médica institucional, promovendo padronização, efetividade e ética profissional. Compete-lhe articular o alinhamento do Corpo Clínico às políticas e protocolos institucionais, acompanhar indicadores clínicos e qualidade do cuidado, participar da análise de eventos e auditorias clínicas e propor diretrizes de organização do exercício profissional e escopo de atuação, com registro formal e observância da Matriz de Alçadas.

Art 14º. O Departamento de Ensino e Pesquisa coordena ensino, educação permanente institucional, pesquisa clínica e programas de residência, em articulação com a Diretoria Técnica/Clínica e com a área de Qualidade e Segurança, alinhando formação, assistência e produção científica.

Art 15º. O SAC/Ouvidoria atua de forma autônoma no registro, análise, resposta e mediação de manifestações de usuários e familiares, com reporte periódico à Direção e interação estreita com Qualidade e Segurança, Gestão de Atendimento.

Art 16º. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) organiza o acesso e a alocação de leitos e procedimentos regulados, articulando-se com as centrais externas e com as áreas internas para otimizar fluxos, reduzir tempos e cumprir metas pactuadas.

Art 17º. O Escritório de Gestão de Altas (EGA) coordena e padroniza o processo de alta hospitalar, visando continuidade do cuidado, segurança do paciente e eficiência assistencial. Compete-lhe articular-se com as equipes assistenciais e áreas de apoio para planejar altas desde a admissão, monitorar pendências clínicas e administrativas, qualificar orientações ao paciente e família, organizar agendamentos e encaminhamentos na rede e acompanhar

indicadores como tempo de permanência, altas antes do meio-dia e reinternação, com registro e rastreabilidade.

Art 18º. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e a Epidemiologia planejam e executam ações de prevenção e controle de IRAS, vigilância epidemiológica, uso racional de antimicrobianos e manejo de surtos, em estrita conformidade com a legislação e as melhores práticas.

Art 19º. A área de Qualidade e Segurança integra o Sistema de Gestão da Qualidade, coordena o Núcleo/Comitê de Segurança do Paciente, realiza auditorias internas, conduz a gestão de riscos assistencial, acreditações e o mapeamento de processos, e acompanha eventos adversos e indicadores institucionais.

Art 20º. A Comunicação elabora, implementa e monitora os canais formais da instituição, o relacionamento com a mídia e as redes sociais e o alinhamento de marca, em coordenação com a Diretoria Geral e o Jurídico, garantindo clareza, consistência e aderência às normas profissionais.

Art 21º. A Gestão de Pessoas é responsável pelo desenvolvimento profissional, estrutural e zelo pela cultura da empresa, promover a aproximação entre colaboradores, bem-estar, assegurando um ambiente de trabalho agradável, e administrar políticas de remuneração e benefícios. Direciona todo o processo de recrutamento, seleção e desligamento de colaboradores, medidas administrativas, controla jornada e banco de horas, promove avaliação de desempenho e capacitação, clima organizacional e engajamento.

Art 22º. O SSMA assegura o cumprimento das normas de segurança do trabalho e ambientais, coordena ações de saúde ocupacional, disponibiliza a política de descarte de resíduos, prepara e testa planos de emergência e mantém PCMSO e PGR, atuando em conjunto com Engenharia e áreas assistenciais para mitigar riscos.

Art 23º. A Tecnologia da Informação provê infraestrutura e sistemas, garante segurança da informação e governança de dados, dá suporte ao prontuário e integra indicadores, oferecendo bases confiáveis para a tomada de decisão clínica, operacional e financeira.

CAPÍTULO III – DA LIDERANÇA, REUNIÕES RITOS DE GESTÃO

Art 24º. As decisões institucionais observarão papéis e alçadas claras, com registro formal em atas e desdobramento em planos de ação.

Art 25º. As deliberações considerarão, de forma expressa, os impactos em segurança do paciente e qualidade, a conformidade legal e regulatória, a sustentabilidade econômico-financeira, o risco institucional (clínico, operacional, financeiro, reputacional e de dados) e o alinhamento ao Mapa Estratégico e ao Plano Anual.

Art 26º. Matérias sensíveis, com impacto relevante assistencial, regulatório, financeiro, reputacional ou de

integridade, deverão ser submetidas a instâncias colegiadas conforme a Matriz de Alçadas, evitando-se decisões unipessoais definitivas. No caso de situações urgentes, admite-se decisão provisória pela liderança competente, desde que formalmente registrada, justificada e submetida tempestivamente à validação colegiada (ad referendum), com comunicação às áreas afetadas e preservação da segurança do paciente e da continuidade assistencial.

Art 27º. Todo ato colegiado será formalizado em ata padrão com data, participantes, pauta, análises e deliberações, responsabilidades, prazos e indicadores, inclusive registro de votos e divergências. Os documentos serão arquivados em repositório institucional com controle de versões e assinaturas físicas ou digitais. As reuniões serão convocadas com pauta e materiais de apoio, observando quórum e suplências definidos na Matriz de Governança. Ausentes poderão indicar suplente com poderes decisórios.

Art 28º. A cadência de reuniões assegura acompanhamento e decisão tempestivos: (i) encontros semanais, de natureza operacional, conduzidos por gerências e coordenações e focados em fluxo, barreiras e incidentes; (ii) reuniões mensais, de caráter gerencial, com diretores e gerentes para avaliação do desempenho setorial, da qualidade e segurança e da experiência do paciente; (iii) revisões trimestrais, voltadas à governança tática, para integração assistencial-administrativa, análise de riscos e validação de mudanças relevantes; (iv) e balanços semestrais, de governança estratégica, para revisão de portfólio, investimentos e resultados globais, incluindo a atualização do Mapa Estratégico e das prioridades.

