

POP OUV	003	- PÁG.:	1/10	EMISSÃO:	29/04/2021	REVISÃO Nº	01 _: 03/05/2023
---------	-----	---------	------	----------	------------	------------	----------------------------

1. OBJETIVO:

Ser um canal de comunicação que humanize as relações entre a sociedade e o Estado, acolher o usuário e suas manifestações, as quais são classificadas em: **elogio, sugestão, solicitação, informação, reclamação e denúncia** do Complexo HCFMB e Unidades Externas. Igualmente contribuir com o aperfeiçoamento dos atendimentos prestados e dispensar informação com o intuito de educar a comunidade com relação aos seus direitos e deveres.

2. ABRANGÊNCIA:

Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), Pronto Socorro Adulto – Dr. Virgínio José Lunardi (PSA), Pronto Socorro Pediátrico - Prof. Dr. Antonio de Pádua Campana (PSP), Hospital Estadual de Botucatu (HEBO), Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD), Serviço de Ambulatório Especializado em Infectologia – Domingos Alves Meira (SAE) e Casas de Apoio (CA). Público Atendido: Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Suplementar (SS).

3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): não se aplica

3.2. Materiais Específicos para o Procedimento: caderno, caneta, Sistema Ouvidor SES/SP, Sistema Informatizado Hospitalar – MV e Portal de Sistemas HCFMB.

4. **PROCEDIMENTOS:**

4.1. Retirar os formulários de manifestação das **Caixas de Manifestações** localizadas no Complexo HCFMB e Unidades Externas;

4.2. Levar as chaves para abertura dos cadeados e os **Formulários Impressos** correspondentes a Unidade em questão;

4.3. Para a retirada dos formulários nas **Caixas de Manifestações** localizadas nas Unidades Externas fazer o requerimento de transporte no Sistema Informatizado Hospitalar MV – **Módulo Transporte** – inserir login e senha, clicar em (ok), **Centro de Custo** (5), **Setor** (Ouvidoria), **Cidade** (Botucatu), **Saída** (data e hora), **Retorno** (data e hora), **Aproveitamento** (não), **Ramal** (3811-6417), **Endereço e Bairro** (da unidade correspondente), **Visitar, Reunião, Serviços** (Sim), **Justificativa** (realizar a retirada dos formulários preenchidos pelos usuários e realizar a reposição de formulário). Clicar em **Cadastro**.;



4.4. Aguardar abrir uma nova página – <u>Dados do Usuário</u>, **Nome** (inserir o nome do funcionário que fará a retirada dos formulários conforme escala), **Ponto de Partida** (Outros), **Endereço de Saída** (Núcleo de Transportes), **Bairro de Saída** (HCFMB), **Celular** (número do funcionário). Pular para **Dados do Veículo** (Carro Comum), clicar em **Cadastrar, Finalizar Pedido**, clicar em **Gerenciar Requisições** e verificar se a requisição foi realizada. Comparecer no Núcleo de Transportes na data e 5 minutos antes do horário de partido munido com os formulários impressos e com as chaves das caixas de manifestações. Cumprimentar o motorista (bom dia! boa tarde! E tratar com cordialidade e respeito. Qualquer ocorrência comunicar a Chefia Mediata;

