



**RioSaúde**

**NORMA**

**NORMA DE ELABORAÇÃO E  
CONTROLE DE  
DOCUMENTOS  
INSTITUCIONAIS**

**RIO DE JANEIRO, 2025**

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 01/2025 | 01/2029 | 2/26    |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
  - 5.1. Diretorias da RIOSAÚDE/Unidades
  - 5.2. Núcleo de Qualidade
  - 5.3. Diretorias/Presidência
6. DESCRIÇÃO DA NORMA
  - 6.1. Estrutura dos Documentos
  - 6.2. Hierarquia dos Documentos
  - 6.3. Codificação e Numeração dos Documentos
  - 6.4. Formatação dos Documentos
  - 6.5. Elaboração e Aprovação dos Documentos
  - 6.6. Controle dos Documentos
  - 6.7. Publicação dos Documentos
  - 6.8. Treinamento dos Documentos
  - 6.9. Revisão dos Documentos
  - 6.10. Cancelamento dos Documentos

**RESUMO DE REVISÕES**

| MÊS/ANO | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
|---------|-----------------|-----------------|
| 08/2016 | Emissão Inicial | 01/2029         |
| 08      | Versão          |                 |

**APROVAÇÕES**

| REVISÃO           | CHEFIA            | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | PRESIDÊNCIA        |
|-------------------|-------------------|--|---------------------|--------------------|
| Cristiane Pacheco | Alessandréa Lopes | Guilherme Santana                              | Zorahyde Pires      | Dr. Roberto Rangel |

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 01/2025 | 01/2029 | 3/26    |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

- 6.11. Documentos Obsoletos
- 6.12. Gestão dos Documentos
- 7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
- 8. REFERÊNCIAS
- 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
- 10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
- 11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo I – Norma Zero
  - 11.2. Anexo II - Fluxograma de Aprovação dos Documentos

**RESUMO DE REVISÕES**

| MÊS/ANO | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
|---------|-----------------|-----------------|
| 08/2016 | Emissão Inicial | 01/2029         |
| 08      | Versão          |                 |

**APROVAÇÕES**

| REVISÃO           | CHEFIA            | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | PRESIDÊNCIA        |
|-------------------|-------------------|--|---------------------|--------------------|
| Cristiane Pacheco | Alessandrea Lopes | Guilherme Santana                              | Zorahyde Pires      | Dr. Roberto Rangel |

## NORMA

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 4/26    |

### NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

## 1. INTRODUÇÃO

Independente da extensão, do alcance e do nível de detalhamento, existem aspectos importantes sobre a documentação que devem ser levados em consideração. A elaboração do documento não deve ter um simples objetivo, mas deve representar uma atividade que acrescente valor. Ou seja, a elaboração de documentos deve ter o intuito de ajudar a melhorar os processos. Além disso, é importante observar que a documentação seja construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação.

Em relação ao controle da documentação é importante considerar os aspectos apresentados abaixo:

- Aprovar os documentos antes da sua emissão, a cada revisão e/ou atualização;
- Assegurar a rastreabilidade;
- Identificar as mudanças e estado de revisão atual;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e que sua distribuição seja controlada;
- Identificar corretamente os documentos obsoletos, prevenindo o uso não intencionado dos mesmos;
- Assegurar que os registros sejam legíveis, facilmente identificáveis e recuperáveis.

## 2. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para elaboração, formatação, aprovação, revisão, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade das unidades geridas pela Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RIOSAÚDE.

## 3. ABRANGÊNCIA

Esta Norma aplica-se a Sede e a todas as unidades geridas pela RIOSAÚDE.

| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 5/26    |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

## 4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

### 4.1. Definições

**Documento Aprovado** – Documento cuja versão passou pelo processo de validação/aprovação e está em vigor.

**Documento Cancelado** – Documento identificado como “Cancelado” devido à perda da vigência. Os documentos em meio físico deverão ser retirados de circulação pela área competente para evitar o uso indevido. Os documentos cancelados devem ser arquivados pelo Núcleo de Qualidade da RioSaúde para eventuais consultas.

**Documento em Revisão** – Documento que está em processo de revisão.

**Documento Externo** – Documento cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por uma organização externa, ou seja, órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais que impactam no atendimento do serviço da Instituição.

**Documento Obsoleto** – É a versão desatualizada de um documento ainda em vigor.

**Fluxograma** – É uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

**Lista Mestra de Documentos** – Lista que identifica todos os documentos (política, manuais etc.) integrantes do Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição, versão vigente.