Art 29º. O Mapa de Metas, Indicadores e Riscos será mantido atualizado e divulgado em painéis institucionais, com responsabilidades nominadas e prazos definidos. Esse instrumento orientará planos de ação, realocação de recursos e o acompanhamento pelas instâncias de governança, garantindo transparência e coerência entre objetivos, resultados e correções de rota.

CAPÍTULO IV – DA GOVERNANÇA CLÍNICA E DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Art 30º. As Diretorias Técnica e Clínica asseguram a governança clínica do HCI, promovendo a padronização e o monitoramento de protocolos gerenciados, sempre atualizados por evidências científicas e acompanhados por indicadores de processo e de desfecho. A revisão periódica desses protocolos orienta ajustes assistenciais e sustenta a melhoria contínua.

Art 31º. O Corpo Clínico possui regimento próprio, alinhado a este Regimento Interno e às políticas institucionais, no qual se definem categorias de vínculo, credenciamento, escopo de atuação, critérios de concessão e revisão periódica de privilégios assistenciais, bem como mecanismos de supervisão estruturada quando aplicável (incluindo treinamento em curva de aprendizado) e critérios de restrição ou suspensão cautelar em situações de risco relevante.

A observância desse regimento, dos protocolos clínicos e das rotinas de segurança do paciente é condição para o exercício de atividades no HCI, sem prejuízo das responsabilidades éticas e legais individuais.

Art 32º. As comissões e núcleos obrigatórios ou estratégicos, entre eles SCIH/Epidemiologia, Segurança do Paciente, Revisão de Óbito, Revisão de Prontuários, Transfusional, Farmácia e Terapêutica/Antimicrobianos, Materiais e OPME, Radioproteção, COREME/COREMU e Comissão de Regulação de Leitos, atuam de forma integrada, com regimentos e planos de trabalho próprios, composição definida, periodicidade de reuniões e metas mensuráveis, reportando-se às instâncias de governança.

Art 33º. Nos procedimentos cirúrgicos e invasivos, o HCI adotará barreiras críticas padronizadas de segurança, incluindo verificação pré-procedimento, confirmação de identidade e do procedimento, checagem de materiais críticos e realização de “time-out”, com registro e monitoramento de adesão e desfechos perioperatórios. Inconformidades críticas deverão interromper o fluxo até correção, reforçando cultura de segurança, comunicação efetiva e redução de eventos evitáveis.

Art 34º. O Pronto-Socorro adota abordagem Lean, com fluxos e metas de tempo para condições tempo-sensíveis, como dor torácica, sepse e AVC, e integração operacional com o NIR, os serviços de imagem e laboratório e as unidades de internação.

Art 35º. A Agência Transfusional, o SND/Lactário, Higiene e Lavanderia, Laboratório, Farmácia, serviços de imagem e terapias funcionam segundo regulamentos técnicos próprios, harmonizados ao Sistema de Gestão da Qualidade, garantindo rastreabilidade, segurança e conformidade regulatória em toda a cadeia assistencial.

Art 36º. O acesso assistencial ao HCI observará portas de entrada definidas, fluxos de urgência/emergência e de internações eletivas programadas, além de referência/contrarreferência e transferências interinstitucionais reguladas, assegurando equidade, continuidade do cuidado e aderência às pactuações vigentes. A triagem clínica adotará protocolos validados, com priorização de condições tempo-sensíveis e registro adequado em prontuário. Os critérios de admissão e de alta por unidade/linha de cuidado serão definidos e revisados periodicamente, com indicadores de permanência apropriada. A alocação de leitos considerará gravidade, necessidade de monitorização e requisitos de isolamento, com justificativa registrada para exceções, e a alta será planejada e documentada, incluindo orientações ao paciente/família e integração com a rede, quando cabível, com reporte mínimo às instâncias de governança.

Art 37º. As transferências internas e externas serão motivadas por critérios assistenciais, com comunicação estruturada entre equipes, aceite formal do setor de destino e registro no prontuário. O processo de alta incluirá reconciliação de condutas essenciais, orientações ao paciente/cuidador, encaminhamentos e documentação completa, com rastreabilidade e prevenção de altas não seguras. É vedada qualquer priorização indevida por motivo

econômico ou influência externa, devendo conflitos ser comunicados e apurados nos termos do Programa de Integridade.

Art 38º. O Laboratório Clínico, próprio ou terceirizado, e a Agência Transfusional operarão com requisitos mínimos de segurança e qualidade nas fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, assegurando identificação correta, acondicionamento e transporte conforme protocolos (incluindo cadeia fria quando aplicável), rastreabilidade e controle de qualidade. Valores críticos e achados inesperados terão comunicação imediata ao profissional assistente, com registro de data/hora, interlocutor e conduta, nos prazos definidos. A assistência transfusional exigirá dupla checagem e registro completo em prontuário, incluindo rastreabilidade de lote/bolsa, horários e intercorrências, com hemovigilância ativa, investigação e notificação de reações conforme normas aplicáveis e plano de contingência para falhas de sistema/equipamento.