a de Transportes ndo: ENOLTYEIRA - 0 IEC.INSINICIES In de surlagementides requisições com mante de 30 hares UTETS. Por exemple, não será possivel faror uma requisição pro segundo feira na serto feira. Case tonhe alguma explincia entrar em centat es e finado de semane NAO são considerados baras uteto. PERMITERA "VIACEM" PARA BOTUCATU E O ÉCONE VISITA/REUNIÃO/SERVIÇOS DEVERÃ SER UTILIZADO PARA COMPRONESSOS SOMERTE EM BOTUCATU, SE ESTE FOR EM OUTBO MUNICÉRIO, SELECO PREMITERA "VIACEM" PARA BOTUCATU E O ÉCONE VISITA/REUNIÃO/SERVIÇOS DEVERÃ SER UTILIZADO PARA COMPRONESSOS SOMERTE EM BOTUCATU, SE ESTE FOR EM OUTBO MUNICÉRIO, SELECO PREMITERA "VIACEM" PARA BOTUCATU E O ÉCONE VISITA/REUNICADO ENVERÃ SER UTILIZADO PARA COMPRONESSOS SOMERTE EM BOTUCATU, SE ESTE FOR EM OUTBO MUNICÉRIO, SELECO	1253 cam + 1
NEW ENDELTYPEIRA - 0 MEXAMENDED IN COMMINICAN IN AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	com o 1 NAM VII
NR COMPARIENT In adds under the particulate requiring the continuences of a 20 harres UTEEN. For example, also san's possivel fairer and requiring to pro sequends -foirs an senter-foirs. Case tanks alguma sequences entry on contact on fairs do assess Mol take consideration haves which. PRENETTION "VIACEN" PARA BOTUCATUR O ÉCONT VISITA/REUNDÁO/SERVIÇON DEVERĂ SER UTILIZADO PARA COMPROMISSION SOMENTE EN BOTUCATU, SE ESTE FOR EN OUTBO MUNICÍPIO, SELECTO reversances not	
In allo sorbig permittides requirições com manes de 30 hares UTES. Por exemple, año sant possível farer ema requirição pro sequeda-feira na sexta-feira. Caso tenha alguma urgineia entrar em contat n e finata de semana KAO sila considerados hares utels. PERMETERA "VIACEM" PARA BOTUCATU E O ÉCOME VISITA/REUNIÇÕE DEVERĂ SER UTILIZADO PARA COMPROMISSOS SOMENTE EM BOTUCATU, SE ESTE FOR EM OUTRO MUNICÍPIO, MLECU rev Requiridas	
new Response, Land Control of Con	
PROFESSION AND ADDRESS AND ADDRESS ADDRE	
LINING DECOM	
CIDADE DE DESTINO: Selectore *	
REFERENCE AND ADDRESS OF ADDRESS	
TTLEFORE RANAL	
TIPO IDA O VOLTA O BOA E VOLTA	
ENDERFOR	
84/880	
WEAT A MERINA A MERINA SEA	
EXAMPLE EXTERNOL	
KTAA/TRANSPERÉNCIAR/CRANESE C SIN B SAD	
VIALEN N KAO	
NOS (DOCUMENTOS, MATERIARI) _ SIM * NÃO	
2011 PERMIT	

Aprovação da Superintendência: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho



POP OUV 00	13 - PÁG.:	3/10	EMISSÃO:	29/04/2021	REVISÃO N°	01	. 03/05/2023
------------	-------------------	------	----------	------------	-------------------	----	--------------

4.5. Ao chegar na Unidade cumprimentar a Equipe da Recepção (bom dia! Boa tarde!) apresentar-se como funcionário da Ouvidoria-Geral e comunicar que fará a retirada dos formulários e irá repor com novos formulários. Ao final da retirada, informar que já realizou a retirada;

4.6. Após a retirada dos **formulários impressos** ler e verificar se consta todos os dados do paciente como: nome completo do paciente e/ou PEP e telefone para contato, e fazer a transcrição do conteúdo descrito pelo usuário;

4.7. Sendo **Carta, Ofício ou Memorando** ler conferir se consta todos os dados do paciente como: nome completo do paciente e/ou PEP e telefone para contato;

4.8. Formulário Impresso, Carta, Ofício (documento externo de alguma instituição) e Memorando (comunicação interna) as etapas são as mesmas, sendo entregues pelo Núcleo de Protocolo via malote;

4.9. Verificar o conteúdo da manifestação e extrair as informações possíveis (**O quê?** = o fato ocorrido; **Quem?**= personagens envolvidos; **Quando?**= momento do fato; **Onde?**=o local do fato; **Como?**=o modo como ocorreu; e **Por quê?**=o que motivou o fato. Na falta de dados ou ausência de informações que elucidam o fato, entrar em contato para compreender a situação relatada;

4.10. Avaliar se o fato é pertinente ao Complexo HCFMB e Unidades Externas, se **Sim**, iniciar processo para o registro de manifestação no Sistema Ouvidor SES/SP;

4.11. Fazer Sondagem conforme POP 07;

4.12. Efetuar Materialidade conforme POP 08;

4.13. Após realizado a **Sondagem** e **Materialidade** abrir o S**istema Informatizado Hospitalar** – **MV Produção**, <u>Sistema Hospitalar</u>, Inserir Usuário e Senha, clicar em entrar, Selecionar **Cadastro do Paciente**, Clicar em Pesquisar (lupa), Colocar o código (PEP) e clicar em pesquisar, caso não tenho o PEP digitar o nome completo do paciente entre % (%maria%jose%silva%) e clicar em executar (\checkmark). Confirmar com o usuário os dados, caso estejam desatualizados orientar para procurar a Central de Alta Hospitalar (CAH) para atualizar;



obdanio e ben		
Entre com	seu usuário e Senha	
Usuário:		
Senha:		
Empresa:	Selecione	~