**Manual** - Documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos, instruções e orientações. O manual tem por objetivo explicitar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da Instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais.

**Não Conformidade** – Refere-se ao não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.

**Norma** – Documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que



| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 6/26    |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

deve ou não deve ser feito.

**Padrões** – Produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.

**Plano** - Documento que define estratégias, direcionando a execução de processos e alocação de recursos, coordenados e articulados de forma a nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.

**Política Institucional** - Documento aprovado pela Presidência que expressa as diretrizes para cumprir a missão institucional.

**Procedimento/Rotina** – Documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição. É o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado. Ou seja, qualquer indivíduo que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.

**Processo** – É qualquer atividade que recebe uma entrada (*input*), agrega valor e gera uma saída (*output*), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço.

**Programa** – Documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico. O programa tem a função de apresentação.

**Protocolo** – Instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

**Regimento** - Documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

**Sistema de Gestão da Qualidade** – É um conjunto de práticas padronizadas, inter-relacionadas, com a finalidade de gerir os processos e recursos que são necessários para proporcionar valor e obter resultados.

## NORMA

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 7/26    |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

### 4.2. Siglas

NQ – Núcleo de Qualidade

## 5. RESPONSABILIDADES

### 5.1. Diretorias da RIOSAÚDE/Unidades

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/rotinas, protocolos, entre outros e enviá-los ao Núcleo de Qualidade da RioSaúde para avaliar a padronização e estabelecer codificação, de acordo com a NOR.NQ.001 - Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais;
- Identificar os documentos externos, ou seja, a documentação regulamentar inerente às suas atividades, mantendo a mesma atualizada;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados;
- Revisar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido nesta Norma e enviá-los ao Núcleo de Qualidade da RioSaúde;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Garantir a atualização de documentos institucionais das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação dos setores/unidades.

### 5.2. Núcleo de Qualidade da RioSaúde

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar as Diretorias da RIOSAÚDE/Unidades, caso necessário, na elaboração destes;
- Avaliar, validar e aprovar os documentos sob sua responsabilidade;

## NORMA

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 8/26    |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

- Realizar controle dos documentos da RIOSAÚDE através da lista mestra de documentos, mantendo atualizados os prazos de revisão (validade);
- Gerenciar a lista mestra de documentos para manter atualizados os prazos de revisão (validade);
- Garantir a remoção de documentos obsoletos dos canais de comunicação oficial.

### 5.3. Presidência/Diretorias

- Realizar a aprovação final dos documentos elaborados.

### 5.4. Núcleo de Comunicação RioSaúde

- Providenciar a publicação dos documentos atualizados no site da RIOSAÚDE após liberação/aprovação da Diretoria responsável e ciência do Núcleo de Qualidade da RioSaúde;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos dos canais de comunicação oficial após solicitação da Presidência/Diretoria responsável e ciência do Núcleo de Qualidade da RioSaúde;
- Realizar a diagramação dos formulários/guias/manuais elaborados pelas Diretorias da RIOSAÚDE/Unidades.

## 6. DESCRIÇÃO DA NORMA

### 6.1. Estrutura dos Documentos

Os documentos devem ser elaborados e redigidos de maneira padronizada, conforme Anexo I - NORMA ZERO.

| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 9/26    |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