CAPÍTULO V – DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, RISCO E INDICADORES

Art 39º. A gestão do HCI é orientada por processos. A instituição mantém um mapa de macroprocessos com donos formalmente designados e responsabilidades definidas. Cada processo crítico é descrito de maneira padronizada (SIPOC), com identificação de interfaces, POPs e instruções normativas, além de indicadores de processo e de resultado. A melhoria contínua segue o ciclo PDCA, com gestão de mudanças documentada e verificação de eficácia após a implementação. Auditorias internas e de pares avaliam conformidade e riscos. As não-conformidades são notificadas e podem gerar planos de ação com prazos e responsáveis até a sua efetiva solução.

Art 40º. O monitoramento institucional apoia-se em indicadores-chave que refletem as dimensões essenciais do desempenho. A Segurança do Paciente acompanha IRAS (densidade), mortalidade, quedas e lesões por pressão. A Qualidade Clínica, mede-se a adesão a protocolos e *bundles* prioritários. A Experiência do Paciente utiliza o NPS e outros sinais de satisfação. A Operação observa ocupação, giro, tempo de permanência e cancelamentos. O Financeiro apura a margem por serviço, glosas, prazo médio de recebimento e custo por paciente-dia. As séries históricas e os painéis consolidados permitem análise de tendência, identificação de desvios e direcionamento de ações corretivas.

Art 41º. A gestão de riscos e incidentes integra a rotina de governança. A Matriz de Riscos contempla riscos clínicos, operacionais, financeiros, regulatórios e de dados/privacidade, com níveis de severidade e controles definidos. O Registro de Riscos é dinâmico, revisto periodicamente e escalonado conforme gatilhos predefinidos. Incidentes, quase-falhas e eventos sentinela seguem fluxo padronizado, desde a notificação e triagem até a investigação (RCA/5 Porquês/Ishikawa), plano de ação corretiva e preventiva (CAPA), verificação de eficácia e disseminação das lições aprendidas. Quando aplicável, há comunicação às autoridades e retorno estruturado às equipes e aos pacientes. O

HCI persegue, de forma progressiva, a aderência a programas de acreditação reconhecidos, práticas de gestão de riscos e a cultura justa.

Art 42º. A governança de dados assegura curadoria, padronização terminológica, integridade e disponibilidade da informação, sustentadas por painéis confiáveis e trilhas de auditoria. Definições operacionais, fontes e critérios de cálculo são mantidos de forma consistente, de modo a garantir comparabilidade, transparência e apoio efetivo à tomada de decisão clínica, operacional e financeira.

CAPÍTULO VI – DO COMPLIANCE E INTEGRIDADE

Art 43º. O Programa de Integridade do HCI reúne o Código de Conduta e Ética, mecanismos de prevenção à fraude e à corrupção, regras claras sobre conflitos de interesse, política de brindes e hospitalidade, diligência prévia de terceiros, trilhas de treinamento e canais formais de denúncia e Ouvidoria. Seu funcionamento pressupõe monitoramento contínuo e reporte regular às instâncias de governança, garantindo que orientações e controles sejam atualizados conforme riscos identificados e mudanças regulatórias.

Art 44º. A ética institucional orienta a relação com pacientes, familiares, colaboradores e parceiros, pautando-se por respeito, transparência, informação compreensível e não discriminação. São vedadas vantagens indevidas, manipulação de registros, obstrução de auditorias, bem como assédio moral ou sexual e quaisquer práticas incompatíveis com integridade e segurança do paciente. Conflitos de interesse reais, potenciais ou aparentes deverão ser declarados e tratados conforme política institucional, com impedimento em deliberações e contratações relacionadas

Art 45º. A gestão de conflitos, brindes e relacionamento institucional pauta-se pela moderação, registro e transparência. São admitidos apenas brindes ou hospitalidade de baixo valor, de caráter institucional e sem expectativa de contrapartida, com devida anotação. Pagamentos em espécie, presentes excessivos ou qualquer vantagem indevida são vedados. Patrocínios, doações e apoio a eventos educacionais seguem critérios objetivos, contrato específico e comprovação de entrega. É proibida a realização de contribuições político-partidárias em nome do HCI.

Art 46º. O relacionamento com agentes públicos e operadoras observa integralmente a legislação aplicável, os contratos vigentes e este Regimento, devendo ocorrer por representantes autorizados e com registros adequados. A comunicação institucional, o marketing e a publicidade seguem as normas profissionais e éticas pertinentes, preservando veracidade, sobriedade e o interesse público.

Art 47º. A Ouvidoria e o Canal de Ética funcionam como portas de entrada para denúncias, queixas e sugestões, assegurando confidencialidade, tratamento sigiloso, ausência de retaliação e possibilidade de anonimato. As manifestações são recebidas, triadas e apuradas conforme rito definido, com retorno ao demandante quando cabível e reporte consolidado para promoção de melhorias.

Art 48º. As investigações de desvios são conduzidas de forma independente, documentada e proporcional ao risco, preservando evidências e a ampla defesa. As conclusões resultam em medidas disciplinares adequadas, ações corretivas com prazos e responsáveis e registro de lições aprendidas. Quando a gravidade exigir, há comunicação às autoridades competentes e adoção de providências adicionais para evitar recorrência.

Art 49º. A apuração de violações a normas internas observará rito padronizado, proporcional à materialidade e ao risco, contemplando comunicação formal, triagem, instrução com coleta e preservação de evidências, relatório conclusivo e decisão conforme Matriz de Alçadas, assegurando imparcialidade, documentação mínima, contraditório e registro dos critérios de decisão. A tramitação poderá ocorrer por rito abreviado ou completo, conforme criticidade, com prazos de referência definidos em política interna para manifestação e conclusão, distinguindo casos críticos de casos ordinários.