Aprovação da Superintendência: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho

FMB	PROCI DA OU POP OUV MANIFESTAÇ	EDIM JVIDO 003 RI ÃO, OFÍCIO		DS OPE GERAL TO DA MANIFE ANDO - MÓDU	RACION - HCFN stação do usu jlo protocola	IAIS PA IB ário (entrad da - sistema (ADRÃ	CAIXA SES/SP)	
DP OUV	003	- PÁG.:	4/10	EMISSÃO:	29/04/202	1 REVISÃO	D N° 01	L : 03/	05/2023
MV: Gestão Hospitalar - Cent Brows D Não seguro http://172.20.11 SOULINV INTERNAÇÃO	er 00.147/internacao/flex/Ag	ppletlessRunner.html	?t=1676572722625#	≠app=12a0&22e8-selectedIr	ndex=1	Empresa: 1 - HOSP. D. 16/02/20:	S CLIN. DE BOTUCATU (PROD 13 15:38:43 15:39:09 INTI	NUCAO) RENATA MARIA DE O ER-2019.33.0.1TS-RELEASE	LIVEIRA rc_BR 3 ?
P X FAVORITOS «	Portal Cadastro de	Pacientes ×	* E.						
Pré-Atendimento Externo Pré-Atendimento Externo Pré-Atendimento Externo Pré-Atendimento Internação AGENDAMENTO externo	• + 0	fdentificação Código No Apelido Nome da Mãe	me	Nome do Pai	Nome So Est	dal Dt. Nascimento Idade	Sexo Non	Cor ne do Cônjuge	Data do Cadastro 16/02/2023 III T. Sang Doador?
OUVIDORIA Prestadores Cadastro de Paciente Manutenção de Agendamentos	Informações Cadastrais Dados Pessoais Co Documentos Matrícula SAME	mplementos Perfil Idi	de Alerta e Indicação	Dados Financeiros e do Tutor Óroão Emisso	Informações Complementares	dor	CPF	Nr Registro	
Consulta Atendimento Movimentação do Atendimento Recepcao REGISTRO	Tp. Registro Ca Endereço Cep Ender	rteira Nacional de Saúde	Declaração de Nasci	do Vivo Cartório		Livro Número Complemento	Folha	Ender	2t. Emissão
-	Bairro UF Contato	Cód. Pai	s Nome do País		Gdade			IBGE	
FAVORITOS Faturamento Distribuído de Co	(DDI) (DDD) T E-mail	elefone	(DDI) (DDD) Celular	(DDI) (DDD) Fone Comerc	ial Desejo receber notificação via SMS			
/Saude Atendimento			2 - Detalhar 3 - Obs	ervação	7 - Imprimir Ficha 8 - Matrículas SAME Restrição de Visita	9 - Motivo Contato			
Clínica e Assistencial S S 11 B 2 -	Digitar o Código do Paciente					Registro: 1/1	ADMPAC/CAD_PAC		

4.14. Abrir simultaneamente o Sistema Ouvidor SES/SP (https://ouvidorses.sp.gov.br), inserir usuário e senha;

Sistema Ouvidor SES/SP - Oficial. Resolução SS - 31, de 06-04-2018.	
OUVIDORIA DA SAÚDE C	
Usuário Senha 🛛 🕹	
Não sou um robô reCAPTCHA Practase - Terrisos Logar no Sistema	ENB

Aprovação da Superintendência: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho



POP OUV	003	- PÁG.:	5/10	EMISSÃO:	29/04/2021	REVISÃO Nº	01 _: 03/05/2023
---------	-----	---------	------	----------	------------	------------	----------------------------

4.15. Acessar **Módulo Atendimentos**, <u>Novo Atendimento</u>, Clicar em **Novo**, Preencher todos os campos requisitados: **Data** (data de abertura da manifestação); **Serviço de Saúde** (SUS, Particular ou Convênio); **Informante** (Usuário, Anônimo, Acompanhante – colocar os dados solicitados do acompanhante); **Tipo** (Carta/Urna) o sistema usa o termo urna, mas usamos **caixa de manifestação**, e para casos de ofício e memorando escolhemos essa opção também], E-mail, Mídia Eletrônica, Outro Sistema, Pessoal e Telefone); **Sigiloso** (sim ou não);