## 6.2. Hierarquia dos Documentos

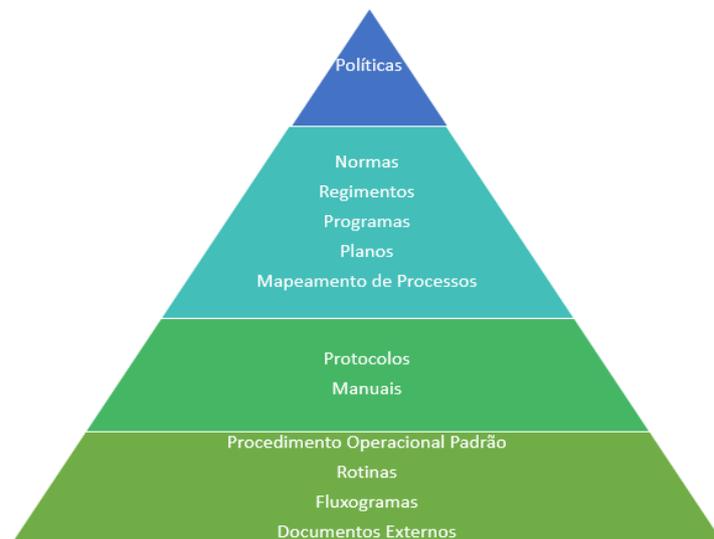
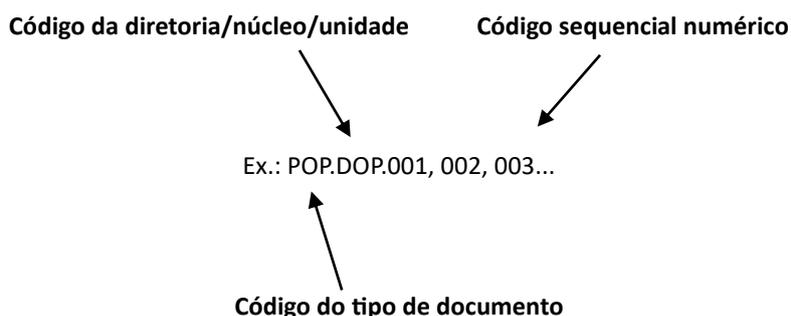


Figura 1: Hierarquia dos Documentos

## 6.3. Codificação e Numeração dos Documentos

A codificação e a numeração visam identificar e ordenar os documentos, sendo composta pela abreviatura do tipo de documento (Ex.: Procedimento Operacional Padrão – POP) e identificação da diretoria/núcleo/unidade, seguida do número de expedição do documento, separados por pontos. A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 em cada diretoria/núcleo/unidade. As numerações seguirão crescentes para a mesma diretoria/núcleo/unidade e para cada tipo de documento.





| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 10/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

#### 6.4. Formatação dos Documentos

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados. A aplicação do logotipo nos documentos deverá seguir o padronizado pelo Núcleo de Comunicação da RioSaúde. A formatação deve seguir os padrões listados abaixo, conforme Anexo I – NORMA ZERO.

##### 6.4.1. Cabeçalho

- Logotipo da RIOSAÚDE;
- Campo “Tipo de Documento”: fonte Calibri, tamanho 12, centralizado, caixa alta;
- Campo “Título do Documento”: fonte Calibri, tamanho 16, centralizado, caixa alta e negrito;
- Campo “Número Documento”: identificação do documento por tipo e número (ex.: POP.DOP.001) – fonte Calibri, tamanho 10, centralizado;
- Data: mês e ano de emissão da versão correspondente – fonte Calibri, tamanho 10, centralizado;
- Revisão: mês e ano da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma – fonte Calibri, tamanho 10, centralizado;
- Páginas: numeração de modo a permitir a identificação da página atual e do quantitativo de páginas do documento (ex.: 1/3) - Fonte Calibri, tamanho 10, centralizado.

##### 6.4.2. Corpo do Texto

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento 1,5;
- Corpo do texto: tamanho 12 pontos;
- Citações recuadas: tamanho 11 pontos;
- Notas de rodapé: tamanho 10 pontos;
- Os títulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, caixa alta, tamanho 14, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.) com alinhamento à esquerda; Os subtítulos serão em

| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 11/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

negrito, caixa baixa, tamanho 12, numeração de subitem (Ex.: 1.1., 1.2., 1.3.), alinhamento à esquerda e tabulação em 1,25 cm;

- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 2 cm; inferior 2 cm; esquerda 2,0 cm; direita 1,5. Espaçamento entre parágrafos de 8 pontos; recuo de parágrafo de 2,0 cm de distância da margem esquerda;
- As figuras ou fotos deverão ser dimensionadas de acordo com a necessidade, de forma centralizada. A descrição (legenda) virá em caixa de texto alinhada à margem esquerda, indicando o número da figura e a descrição da figura com tamanho 10.

#### 6.4.3. Resumo de Revisões

Deve vir na primeira página de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, tamanho 10 com títulos destacados em negrito. Deverá conter as seguintes informações na Descrição:

- Emissão Inicial: mês e ano em negrito;
- Próxima Revisão: mês e ano em negrito;
- Versão: A primeira versão corresponde a “00” seguida a numeração sequencial conforme a periodicidade de revisão definida para o tipo de documento.