Art 50º. Quando necessário para proteção da segurança do paciente, continuidade assistencial, integridade do ambiente de trabalho, patrimônio ou dados, poderão ser adotadas medidas cautelares imediatas, com justificativa, definição de duração e critérios objetivos de reavaliação e levantamento. Os resultados (inclusive planos de melhoria e sanções proporcionais) retroalimentarão a gestão de riscos, os programas de capacitação e as ações preventivas, preservados os sigilos legais e a cultura justa.

CAPÍTULO VII – DA PRIVACIDADE, LGPD E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

Art 51º. O HCI mantém Programa de Privacidade com DPO designado, políticas e procedimentos que regem o tratamento de dados pessoais, inclusive sensíveis, abrangendo prontuários físicos e eletrônicos, imagens e registros operacionais. O Programa define papéis e responsabilidades, mantém registro das operações de tratamento e realiza avaliações de impacto quando cabíveis.

Art 52º. O tratamento de dados observa os princípios da LGPD: finalidade, adequação, necessidade, segurança, prevenção, responsabilização, transparência e não discriminação, garantindo proporcionalidade e respeito aos direitos dos titulares.

Art 53º. As bases legais mais usuais incluem tutela da saúde, execução de contrato ou prestação de serviços e

cumprimento de obrigação legal ou regulatória. O legítimo interesse é utilizado quando cabível, mediante teste de balanceamento, e o consentimento é adotado em hipóteses específicas, como marketing institucional e uso de imagem não assistencial.

Art 54º. O acesso às informações ocorrerá por perfil e necessidade, com segregação de ambientes e governança de identidades e acessos (IAM), incluindo concessão formal, revisões periódicas de perfis, revogação imediata em desligamentos ou mudanças de função e autenticação forte quando aplicável. Logs e trilhas de auditoria serão coletadas, protegidos e retidos por prazos definidos, suportando investigações, monitoramento e resposta a incidentes, com respeito à privacidade e às regras assistenciais. Contas e atividades privilegiadas (sistemas críticos, banco de dados, domínio e aplicações) terão controles adicionais, incluindo MFA, gestão de credenciais, rastreabilidade de sessões e revisão de uso, e acessos remotos/teletrabalho observarão política específica com vedação de armazenamento local de dados sensíveis fora dos ambientes corporativos.

Art 55º. A Tecnologia da Informação manterá catálogo de serviços com níveis de atendimento, critérios de priorização/severidade e tempos-alvo, além de gestão de incidentes, mudanças e continuidade alinhada ao plano de continuidade de negócios. Haverá política de backup e restauração com testes periódicos documentados, hardening e atualização de ativos, inventário e licenciamento, critérios para uso de nuvem e integrações entre sistemas, e procedimentos de homologação e implantação conforme alçadas.

Art 56º. O uso de dispositivos móveis e pessoais poderá ocorrer quando autorizado pela Diretoria ou Gerência direta, mediante requisitos mínimos de segurança (criptografia, MDM quando aplicável, termos de responsabilidade e possibilidade de bloqueio/remoção remota), sendo vedado o tráfego de informações assistenciais sensíveis fora de canais aprovados e sem salvaguardas previstas.

Art 57º. A guarda de documentos segue prazos legais e políticas internas, com armazenamento físico controlado e proteção dos repositórios eletrônicos. Ao término do ciclo de vida, a eliminação é segura, com registro e certificação do descarte.

Art 58º. Os contratos incluem cláusulas de proteção de dados, confidencialidade e auditoria, disciplinam subcontratação e exigem salvaguardas proporcionais ao risco, prevendo rescisão por descumprimento e responsabilização de terceiros.

Art 59º. Incidentes de segurança seguem fluxo de resposta estruturado e, quando aplicável, são comunicados às autoridades e aos titulares.

Art 60º. A publicidade institucional e científica observa normas profissionais e éticas, com anonimização ou autorização quando exigido.

CAPÍTULO VIII – DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E CONTÁBIL

Art 61º. A gestão financeira observará o orçamento anual aprovado e o plano plurianual de investimentos, articulados ao planejamento estratégico da instituição. A execução financeira deve evidenciar, de forma tempestiva, o desempenho frente ao orçado, com análise de desvios, medidas corretivas e reporte regular à Mantenedora, incluindo demonstrações gerenciais (DRE, fluxo de caixa, posição de investimentos e endividamento), e avaliação de viabilidade dos projetos priorizados.

Art 62º. O orçamento anual é instrumento de planejamento e controle do HCI, elaborado com base em premissas transparentes, séries históricas, indicadores e riscos mapeados, contemplando receitas, despesas e investimentos. O ciclo orçamentário compreenderá definição de premissas e metas, propostas setoriais por centro de custo, consolidação e análise crítica pela Controladoria e área financeira, validação colegiada, homologação pela mantenedora, quando aplicável, e desdobramento em planos de ação. Créditos adicionais, revisões e decisões que impliquem aumento relevante de despesa, investimento ou assunção de risco observarão a Matriz de Alçadas, com registro formal, pareceres necessários e controle de versões do repositório orçamentário.

Art 63º. Compete à Gestão Financeira administrar o fluxo de caixa diário, a relação bancária, os pagamentos dentro das alçadas e a aplicação responsável de reservas, zelando por liquidez, custo financeiro e segregação de funções.