Usuário Log	I Ouvidor SES/SP Igado : Renata Maria Oliv	- Unidade o ^{/eira}	de Saúde : I	HC BOTUCATU -	UNESP					687
	Atendimentos	Descrição de N	Antivos A	vnexos Encaminha	mentos Acompanhamentos	Pesquisar Suport	e Relatórios	Gerenciamento Sair	Ajuda	
Atendimento	Novo Atendimento									
	Não Protocolada									
	Recebidas Ministério Púb	lico								
	Recebidas Ministério da S	Saúde			+ Novo					
	Recebidas O.G.E				_					
	Recebidas via Aplicativo	remmento	Sigilo Data	Nome	Tino	Manifestação inserida r	por: Protocolar	Sem Efeito Imprimir		
		Atendimentos	Descrição de Mo	otivos Anexos	Encaminhamentos Acompanhamentos	Pesquisar Suporte	e Relatórios Gere	enciamento Sair Ajuda		
Novo Ate	endimento ×									
			_							
				INCLUSÃO - ATEND	IMENTO DE MANIFESTAÇÃO		13/02/2023			
				INCLUSÃO - ATEND	VIMENTO DE MANIFESTAÇÃO	slar	13/02/2023			
	_	_		INCLUSÃO - ATEND	IMENTO DE MANIFESTAÇÃO	Tipo •	13/02/2023 Atendimento			
				INCLUSÃO - ATEND	DIMENTO DE MANIFESTAÇÃO	Tipo •	13/02/2023 Atendimento		2	

4.16. Localizar Usuário (clicar na lupa) abrirá janela requerendo – Nome (sempre do paciente – copiar e colar do Cadastro Sistema MV), clicar em pesquisar abrirá a função **Novo** (antes de abrir <u>novo cadastro</u> verificar se o paciente não tem cadastro, colocar o nome completo do paciente e clicar em pesquisar). Na condição de já haver **cadastro**, seguir para a <u>ação 17</u>, ou seguir a sequência e inserir os dados solicitados (**Nome, Nome Social**, se sim, colocar o nome social; **Data de Nascimento, Sexo**: Feminino, Masculino ou Não Informado; **Raça**: Amarela, Branca, Ignorado, Indígena, Não Informada, Parda e Preta; **CPF** (copiar e colar do Cadastro Sistema MV), Cartão SUS, **Documento**, selecionar Prontuário (Cartão de saúde)(PEP) e inserir o número; **Pai, Mãe; Possui Alguma Deficiência:** Sim ou Não (Se sim, Qual: Auditiva, Física, Intelectual/Cognitiva ou Visual); **Deseja informar a orientação sexual:** Sim ou Não (Se sim, Qual: Bissexual, Heterossexual ou Homossexual (gay/lésbica); **Deseja informar o gênero?** Sim ou Não (Se sim, Qual: Homem transexual, Mulher transexual ou Travesti); Código de Endereçamento Postal (CEP), **Endereço** acrescentar vírgula (,) e colocar o número da residência); **Cidade; Bairro**, Solicitar para o usuário: **telefone fixo, Celular, Whatsapp, E-mail**; e clicar em **Incluir**;



4.17. Aguardar abrir uma nova tela, clicar em **Selecionar** na linha que consta o nome do paciente cadastrado;

Nome	Data do n	iscimento Mãe	E-mail	Histórico	Consideração
Selecionar RENATA	MARIA DE OLIVEIRA 14/0	4/1981 Ines Maria De	: Oliveira renata_oliveirabr@yaho	oo.com.br 🧃	e

4.18. Preencher o **Envolvido**: abrir a planilha **Rede Nova** (OuvidoriaHC > Pasta Ouvidoria Geral > Atualização > Rede Nova), **procurar o** nome do setor envolvido, selecionar o nome correspondente, copiar e colar no campo **Envolvido**;

4.19. Cidade da Unidade: invariavelmente Botucatu;

4.20. Manifestação na Íntegra (relato narrado pelo usuário e descrito pelo funcionário);

Aprovação da Superintendência: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho

	PROC DA O POP OUV MANIFESTA	CEDI UVI 003 (ção, of	MENT DORIA RECEBIMEN ÍCIO E MEMOR	OS OPE GERAL ITO DA MANIFE RANDO - MÓDU	RACIO - HCF STAÇÃO DO L JLO PROTOCO	DNAIS P MB JSUÁRIO (ENTRA DLADA - SISTEMA	ADRÃ	/CAIXA SES/SP)	HC FMB
POP OUV	003	- PÁC	i.: 7/10	EMISSÃO:	29/04/20		ÃO Nº 0	1 : 03/05	/2023
Sistema Ouvido Usuário Logado : Re	or SES/SP - Unidade nata Maria Oliveira	de Saúde : F	C BOTUCATU - UNE	SP				osta Aluda	687
Novo Atendimento 🗙	Alendinienus	Descrição de inc	INCLUSÃO - ATENDI	MENTO DE MANIFESTA	ÇÃO	13/02/2023	Gerendamento	081	Â
			Data •	+ Incluir Servico Informante	Cancelar Tipo *	Atendimento			
			Sigilo Não 🗸	Localizar Usuári	• •				
			Envolvido -		Cidade da Unid	ade *			
			Exemplo: Hospital, Posto de Sa	úde, etc Manifestaçã	o na Íntegra	•			
Secretaria do Estado da Saúde da S	žo Paulo		Como deseja receber a r O E-mail O Telefone O F Todos direit	isposta ? iessoalmente O Correios os reservados à Secretaria de	Respondo O Usuário Estado da Saúde de São Pau	or para o O Acompanhante lo - Versão 9.0		Cannad	

4.21. Abrir **Modelo Cabeçalho** (localizado na pasta em rede Ouvidoriahc >Pasta Ouvidoria Geral > Atualização > Modelos), digitar a narração do usuário, preencher/alterar as informações em vermelho; verificar ortografia e gramática, e não usar abreviatura, caso use descrever; copiar e colar o texto na caixa **Manifestação na Íntegra**;

4.22. Preencher – <u>Como deseja receber a resposta?</u> Indicar as opções - (E-mail, Telefone, Pessoalmente ou Correios) ;

4.23. Preencher: **Responder Para** – (<u>Usuário – Acompanhante</u>), indicar as opções e clicar em **Incluir**;

4.24. Após o registro incluído é gerado **Número de Protocolo** que pode ser localizado na listagem **Novo Atendimento –** <u>Atendimento</u> (manifestações abertas);

4.25. Meio de canal disponibilizado pelo usuário **telefone**: ligar e solicitar para o usuário caneta e papel e comunicar ao usuário o **Número de Protocolo** e **Prazo de Retorno** (contar 20 dias corridos a partir da data de registro);

4.26. Despedisse e desejar: Bom dia! Boa Tarde! Melhoras para ele ou para o paciente caso a situação relatada requeira;

4.27. Meio de canal disponibilizado pelo usuário **e-mail**: acessar o e-mail: **ouvidoria.hcfrmb@ unesp.br**, inserir a senha, clicar em escrever, **Para** (digitar endereço de e-mail do usuário), **Assunto** (Notificação Recebimento Manifestação e Comunicação Número de Protocolo), Corpo E-mail (seguir modelo – e-mail notificação recebimento manifestação localizado na pasta em rede Ouvidoriahc > Pasta Ouvidoria Geral > Atualização > Modelo de e-mail para registro;



4.28. Manifestação com o **Grau de Prioridade Alto** (seguir a observação "**E**" deste POP) devese notificar o **Núcleo de Monitoramento** para envio da manifestação o mais breve possível.

5. CONTINGÊNCIA:

Não se aplica.

6. OBSERVAÇÕES:

a) O que é manifestação?

É qualquer expressão ou opinião apresentada pelo usuário a respeito de políticas ou serviços prestados pela administração estadual: denúncia, elogio, informação, reclamação, solicitação e sugestão.

b) Como as manifestações são classificadas?

• **Denúncia**: Indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração e/ou por entidade pública ou, privada.

• Elogio*: Demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pela administração pública.

• Informação: Faz questionamento a respeito do serviço público.

• **Reclamação**: Relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.

• Solicitação* = Embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços.

- Sugestão= Propõe ação considerada útil à melhoria do serviço.
- *Não é permitido sigilo ou anonimato.

c) O que é manifestação sigilosa?