#### 6.4.4. Aprovações

Campo de Elaboração/Revisão, Chefia, Qualidade e Presidência/Diretoria deve vir na primeira página de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, tamanho 10 com títulos destacados em negrito. Deve conter o nome completo das pessoas que participaram do ciclo de aprovações.

- **Elaboração/Revisão** – Campo de identificação dos responsáveis pela elaboração/revisão do documento.
- **Chefia** – Campo de identificação dos responsáveis pela avaliação e aprovação do documento.
- **Qualidade** – Campo de identificação do representante do Núcleo de Qualidade responsável pela

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 12/26   |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

avaliação do documento.

- **Presidência/Diretoria** – Campo de identificação do responsável pela avaliação e aprovação final do documento.



**Figura 2: Ciclo do Documento**

Os responsáveis pela aprovação deverão observar:

- Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- Se há consistência técnica;
- Se não há conflito com outro (s) documento (s) existente (s);
- Se os procedimentos seguem os padrões conforme estabelecido nos anexos.

### **6.5. Elaboração e Aprovação dos Documentos**

A elaboração de um documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais colaboradores para realizar tal atividade. Serão considerados válidos apenas os documentos eletrônicos disponibilizados no portal corporativo institucional (site da RIOSAÚDE).

Os documentos após elaborados devem ser encaminhados para a coordenação direta da área elaboradora e posteriormente para o Núcleo de Qualidade da RioSaúde para a devida avaliação. Sendo encaminhado então para aprovação final da Diretoria da área/Presidência.



| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 13/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

Todos os documentos deverão ser avaliados pelo Núcleo de Qualidade da RioSaúde. Os documentos deverão também ser validados por outros setores/serviços (Controle Infecção Hospitalar; Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho sempre que pertinente).

Os documentos de nível estratégico devem ser encaminhados pelo Núcleo de Qualidade da RioSaúde para aprovação da Presidência.

## 6.6. Controle dos Documentos

Para garantir que apenas as versões atuais e relevantes dos documentos estejam disponíveis, recomenda-se que:

- A impressão dos documentos só seja permitida com autorização e de forma controlada;
- As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas em PDF (*Portable Document Format*) no site da RioSaúde;
- A impressão de documentos deverá seguir as orientações do Núcleo de Qualidade da RioSaúde com o devido controle de cópias impressas.

## 6.7. Publicação dos Documentos

A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los em meio eletrônico em modo não editável.

Os documentos somente serão publicados depois de passar pelo processo de validação e aprovação conforme descrito neste documento. Os documentos publicados ficarão disponíveis no site da RioSaúde, em versão não editável e deverão se referir sempre à última versão disponível.

Os documentos em meio físico serão distribuídos conforme necessidade das áreas e de forma controlada.

Os documentos publicados são de propriedade e específicos da RioSaúde.

Os documentos externos devem ser arquivados nas Diretorias da RioSaúde/unidades em que são aplicados. Documentos de origem externa provenientes de órgãos normativos (portarias, resoluções, leis, normas etc.) devem estar disponíveis em arquivo físico e/ou eletrônico, nas áreas responsáveis por sua aplicação.

| <b>NORMA</b>   |             |                |                |
|--|-------------|----------------|----------------|
| <b>Nº DOCUMENTO</b>  | <b>DATA</b> | <b>REVISÃO</b> | <b>PÁGINAS</b> |
| NOR.NQ.001   | 04/2025     | 04/2029        | 14/26          |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |             |                |                |

Os registros de calibração por entidades externas, os manuais de equipamentos e outros de origem externa, utilizados nos processos internos, devem ser disponibilizados nos respectivos setores e o seu controle, arquivamento e manutenção são de responsabilidade da liderança do serviço.

### **6.8. Treinamento dos Documentos**

As Diretorias da RioSaúde/unidades responsáveis pelo documento deverão treinar suas equipes, evidenciando os registros de aplicação desse treinamento.

### **6.9. Revisão dos Documentos**

As revisões devem ser analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis e são controladas pela data, número da versão e histórico da revisão. A revisão dos documentos deve ser realizada:

- A partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis;
- A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo;
- Para atender às melhorias necessárias aos processos;
- Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas;
- Os documentos podem ser revistos a qualquer momento ou, no máximo, conforme periodicidade descrita para cada tipo de documento;
- A adequação dos documentos existentes aos critérios desta Norma deve ocorrer de forma gradual, considerando o prazo de vigência previsto no documento a ser revisado, conforme descrito abaixo:

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 15/26   |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

| Temporalidade Máxima para Revisão dos Documentos |   |
|--|---|
| Tipo de Documento                                | Temporalidade Máxima para Revisão             |
| Política   | A cada 4 anos                                 |
| Regimento  | A cada 4 anos                                 |
| Regulamento                                      | A cada 4 anos                                 |
| Norma  | A cada 4 anos                                 |
| Programa   | A cada 1 ano                                  |
| Plano  | A cada 1 ano                                  |
| Mapeamento de Processo                           | A cada 2 anos                                 |
| Protocolo  | A cada 2 anos                                 |
| Manual/Guia                                      | A cada 2 anos                                 |
| Procedimento/Rotina                              | A cada 4 anos                                 |
| Ordem de Serviço                                 | Quando houver alteração na atividade descrita |
| Documento externo                                | Quando houver atualização sobre o tema        |

**Figura 2: Temporalidade máxima para revisão dos documentos**

### 6.10. Cancelamento dos Documentos

As versões anteriores dos documentos descritos nesta Norma serão excluídas do site da RioSaúde, ficando armazenadas junto ao Núcleo de Qualidade da RioSaúde. Isso garante o registro histórico para futuras pesquisas e verificação do ciclo de aprendizado. Os documentos em meio físico que forem desativados deverão ser retirados de circulação pela área competente. Tais documentos podem ser desativados quando houver solicitação devidamente registrada e justificada da Presidência/Diretoria/Liderança responsável pelo processo e aprovação dos documentos.

O Núcleo de Qualidade da RioSaúde manterá arquivo digital dos documentos cancelados para controle e registro histórico.



| NORMA  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 16/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

### 6.11. Documentos Obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias da versão atual devem substituir a versão anterior. As cópias da versão anterior deverão ser retiradas de circulação logo após a aprovação do documento que irá substituí-lo e antes da sua publicação.

Os documentos obsoletos impressos devem ser retirados de circulação pela área competente, o que garantirá a não permanência desse tipo de documento nos setores/unidades. O Núcleo de Qualidade da RioSaúde manterá arquivo digital dos documentos antigos para controle e registro histórico das versões.

### 6.12. Gestão dos Documentos

A gestão dos documentos produzidos e recebidos pelo Sistema de Gestão da Qualidade obedecerá à Portaria "N" GI/AGCRJ nº 2, de 31 de janeiro de 2022, que dispõe sobre os procedimentos técnicos referentes às atividades de transferência, eliminação e recolhimento de documentos para utilização dos planos de classificação e das tabelas de temporalidade na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

## 7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

## 8. REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000/2015: Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001/2015: Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro, 2015. BRASIL.
- Presidência da República. Casa Civil. Manual de Redação da Presidência da República, 3ª edição, revista, atualizada e ampliada. Brasília, 2018. 189p.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: CBA, 2020.

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 17/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

- CNI. COMPI. Normalização: Conhecendo e aplicando na sua empresa. 2. ed. Brasília: CNI, 2002. 71p.
- EBSEH, Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. NO 001 - Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade. v.05, 25/09/2017. Belo Horizonte, 2017. 32p.
- EBSEH, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Procedimento Geral – PGHU001 - Elaboração, Controle de Documentos e Registros. São Luís, 2018. 27p.
- EBSEH, Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso. Manual: MN/SVSSP-UGRA/001/2016 - Sistema de Gestão da Qualidade Produção de Documentos. v.01 Campo Grande, 2016. 21p.
- EBSEH, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, PQ/NGQ/001/2015 - Manual de Elaboração e Controle dos Documentos do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ, v. 02. Vitória, 2015.  
10p.
- FARIA, José Carlos. Administração: Teoria e Aplicações. Pioneira Thomson, 2002. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. Programa para Acreditação de Laboratórios Clínicos – PALC. Norma PALC. Versão 2010. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320101108101701.pdf>. Acesso em 20/08/2011.
- ARQUIVO GERAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Portaria "N" GI/AGCRJ nº 2, de 31 de janeiro de 2022. [Dispõe sobre os procedimentos técnicos referentes às atividades de transferência, eliminação e recolhimento de documentos para utilização dos planos de classificação e das tabelas de temporalidade na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro]. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Executivo, Rio de Janeiro, ano 35, n. 223, p. 10-13, 1 fev. 2022.
- EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Portaria "N" nº 4, de 26 de abril de 2022. [Torna públicos os instrumentos técnicos de gestão de documentos finalísticos da RioSaúde]. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Executivo, Rio de Janeiro, ano 36, n. 28, p. 75-90, 28 abr. 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). Decreto RIO nº 53.907, de 31 de janeiro de 2024. Divulga o Plano de Classificação de Documentos - PCD e a Tabela de Temporalidade de Documentos - TTD, para a

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 18/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

implementação da Gestão dos Documentos de Atividades-meio da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - PCRJ. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Executivo, Rio de Janeiro, ano 37, n. 218, p. 3-14, 1 fev. 2024.

## 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Não se aplica.

## 10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

| Versão | Alteração  | Data       | Elaboração/Revisão          | Verificação           | Aprovação             |
|--------|--|------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 00     | Emissão inicial  | 09/08/2016 | Vânia<br>Rochedo            | Assessor<br>do NQ     | Diretor<br>Presidente |
| 01     | Item 6.5- inclusão dos procedimentos padrão no site. Item 6.6- inclusão dos prazos para verificação e aprovação dos procedimentos padrão.  | 24/05/2017 | Vânia<br>Rochedo            | Assessor do<br>NQ     | Diretor<br>Presidente |
| 02     | Revisão do processo para liberação de Procedimento Padrão;<br>Atualização dos endereços dos diretórios;<br>Estabelecimento dos prazos para cada estágio;<br>Inclusão dos anexos. | 01/12/2017 | Ana Carolina<br>Vasconcelos | Coordenadora<br>do NQ | Diretor<br>Presidente |
| 03     | Atualização da codificação dos procedimentos padrão;<br>Inclusão dos superintendentes;<br>Inclusão do item 6.8.<br>Cancelamento de Procedimentos Padrão                          | 07/02/2019 | Jessica<br>Ricão            | Coordenadora<br>do NQ | Coordenadora<br>do NQ |

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 19/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |

|    |   |            |  |                    |                    |
|----|---|------------|--|--------------------|--------------------|
| 04 | Inclusão da codificação I-Segurança do Paciente, no item 6.1.1. Codificação dos POPs; Alteração da codificação F-02 de "A definir" para "Centro Cirúrgico" no item 6.1.2. Codificação dos PEPs.   | 12/07/2019 | Jessica Ricão                          | Coordenadora do NQ | Coordenadora do NQ |
| 05 | - Inclusão da codificação J-Núcleo de Termo de Referência, no item 6.1.1. Codificação dos POPs; Inclusão das Diretorias Jurídica, de Planejamento e de Integridade, 6.5.3. Aprovação de Procedimento Padrão   | 16/03/2020 | Jessica Ricão                          | Coordenadora do NQ | Coordenadora do NQ |
| 06 | Reestruturação sistêmica do documento POP H-01-01 – Elaboração de Procedimentos Padrão.   | 13/05/2022 | Zorahyde Pires<br>Cristiane<br>Pacheco | Luciana Krull      | Dr. Roberto Rangel |
| 07 | Alteração da codificação para NOR.NQ.001. Ajustado os seguintes itens: Abrangência; Definições; Responsabilidades; Estrutura do Documento; Formatação dos Documentos; Resumos de revisões; Aprovações; Elaboração e Aprovação dos Documentos; Controle dos Documentos; Publicação dos Documentos; | 01/06/2023 | Cristiane Pacheco<br>Wesley Santos     | Alessandrée Lopes  | Dr. Roberto Rangel |

**NORMA**

| <b>Nº DOCUMENTO</b>  | <b>DATA</b> | <b>REVISÃO</b> | <b>PÁGINAS</b> |
|--|-------------|----------------|----------------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025     | 04/2029        | 20/26          |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |             |                |                |

|    |   |            |                   |                   |                    |
|----|---|------------|-------------------|-------------------|--------------------|
|    | Revisão dos Documentos;<br>Cancelamento dos Documentos;<br>Referências. Atualização do Anexo II - Fluxograma de Aprovação dos Documentos. |            |                   |                   |                    |
| 08 | Atualização do item 5.4 e revisado o Anexo I – Norma Zero.  | 09/01/2025 | Cristiane Pacheco | Alessandrée Lopes | Dr. Roberto Rangel |

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 21/26   |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

## 11. ANEXOS

### 11.1. Anexo I – Norma Zero



RioSaúde

TIPO DO DOCUMENTO

NOME DO DOCUMENTO

RIO DE JANEIRO, 2025

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 22/26   |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**

| TIPO DE DOCUMENTO<br><small>(PREENCHER COM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, ROTINAS, POLÍTICAS, NORMAS, PROTOCOLOS, FLUXOGRAMAS, PLANOS OU MANUAIS)</small> |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| 0000000   | MÊS/ANO | MÊS/ANO | 2/5     |

**TÍTULO DO DOCUMENTO**

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo X

| RESUMO DE REVISÕES |                 |                 |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| MÊS/ANO            | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
|                    | Emissão Inicial |                 |
|                    | Versão          |                 |

| APROVAÇÕES         |        |  |                     |                       |
|--------------------|--------|--|---------------------|-----------------------|
| ELABORAÇÃO/REVISÃO | CHEFIA | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | PRESIDÊNCIA/DIRETORIA |
|                    |        |  |                     |                       |

VERSÃO CORRENTE PARA CONSULTA DISPONÍVEL NA ÁREA PÚBLICA DO SERVIDOR DA RIOSAÚDE. DOCUMENTO IMPRESSO EM 07/04/25

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 23/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |



| TIPO DE DOCUMENTO<br>(PREENCHER COM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, ROTINAS, POLÍTICAS, NORMAS, PROTOCOLOS, FLUXOGRAMAS, PLANOS OU MANUAIS) |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| 000000   | MÊS/ANO | MÊS/ANO | 3/5     |
| <b>TÍTULO DO DOCUMENTO</b>   |         |         |         |

**1. INTRODUÇÃO**

Descrever uma breve introdução do assunto abordado.

**2. OBJETIVO**

Descrever o objetivo do documento.

**3. ABRANGÊNCIA**

Citar a(s) unidade (s) envolvidas no documento.

**4. DEFINIÇÕES E SIGLAS**

**4.1. Definições**

Listar os termos que necessitam de definição para melhor entendimento.

**4.2. Siglas**

Listar todas as siglas usadas no texto fornecendo seu significado.

**5. RESPONSABILIDADES**

Listar as principais atividades e os cargos que tem a responsabilidade de executá-las.

| ATIVIDADE | RESPONSABILIDADE |
|-----------|------------------|
|           |                  |
|           |                  |

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 24/26   |
| <b>NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS</b> |         |         |         |



| TIPO DE DOCUMENTO<br><small>(PREENCHER COM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, ROTINAS, POLÍTICAS, NORMAS, PROTOCOLOS, FLUXOGRAMAS, PLANOS OU MANUAIS)</small> |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| 000000  | MÊS/ANO | MÊS/ANO | 4/5     |
| <b>TÍTULO DO DOCUMENTO</b>  |         |         |         |

**6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Descrever as atividades envolvidas no documento em questão.

**7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Listar os formulários e/ou documentos relacionados ao documento, caso aplicável.

**8. REFERÊNCIAS**

Relacionar as referências utilizadas para a elaboração do documento, bem como as exigências legais (legislações, resoluções, portarias) utilizadas para a elaboração do documento, caso aplicável.

**9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO**

Tópico elaborado pela Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, caso aplicável.

| Tipo Documental | Código de Classificação | Série Documental | Classificação de Acesso | Prazo de Guarda  |                       | Destinação |
|-----------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|------------|
|                 |                         |                  |                         | Arquivo Corrente | Arquivo Intermediário |            |
|                 |                         |                  |                         |                  |                       |            |

**10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR**

Modificações realizadas durante o processo de revisão do documento anterior, caso haja.

| Versão | Alteração | Data | Elaboração/Revisão | Validação | Aprovação |
|--------|-----------|------|--------------------|-----------|-----------|
|        |           |      |                    |           |           |

**NORMA**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| NOR.NQ.001   | 04/2025 | 04/2029 | 25/26   |

**NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS**



| TIPO DE DOCUMENTO<br>(PREENCHER COM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, ROTINAS, POLÍTICAS, NORMAS, PROTOCOLOS, FLUXOGRAMAS, PLANOS OU MANUAIS) |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO   | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| 000000   | MÊS/ANO | MÊS/ANO | 5/5     |
| TÍTULO DO DOCUMENTO  |         |         |         |

**11. ANEXOS**

Inserir os anexos do documento, caso aplicável.

**11.1. Anexo X**

**11.2. Anexo II – Fluxograma de Aprovação dos Documentos**

**Fluxograma de Aprovação dos Documentos RioSaúde**