Art 64º. À Contabilidade cabe a escrituração em conformidade com as normas contábeis vigentes, a elaboração das demonstrações, a conciliação de contas, o registro adequado de ativos e depreciações, bem como o cumprimento das obrigações acessórias e fiscais cabíveis ao perfil filantrópico.

Art 65º. O Faturamento/Auditoria responde pela captação íntegra da produção assistencial nos sistemas, pela codificação correta (SIGTAP/TUSS), pela conformidade com contratos e regras de regulação, pela prevenção e recuperação de glosas e pela interlocução técnica com operadoras e gestores públicos.

Art 66º. À Controladoria incumbe a apuração de custos e margens por linha de serviço, a análise de viabilidade e retorno de investimentos, a precificação técnica quando aplicável, o fechamento gerencial mensal, os *dashboards* executivos e o apoio à tomada de decisão por meio de indicadores confiáveis e análises de sensibilidade.

Art 67º. A gestão econômico-financeira prioriza o equilíbrio e a solvência, a conformidade tributária e regulatória, a

integridade na captação e aplicação de recursos e a transparência social compatível com a natureza filantrópica. Para tanto, adota controles internos e segregação de funções, critérios objetivos de priorização de pagamentos e investimentos, políticas claras de endividamento e de gestão de riscos financeiros, além de prestação de contas consistente à Mantenedora, financiadores, órgãos de controle e sociedade.

Art 68º. A alocação de recursos deve refletir a missão assistencial, a sustentabilidade de longo prazo e o compromisso com fornecedores, colaboradores e pacientes, assegurando previsibilidade operacional e responsabilidade no uso de verbas públicas e privadas.

CAPÍTULO IX – DOS RECURSOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Art 69º. A admissão de pessoal observará critérios de isonomia, mérito e aderência cultural, com vagas definidas por perfil de competências e descrição clara de responsabilidades. O processo incluirá análise curricular e técnica, checagens compatíveis com a lei, apresentação de documentação obrigatória e exames admissionais, além de integração institucional que alinhe valores, regras de conduta, rotinas assistenciais e de segurança.

Art 70º. As contratações de pessoa física e jurídica serão precedidas de diligência de integridade proporcional ao risco, comprovações fiscal e trabalhista, verificação de requisitos técnicos e definição objetiva de escopo, metas, prazos e indicadores de desempenho. Os instrumentos contratuais conterão cláusulas de confidencialidade, proteção de dados, anticorrupção, auditoria e rescisão por descumprimento, bem como regras de reporte e de prevenção a conflitos de interesse.

Art 71º. O desenvolvimento de pessoas baseia-se em trilhas de capacitação obrigatórias (integração, segurança do paciente, privacidade, SSMA e protocolos prioritários), complementadas por educação continuada, simulações realísticas e avaliações periódicas de competências. As formações terão registro de conclusão e recertificação quando pertinente, vinculando-se a privilégios assistenciais e ao desempenho das áreas.

Art 72º. A saúde ocupacional e o SSMA abrangem exames periódicos, vacinação, ergonomia e ações de prevenção de agravos, com gestão estruturada dos riscos ocupacionais e funcionamento regular dos comitês competentes. Ocorrências e quase-acidentes serão registradas, analisadas e tratadas com planos de ação e retorno às equipes, promovendo ambiente seguro e melhoria contínua.

Art 73º. A avaliação de desempenho ocorrerá em ciclos anuais, com metas alinhadas ao plano institucional, *feedbacks* estruturados e plano de desenvolvimento individual. Resultados consistentes orientarão reconhecimento, progressão e desenvolvimento, enquanto gaps relevantes desencadearão medidas de apoio e acompanhamento, assegurando coerência entre objetivos, entregas e competências.

CAPÍTULO X – DAS CONTRATAÇÕES, SUPRIMENTOS, OPME E PATRIMÔNIO

Art 74º. As aquisições do HCI obedecerão aos princípios de economicidade, qualidade, rastreabilidade e integridade, com levantamento prévio de preços e comparativos técnico-financeiros adequados ao risco e à criticidade do item. Quando houver emprego de recursos públicos, serão observados integralmente os regramentos específicos previstos nos instrumentos e na legislação aplicável.

Art 75º. A gestão de medicamentos, materiais e OPME será conduzida de forma integrada entre Farmácia, Materiais, Governança Clínica e áreas assistenciais, assegurando padronização técnico-científica, disponibilidade, qualidade e conformidade regulatória.

Art 76º. A padronização terapêutica será definida por instância técnica competente, com base em evidências, custo-efetividade e segurança, e a gestão de medicamentos de alto risco, similares com grafia/sonoridade (LASA) e controlados observarão barreiras de segurança, rastreabilidade e auditorias.

Art 77º. A aquisição, recebimento, armazenagem e distribuição de medicamentos, materiais e itens críticos obedecerão a condições ambientais validadas, controle de temperatura e cadeia fria quando aplicável, segregação de itens não conformes e rastreabilidade, com giro por data de validade e inventários periódicos. A distribuição priorizará barreiras que reduzam erros, incluindo dose unitária e kits padronizados quando aplicável, bem como carrinhos de emergência com padronização, lacres, checagens e reposição imediata. Medicamentos de alto risco e itens semelhantes na aparência e na sonoridade (*look-alike*, *sound-alike*, LASA) terão rotulagem, alertas e barreiras independentes de segurança com auditorias de aderência. Controlados e entorpecentes permanecerão sob controles específicos de guarda e registro, com investigação imediata de divergências e notificação interna conforme política.

Art 78º. A Farmácia Clínica apoiará conciliação medicamentosa, revisão terapêutica e intervenções registradas, e manterá fluxos de farmacovigilância, queixa técnica e gestão de alertas/recalls.

Art 79º. O uso de antimicrobianos e implantes/OPME seguirá diretrizes institucionais, com rastreabilidade por paciente e lote, governança de consignados, auditoria de cobrança e integração com faturamento para redução de glosas, sem interferência na autonomia técnica das equipes.

Art 80º. O processo de compras inicia-se com solicitação com justificativa formal, segue com a definição de especificações e validação pela área competente, realiza pesquisa de preços e matriz de decisão transparente, submete-se à diligência de integridade dos fornecedores e à aprovação por alçada, culminando na emissão do pedido ou contrato. O recebimento contempla conferência e qualificação do material ou serviço e, posteriormente, a avaliação de desempenho do fornecedor para retroalimentar o ciclo de suprimentos.

Art 81º. Os materiais de OPME e demais itens críticos seguem política específica de padronização, com critérios de avaliação tecnológica, registro e rastreabilidade de implantes, auditoria contínua e governança clínica e financeira compartilhada entre áreas assistenciais, Suprimentos e Controladoria.

Art 82º. A gestão de Patrimônio material e imaterial compreende o controle de ativos e inventários, a manutenção preventiva e corretiva, a gestão de energia e utilidades, a condução de projetos e ampliações e a preparação para contingências e emergências, assegurando disponibilidade operacional, segurança e conformidade regulatória.

Art 83º. A Engenharia Clínica e a Infraestrutura manterão inventário atualizado de ativos e utilidades críticas, com manutenção baseada em risco, registros auditáveis e planejamento de disponibilidade, assegurando continuidade assistencial e conformidade regulatória. Equipamentos fora de especificação, com falha crítica ou sem evidência de manutenção/validação quando exigida, serão retirados de uso, identificados e bloqueados até correção e revalidação documentada, com liberação formal para retorno à operação. Planos de contingência para falhas de energia, refrigeração e demais utilidades críticas serão testadas periodicamente, com registro de resultados e correções implementadas, integrando-se às rotinas de segurança e gestão de riscos.

Art 84º. Obras e reformas serão planejadas com análise de riscos assistenciais, controle de poeira/ruído/rotas, proteção de redes e entrega técnica com documentação pertinente.

Art 85º. O plano de continuidade de negócios e contingências será mantido e exercitado periodicamente, integrando-se às rotinas de segurança e gestão de riscos.

CAPÍTULO XI – DO RELACIONAMENTO COM O SETOR PÚBLICO E PRIVADO

Art 86º. O HCI firmará instrumentos com o setor público e com operadoras privadas observando requisitos técnico-assistenciais, indicadores e metas pactuadas, regras de regulação de acesso, produção e faturamento, bem como cláusulas de integridade e proteção de dados. Os contratos definirão escopo, padrões de qualidade e segurança, prazos, critérios de glosa, formas de auditoria e mecanismos de solução de conflitos, assegurando transparência, rastreabilidade e aderência às normas vigentes.

Art 87º. O NIR (Núcleo Interno de Regulação) e a Gestão de Atendimento realizam a interface operacional com as centrais de regulação e com os setores internos, coordenando a alocação de leitos e agendas, o fluxo de pacientes e a comunicação entre PS, unidades de internação, diagnóstico e apoio. Reuniões regulares, painéis de acompanhamento e protocolos de escalonamento garantem fluxo contínuo, cumprimento de prazos, metas e redução de entraves.

Art 88º. A Comunicação institucional, em coordenação com a Diretoria e o Jurídico, alinha mensagens, publicidade e prestação de contas social aos valores do HCI e às normas profissionais. A atuação contempla planejamento editorial, resposta a demandas da imprensa, das redes sociais, divulgação responsável de resultados e projetos, preservando a imagem institucional e a conformidade ética e regulatória.

Art 89º. Prestadores contratados e terceiros que atuem em nome do HCI estarão sujeitos a procedimento institucional de apuração e resposta a não conformidades contratuais, com foco em continuidade assistencial, segurança do paciente, cumprimento de Acordo de Nível de Serviço (SLA) e requisitos legais/regulatórios. O rito poderá ser abreviado ou completo conforme materialidade e risco, prevendo medidas cautelares imediatas quando necessário (por exemplo, substituição de equipe, bloqueio de materiais/OPME, contingência de serviço e restrição temporária de acessos), manifestação do prestador em prazos de referência, instrução com análise de evidências e relatório conclusivo por instância designada, com decisão conforme Matriz de Alçadas. Os processos, decisões e sanções aplicadas serão registrados no repositório institucional e retroalimentarão a qualificação e a *due diligence* de fornecedores, além de planos corretivos e melhorias de contrato/SLA quando aplicável.

Art 90º. A celebração, renovação, alteração e rescisão de convênios e contratos assistenciais observará análise técnico-assistencial, jurídico-regulatória e econômico-financeira, proporcional ao impacto, incluindo avaliação de capacidade instalada, requisitos de qualidade e segurança e impactos em fluxos críticos e níveis de cuidado. A Diretoria Executiva atuará como instância técnica de avaliação de viabilidade e riscos (clínico, regulatório, crédito, volume, glosa), consolidando recomendações, condicionantes e cláusulas mínimas para decisão conforme Matriz de Alçadas, com registro e rastreabilidade.

Art 91º. O HCI manterá repositório oficial de preços e pacotes ("Tabela HCI"), com vigência, controle de versões e histórico de alterações, cuja publicação interna é obrigatória para padronizar negociação, faturamento e auditoria. A precificação considerará custeio por centro de custo e por linha de serviço, margem técnica desejada, benchmarks técnicos/regulatórios, riscos e exigências de qualidade, segurança e OPME/equipamentos. Pacotes e diárias técnicas terão composição explícita, itens inclusos/exclusos, componentes variáveis definidos e critérios claros para auditoria, faturamento e gestão de glosas. Condições comerciais excepcionais exigirão justificativa econômico-assistencial, vigência definida e rastreabilidade.

Art 92º. A habilitação e desabilitação de convênios privados seguirá due diligence mínima abrangendo: análise econômico-financeira (capacidade de pagamento, prazos, histórico e índices de glosa), análise assistencial (perfil de beneficiários, risco e impacto nos tempos críticos), integridade e LGPD (cláusulas, práticas e incidentes) e requisitos contratuais (SLA, auditoria, glosa/recurso, reajuste, rede de apoio). A entrada em vigor observará plano de implantação com parametrizações de sistemas, atualização do catálogo institucional de serviços, testes e capacitação. Revisões periódicas por indicadores poderão ensejar renegociação, restrição de escopo, suspensão ou descontinuidade ordenada, preservando continuidade do cuidado aos pacientes em tratamento.

Art 93º. Processos de credenciamento, habilitação, ampliação, reclassificação ou descredenciamento de serviços junto ao SUS observarão verificação prévia de requisitos físicos, tecnológicos e de pessoal, elaboração de plano técnico-operacional, atualização cadastral e gestão do pleito nos sistemas oficiais, com pactuação e atos formais quando cabíveis. A implantação de serviços habilitados incluirá cronograma, capacitação, adequação de fluxos e monitoramento por indicadores. Alterações ou descredenciamentos exigirão análise de impacto e plano de continuidade do cuidado aos usuários em tratamento, com encerramento ordenado de agendas, ajustes de sistemas e arquivamento de evidências no repositório institucional.

CAPÍTULO XII – DA COMUNICAÇÃO, MARKETING E OUVIDORIA

Art 94º. A Comunicação e o Marketing promoverão a imagem institucional de forma ética e responsável, com mensagens consistentes, baseadas em evidências e alinhadas aos valores do HCI, vedadas a publicidade enganosa, a autopromoção indevida e a divulgação de resultados sem lastro científico. A atuação compreende planejamento editorial, relacionamento com imprensa e redes sociais, gestão de crises e padronização de identidade de marca.

Art 95º. A comunicação institucional compreenderá comunicação externa e interna, com governança de conteúdo, padronização de linguagem, sobriedade, acessibilidade e respeito ao sigilo e à proteção de dados. Canais oficiais serão definidos e utilizados para orientações assistenciais e administrativas, comunicados críticos e contingências, preservando rastreabilidade, alinhamento às normas profissionais e clareza ao usuário.

Art 96º. A atuação em mídias sociais observará sobriedade, confidencialidade e normas profissionais, vedada exposição indevida de pacientes, autopromoção irregular ou divulgação sem lastro técnico.

Art 97º. A comunicação com imprensa e mídias observará fluxo centralizado de assessoria e gestão de crise, com papéis e responsabilidades definidos, aprovação de posicionamentos oficiais e guarda de evidências das demandas e respostas institucionais. Canais oficiais externos (site, telefone, e-mail e redes) serão revisados periodicamente quanto a informações de acesso, horários, documentos necessários e orientações ao paciente, com atenção à

acessibilidade, e formatos acessíveis quando necessário. Qualquer uso de dados pessoais, voz ou imagem para fins não assistenciais observará base legal e autorizações específicas, com anonimização quando aplicável e vedação de conteúdos que induzam a erro, violem sigilo ou caracterizem autopromoção irregular.

Art 98º. O SAC/Ouvidoria atuará como canal institucional de escuta, registro, mediação e melhoria contínua, mantendo SLAs por tipologia de demanda, com triagem, encaminhamento, acompanhamento e retorno estruturado ao demandante quando cabível, preservada a confidencialidade. Manifestações relacionadas à segurança do paciente, integridade, privacidade/LGPD ou risco assistencial serão escalonadas imediatamente às áreas competentes, com rastreabilidade das providências e registros compatíveis com a criticidade.

CAPÍTULO XIII – DO ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO

Art 99º. O DEP coordena programas de residência, estágios, internatos, educação permanente e capacitações com supervisão efetiva, avaliação periódica de desempenho e aderência às normas educacionais e de ética profissional, articulando ensino e assistência para fortalecer competências clínicas, multiprofissionais e gerenciais.

Art 100º. A pesquisa observará integralmente as normas éticas e regulatórias nacionais, com submissão prévia ao comitê de ética competente, termos de consentimento adequados, salvaguardas de privacidade e registro dos estudos quando aplicável. Conflitos de interesse deverão ser declarados, e a publicação seguirá boas práticas de integridade científica.

Art 101º. A inovação tecnológica e assistencial será fomentada de maneira responsável, mediante avaliação de custo-efetividade, riscos e benefícios, aderência a protocolos e resultados mensuráveis. Projetos-piloto terão objetivos, métricas e critérios de escalonamento definidos, priorizando segurança do paciente e sustentabilidade.

Art 102º. O HCI poderá celebrar parcerias com outras entidades de pesquisa clínica, científica, de inovação na área de saúde e tecnologia, visando cumprir seus objetivos regimental e social.

CAPÍTULO XIV – DA SUSTENTABILIDADE, MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA

Art 103º. O HCI manterá programas de sustentabilidade ambiental que contemplem uso racional de água e energia, gestão adequada de resíduos conforme o PGRSS, redução de emissões e logística reversa, integrando metas progressivas e prestação de contas compatível com sua natureza filantrópica.

Art 104º. Planos e rotinas de segurança (Brigada de Incêndio, Plano de Abandono, gestão de gases medicinais,

segurança da água, biossegurança, radioproteção, PGRSS e Plano de Continuidade de Negócio/gestão de desastres) serão mantidos atualizados, testados periodicamente e integrados às áreas assistenciais e de infraestrutura.

Art 105º. Os serviços de imagem manterão Programa de Proteção Radiológica formal, com responsabilidades definidas, treinamentos periódicos, controle de qualidade de equipamentos, monitoramento ocupacional quando aplicável e auditorias internas/externas, em conformidade com normas vigentes e requisitos regulatórios. Serão mantidos manuais e POPs com controle de versões e ampla divulgação, contemplando identificação segura do paciente, proteção radiológica, administração de contrastes, prevenção de eventos (incluindo IRAS em procedimentos) e comunicação estruturada de achados críticos, com registro e rastreabilidade.

Art 106º. Sistemas de imagem e laudos (incluindo PACS/RIS e, quando aplicável, telerradiologia) operarão com níveis de disponibilidade pactuados, gestão de acessos por perfil, identificação do responsável por laudos e registros de transações, observando regras de confidencialidade, proteção de dados e integridade dos registros. Haverá plano de contingência para indisponibilidades, com rotinas de continuidade, testes de restauração e retorno controlado ao ambiente produtivo, além de procedimentos de registro, comunicação e análise de interrupções relevantes e incidentes, com reporte às instâncias de governança e ações corretivas e preventivas.

Art 107º. A gestão de instalações disciplinará ocupação e uso de espaços, controle de chaves e credenciais, circulação em áreas críticas e regras de convivência, assegurando integridade do ambiente assistencial e proteção de usuários e trabalhadores. Mudanças, remanejamentos, intervenções prediais e uso de espaços por terceiros dependerão de autorização e cumprimento de requisitos de segurança, limpeza, proteção de dados e preservação de rotas assistenciais. Registros de solicitações e ocorrências relacionados a instalações serão formalizados em sistema próprio, com validação do solicitante e análise de causa em caso de reincidência, visando prevenção de falhas e melhoria contínua.

CAPÍTULO XV – DA GESTÃO DOCUMENTAL, INFORMAÇÃO E ARQUIVOS

Art 108º. A gestão documental abrange classificação, guarda, temporalidade e destinação de documentos assistenciais e administrativos, com medidas de confidencialidade, integridade e preservação. A digitalização seguirá padrões de autenticidade, metadados e controle de versões, com acessos por perfil.

Art 109º. Os documentos institucionais poderão ser assinados fisicamente ou por assinatura eletrônica, observados níveis de segurança proporcionais ao risco e à finalidade do ato (gov.br nível Prata e ICP-Brasil), com trilha de auditoria, integridade, autenticação e preservação da confiabilidade probatória. Para atos assistenciais e jurídicos críticos, a Instituição adotará padrão de assinatura compatível com maior nível de segurança, incluindo, quando

aplicável, certificação digital em padrão reconhecido. Sempre que previsto em política interna, será utilizado carimbo de tempo e mecanismos de registro cronológico, de forma a assegurar rastreabilidade e integridade dos registros.

Art 110º. O prontuário do paciente é documento sigiloso, institucional único, com registros multiprofissionais, consentimentos, laudos e imagens, devendo assegurar integridade, autenticidade, legibilidade, identificação segura por múltiplos identificadores e rastreabilidade de acessos. Registros eletrônicos preservarão histórico de alterações e trilhas de auditoria, vedada supressão de conteúdo. Solicitações de retificação ou complemento serão registradas como adendo identificável, preservando o histórico original. O acesso a cópias seguirá política institucional com verificação de legitimidade, resguardo de dados de terceiros e entrega por meio seguro. Quando houver necessidade legal, auditoria ou investigação, poderá ser determinado bloqueio de descarte (legal hold), com registro formal e controle de acesso, preservando-se prazos de guarda e requisitos de confidencialidade.

CAPÍTULO XVI – DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art 111º. Este Regimento será revisto a qualquer tempo por deliberação da Direção, para adequação normativa e aprimoramento de governança.

Art 112º. A vigência inicia-se após aprovação pela Superintendência e Diretoria Executiva da AISI, revogadas as disposições internas em contrário. 30 de janeiro de 2026.

Itajubá/MG, 30 de janeiro de 2026.

DR. CARLOS MAGNO CASTRO GONÇALVES
PRESIDENTE/SUPERINTENDENTE DA AISI

DR. SELENO GLAUBER DE JESUS SILVA
DIRETOR GERAL

LEANDRO SANTOS LIMA
DIRETOR ADMINISTRATIVO

WESLEY RIBEIRO VIEIRA
DIRETOR FINANCEIRO

DR. TIAGO JOSÉ MAGALHÃES
DIRETOR JURÍDICO