• Sigilo – "coisa ou fato que não se pode revelar ou divulgar; segredo". Na manifestação sigilosa a Ouvidoria deve manter sigilo quanto à identidade do manifestante conforme a Lei nº 13.709/2018 – Lei de Proteção de Dados Pessoais.

d) O que é manifestação anônima?

• Anônimo – "que não tem o nome ou a assinatura do criador; sem autoria". Na manifestação anônima a Ouvidoria desconhece por completo o manifestante e/ou o nome do paciente.



REVISÃO N°

e) Grau de Classificação das Manifestações x Prazo de Resposta:

 Baixo (Prazo para resposta = 15 dias): reclamação de funcionário, elogio de funcionário, sugestão, solicitação de antecipação de consulta e solicitação de antecipação de exames.

 Médio (Prazo para resposta = 10 dias): laudo de exames, laudo médico, documentos(cópia, preenchimento de Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI), falta de vaga de consulta, falta de vaga de exames e situações que tenham prazo.

• Alto (Prazo para resposta = 5 dias): aguarda leito PSA, PSP, PSR, Central de Alta Hospitalar (CAH), Pronto Atendimento da Mulher (PAM) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), qualquer ocorrência com o paciente internado, cirurgia cancelada, falta de assistência e informações no PSA, PSP e Pronto Socorro Referenciado (PSR) falta de material, aparelhos quebrados, receita médica, atestado médico e erro de agendamento e extravio de objetos.

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO: 7.

7.1. Autores: Cristina Aparecida de Oliveira Castro, Renata Maria de Oliveira e Sheila Luana Sales Abrantes Tancler.

7.2. Revisores: Renata Maria de Oliveira.

- PÁG.:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 8.

- BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências.

 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ouvidoria Geral do SUS. Manual das Ouvidorias Públicas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

- SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 60.399, de 29 de abril de 2014. Dispõe sobre a atividade das Ouvidorias instituídas pela Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999. São Paulo: São Paulo, 2014.

- SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre a proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado.São Paulo: São Paulo, 1999.

 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ouvidoria Central. Manual do Sistema Informatizado Ouvidor SES. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2015.

- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ouvidoria Central. Diagrama de Atividades do Sistema SES Ouvidor On-line. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2018.

- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SS – nº 31/2018. Dispõe sobre a obrigatoriedade do uso do Sistema Ouvidor SES/SP online para gerenciamento das manifestações apresentadas nos serviços de Ouvidoria vinculadas à SES/SP e dá providências correlatas. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2018.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - Unesp Campus de Botucatu | CEP: 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil | Tel.: (14) 3811-6004 - (14) 3811-6000 **PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRAO DA OUVIDORIA GERAL - HCFMB** 003 RECEBIMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO USUÁRIO (ENTRADA: CARTA/CAIXA POP OUV MANIFESTAÇÃO, OFÍCIO E MEMORANDO - MÓDULO PROTOCOLADA - SISTEMA OUVIDOR SES/SP) REVISÃO N° 01 : 03/05/2023 POP OUV 003 29/04/2021 - PÁG.: 10/10 EMISSÃO: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO 9. HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDAD Mirio Rubens Guimaries Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail gualidade.hcfmb@uresp.br TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO 1.1.Título: POP OUV 03 – RECEBIMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO USUÁRIO (ENTRADA: CARTA/CAIXA MANIFESTAÇÃO, OFÍCIO E MEMORANDO – MÓDULO PROTOCOLADA – SISTEMA OUVIDOR SES/SP) 1.2. Área Responsável: OUVIDORIA GERAL 1.3. Data da Elaboração: 29/04/2021 – Total de páginas: 12 – Data da Revisão: 03/05/2023 Número da Revisão: 01 1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo: NOME ASSINATURA SETOR Renata Maria de Oliveira Ouvidoria Thive 2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO): Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP OUV 03 - RECEBIMENTO DA MANIFESTAÇÃO DO USUÁRIO (ENTRADA: CARTA/CAIXA MANIFESTAÇÃO, OFÍCIO E MEMORANDO - MÓDULO PROTOCOLADA - SISTEMA OUVIDOR SES/SP). Também autorizo a exposição do meu nome completo. a Awartes Tancler Assinatura: Data: 10,00,2028 Diretoria: Sheila Luana Sales Abrantes Tancler Assinatura: Data:11/05/23 Superintendente: Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho