**ELABORAÇÃO: CÁSSIA MANFREDINI**

| VERSÃO | DESCRIÇÃO | DATA |
|---|---|---|
| 1 | PRIMEIRA VERSÃO DO DOCUMENTO NO SISTEMA QUALIS. | 10/02/2015 |
| 2 | 2. REFERENCIAS:<br>RETIRADO "NORMAS GERAIS"<br>ALTERADO O TÍTULO DO ITEM 6.2 PARA "ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE AVALIADORES DURANTE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO"<br>6.3.2 SUBSTITUÍDO A LETRA "E" POR "AS PARTES ENVOLVIDAS ESTABELECEM O CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE AVALIAÇÃO PARA ACREDITAÇÃO."<br>INSERIDOS NA LETRA "A" E "B" DO ITEM 6.3.3 "NO SISTEMA ONA INTEGRARE".<br>EM 6.3.4 SUBSTITUÍDO A LETRA "B" POR "É DE RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA CREDENCIADA GARANTIR A VERACIDADE DE TODAS AS INFORMAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA ONA INTEGRARE, ANTES DA EFETIVAÇÃO DO AGENDAMENTO DA VISITA."<br>INSERIDO LETRA "D": "NO MOMENTO DO AGENDAMENTO A INSTITUIÇÃO ACREDITADORA DEFINE A EQUIPE DE AVALIADORES E O AVALIADOR LÍDER."<br>RETIRADO DA LETRA "L" "..., ASSIM COMO REGISTRAR FORMALMENTE QUANDO DO CANCELAMENTO DE UMA VISITA AGENDADA." E INSERIDO "A ONA PODERÁ REGISTRAR AS DIVERGÊNCIAS COMO NÃO CONFORMIDADE À RESPECTIVA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA, NO SISTEMA QUALIS."<br>EM 6.3.6 ALTERADO LETRA "B" PARA "O AVALIADOR LÍDER DEVE ANEXAR O PLANEJAMENTO DA VISITA PARA A ORGANIZAÇÃO, SERVIÇO OU PROGRAMA DA SAÚDE NO SISTEMA ONA INTEGRARE EM ATÉ 2 DIAS CORRIDOS ANTES DO PRIMEIRO DIA DA VISITA."<br>NA LETRA "D" SUBSTITUÍDO " A METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO" POR "TIPO DE AVALIAÇÃO".<br>LETRA "E" AJUSTA FINAL DO PARAGRAFO PARA "CABE AO AVALIADOR LÍDER AJUSTAR O PLANO DE VISITA ANTES DE INICIAR A AVALIAÇÃO."<br>EM 6.3.9 FOI INSERIDO LETRA "M" ALTERADO PARA "NÃO SENDO CUMPRIDOS OS REFERIDOS PRAZOS, POR MOTIVOS DESENCADEADOS PELA IAC, A ONA PODERÁ REGISTRAR UMA NÃO CONFORMIDADE A RESPECTIVA IAC, NO SISTEMA QUALIS."<br>NO ITEM 6.3.10 ALTERADO LETRA "C" PARA "PARA REALIZAR A REVISITA, A EQUIPE DE AVALIADORES DEVE SER COMPOSTA PELA QUANTIDADE MÍNIMA DE AVALIADORES CONFORME O PERFIL DA ORGANIZAÇÃO, SERVIÇO OU PROGRAMA DA SAÚDE (ESTABELECIDO EM NORMA PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICA) E O AVALIADOR LÍDER DA VISITA INICIAL."<br>RETIRADO LETRAS "D", "E" E "F".<br>LETRA "I" ALTERADO PARA "NÃO SENDO CUMPRIDOS OS REFERIDOS PRAZOS, POR MOTIVOS DESENCADEADOS PELA IAC, A ONA PODERÁ REGISTRAR UMA NÃO CONFORMIDADE A RESPECTIVA IAC, NO SISTEMA QUALIS." | 14/06/2016 |

CÓPIA CONTROLADA

| | | |
|---|---|---|
| **3** | **ALTERAÇÃO NO ITEM 6.3.4C:**<br>**PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE NÍVEL 1, NÍVEL 2 OU NÍVEL 3, PODERÃO SER ACOMPANHADOS POR UM OBSERVADOR ONA, MEDIANTE SELEÇÃO RANDOMIZADA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ONA.**<br>**ALTERAÇÃO NO ITEM 6.3.4D:**<br>**OS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO COM A IMINÊNCIA DE CONQUISTA DO RESULTADO DE ACREDITADO COM EXCELÊNCIA – NÍVEL 3, PELA PRIMEIRA VEZ, SERÃO OBRIGATORIAMENTE ACOMPANHADOS POR OBSERVADOR ONA. A SOLICITAÇÃO DE UM OBSERVADOR ONA É REALIZADA PELA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA E O NOME DO OBSERVADOR ONA ESCALADO DEVE CONSTAR NAS INFORMAÇÕES DO AGENDAMENTO DA VISITA NO SISTEMA ONA INTEGRARE.** | **05/12/2016** |
| **4** | **ALTERADO ITEM 6.3.4 LETRA "C" PARA:**<br>**C. PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE NÍVEL 1, NÍVEL 2, NÍVEL 3 OU MANUTENÇÃO, PODERÃO SER ACOMPANHADOS POR UM OBSERVADOR ONA, MEDIANTE SELEÇÃO RANDOMIZADA.**<br><br>**EXCLUÍDO ITEM 6.3.10 LETRA "A" ITEM III:**<br>**III. A VISITA INICIAL NÃO TENHA SIDO ACOMPANHADA POR OBSERVADOR ONA E QUE A RECOMENDAÇÃO DE RESULTADO DESTA AVALIAÇÃO SEJA NÍVEL 3. A REVISITA NESTE CASO DEVE SER OBRIGATORIAMENTE ACOMPANHADA POR OBSERVADOR DA ONA.**<br><br>**EXCLUÍDO ITEM 6.3.17 "D":**<br>**D. HOMOLOGAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. CERTIFICAÇÕES EM NÍVEL 3 SOMENTE SERÃO HOMOLOGADAS PELA ONA SE A VISITA INICIAL OU A REVISITA TENHA SIDO ACOMPANHADA POR OBSERVADOR DA ONA.**<br>**INCLUSÃO DOS ITENS "IV; V" DO ITEM 6.3.12**<br>**IV. INDICAÇÕES DA EQUIPE DE AVALIADORES QUANTO A NECESSIDADE DE PLANO DE AÇÃO OU OUTRAS RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE AVALIADORES.**<br>**V. A LISTA DE PRESENÇA DEVE CONTER A ASSINATURA DE TODOS QUE PARTICIPARAM DA REUNIÃO DE ENCERRAMENTO, INCLUINDO A ASSINATURA DE TODOS OS AVALIADORES DA EQUIPE.** | **10/08/2018** |

| Nome | Cargo |
|---|---|
| **ANDRÉA RIGHI** | **GERENTE DE CERTIFICAÇÃO** |
| **PERICLES CRUZ** | **SUPERINTENDENTE TÉCNICO** |

CÓPIA CONTROLADA

## 1. OBJETIVO

Determinar as diretrizes do processo de avaliação para a acreditação, desenvolvido sob orientação da Organização Nacional de Acreditação.

## 2. REFERÊNCIAS

- Normas Orientadoras
- Normas para o Processo de Avaliação
- Manual Brasileiro de Acreditação
- Resoluções do Conselho de Administração da ONA

## 3. APLICABILIDADE

Esta norma se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditadoras Credenciadas, às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, aos Programas de Saúde e Prevenção de Riscos, aos Serviços Odontológicos e aos avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação.

## 4. RESPONSABILIDADES

**Conselho de Administração da ONA**

- Deliberar sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação.
- Definir as taxas de avaliação para a acreditação.
- Homologar os processos de acreditação.
- Homologar os processos de cancelamento de acreditações.
- Deliberar sobre situações não previstas nesta norma.

**Organização Nacional de Acreditação**

- Promover o entendimento desta norma pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas.
- Acompanhar o cumprimento da referida norma pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas.
- Revisar e atualizar a referida norma.
- Divulgar e disponibilizar a referida norma.
- Acompanhar e validar o processo de certificação.
- Emitir o certificado de Acreditação.

CÓPIA CONTROLADA

**Instituições Acreditadoras Credenciadas**

- Cumprir com as determinações da norma.
- Cumprir com as deliberações do Conselho de Administração da ONA.
- Promover o entendimento da norma pelos avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação.
- Promover o entendimento da norma as organizações de saúde, serviços e programas da saúde.
- Garantir que somente organizações, serviços ou programas elegíveis ao processo de acreditação sejam avaliados.
- Assegurar a qualidade da avaliação e do relatório de avaliação para a acreditação.
- Disponibilizar para a ONA as informações sobre os processos de avaliação para a acreditação, sempre que solicitado.

**Comitê de Certificação**

- Analisar tecnicamente o relatório de visita.
- Validar ou não, no âmbito da Instituição Acreditadora Credenciada, o nível de acreditação recomendada pela equipe de avaliadores.
- Cumprir com as determinações da norma.
- Cumprir com as deliberações do Conselho de Administração da ONA.

**Equipe de Avaliadores**

- Planejar a visita para a acreditação.
- Realizar a avaliação para a acreditação.
- Elaborar o relatório de avaliação para a acreditação e emitir o parecer quanto ao processo de avaliação.
- Cumprir com as determinações da norma.
- Cumprir com as deliberações do Conselho de Administração da ONA.

**Organizações de Saúde, Serviços e Programas da Saúde**

- Cumprir com as determinações da norma.
- Cumprir com as deliberações do Conselho de Administração da ONA.
- Realizar o pagamento da taxa de certificação para a acreditação.

## 5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

a. O processo de avaliação para acreditação consiste em um conjunto de atividades inter-relacionadas que verifica, nos diversos processos da organização ou programa de saúde o atendimento aos padrões e requisitos estabelecidos no manual Brasileiro de Acreditação – ONA, específico, e por consequência o nível de acreditação alcançado.

CÓPIA CONTROLADA

b. A conclusão deste processo resulta na acreditação ou não das organizações de saúde, serviços e programas da saúde.

c. As organizações de saúde, serviços e programas da saúde da saúde estão obrigatoriamente vinculadas à Instituição Acreditadora Credenciada escolhida durante o processo de avaliação e durante a vigência da sua condição de acreditado.

d. Todo o processo de acreditação/certificação, avaliadores, clientes, além do gerenciamento dos incidentes e eventos, é gerenciado pelo sistema informatizado ONA Integrare.

## 6. PROCEDIMENTOS

### 6.1. Requisitos de Elegibilidade

São elegíveis à avaliação para a acreditação segundo a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA as organizações de saúde, serviços e programas da saúde que cumprirem com os requisitos determinados nesta norma.

### 6.1.1 Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

São elegíveis à avaliação para a acreditação, segundo a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA as organizações de saúde, serviços e programas da saúde que cumprirem com os seguintes requisitos:

a. Enquadrar-se na definição de Organização Prestadora de Serviços de Saúde, conforme determina a Norma para o Processo de Avaliação específica (NA).

b. Estar legalmente constituída a pelo menos 1 (um) ano.

c. Possuir alvará de funcionamento.

d. Possuir licença sanitária.

e. Possuir licenças pertinentes à natureza da atividade.

f. Possuir registro do responsável técnico, conforme o perfil da Organização Prestadora de Serviços de Saúde.

g. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, no caso do processo de avaliação realizado resultar em Organização Prestadora de Serviço de Saúde não Acreditada, a contar da data da homologação pelo Conselho de Administração da ONA.

h. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, em caso de cancelamento de certificação anterior pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA, a contar da data da homologação do cancelamento, pelo Conselho de Administração da ONA.

i. Para processo de certificação única é necessário:

I. A existência de uma matriz e respectivas filiais

II. As unidades escolhidas para certificação única devem pertencer à mesma Norma para Processo de Avaliação

III. A aplicação de raiz quadrada para avaliação, só poderá ser utilizada quando a Norma para o Processo de Avaliação for aplicável. Não sendo aplicável a Norma para o Processo de Avaliação, todas as unidades deverão ser avaliadas.

IV. Os certificados serão emitidos por unidade inscrita no processo de avaliação.

CÓPIA CONTROLADA

**6.1.2 Programas da Saúde e Prevenção de Riscos:**

a. Enquadrar-se na definição de Programa da Saúde e Prevenção de Riscos, conforme determina a Norma Orientadora específica.

b. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, no caso do processo de avaliação realizado resultar em Programa da Saúde e Prevenção de Riscos não Acreditado, a contar da data da homologação pelo Conselho de Administração da ONA.

c. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, em caso de cancelamento de certificação anterior pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA, a contar da data da homologação do cancelamento, pelo Conselho de Administração da ONA.

**6.1.3 Serviços Odontológicos**

a. Enquadrar-se no conceito de Serviço Odontológico conforme determina a Norma para o Processo de Avaliação específica (NA).

b. Estar legalmente constituído há pelo menos 1 (um) ano.

c. Possuir CNPJ distinto de qualquer Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS).

d. Possuir alvará de funcionamento.

e. Possuir licença sanitária.

f. Possuir licenças pertinentes à natureza das atividades.

g. Possuir registro do responsável técnico conforme perfil do serviço.

h. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, no caso do processo de avaliação realizado resultar em Serviços Odontológicos não Acreditado, a contar da data da homologação pelo Conselho de Administração da ONA.

i. Dispor de prazo superior a 1 (um) ano, em caso de cancelamento de certificação anterior pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA, a contar da data da homologação do cancelamento, pelo Conselho de Administração da ONA.

**6.2 Atribuições e Responsabilidades da Equipe de Avaliadores durante o processo de avaliação:**

**6.2.1 Avaliador Líder:**

O avaliador líder é o responsável final, perante a Instituição Acreditadora Credenciada, pelo processo de avaliação para fins de acreditação, a partir da etapa de Programação da Visita. Deve ter capacidade gerencial e experiência e, deve-lhe ser conferida a autoridade para tomar as decisões finais relativas à condução e a quaisquer observações referentes à avaliação para a acreditação, assim como:

a. Planejar a visita de avaliação para a acreditação, preparar os documentos de trabalho e instruir a equipe de avaliadores.

b. Participar de todas as etapas do processo de avaliação para fins de acreditação.

c. Representar a equipe de avaliadores junto à liderança da organização de saúde, serviço ou programa avaliado.

d. Comunicar e esclarecer as etapas do processo de avaliação para a acreditação para a organização de saúde, serviço e programa da saúde avaliado.

e. Realizar a reunião de encerramento relatando os aspectos relevantes observados durante a visita.

CÓPIA CONTROLADA

f. Relatar à Instituição Acreditadora Credenciada quaisquer fatos importantes encontrados durante a execução da visita.

g. Elaborar o Relatório de Avaliação, junto à equipe de avaliadores, de maneira clara, objetiva e sem atrasos.

h. Apresentar o Relatório de Avaliação para a Instituição Acreditadora Credenciada dentro do prazo, em modelo estabelecido em Norma Orientadora específica.

i. Cumprir com o Manual de Conduta do Sistema Brasileiro de Acreditação, conforme Norma Orientadora específica.

**6.2.2 Equipe de Avaliadores:**

a. Coletar e analisar evidências para a formulação de conclusões relativas organização de saúde, serviço e programa da saúde avaliado.

b. Não reter documentos da organização de saúde, serviço ou programa avaliado.

c. Assegurar que as informações obtidas permaneçam confidenciais.

d. Cooperar com o avaliador líder na elaboração do Relatório de Avaliação.

e. Cumprir com o Manual de Conduta do Sistema Brasileiro de Acreditação, conforme Norma Orientadora específica.

**6.3 Etapas do Processo de Avaliação para a Acreditação:**

O Processo de avaliação para a Acreditação deve ser integralmente cumprido, conforme etapas estabelecidas a seguir.

**6.3.1 Solicitação de Informações:**

a. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde manifesta interesse pelo processo de avaliação para a acreditação junto à Instituição Acreditadora Credenciada de sua preferência.

b. A Instituição Acreditadora Credenciada coleta as informações necessárias da organização de saúde, serviço ou programa da saúde para formular a proposta.

c. A Instituição Acreditadora Credenciada encaminha a proposta à organização de saúde, serviço ou programa da saúde.

d. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde analisa as propostas recebidas segundo as suas necessidades.

**6.3.2 Contratação da Instituição Acreditadora Credenciada:**

a. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde seleciona uma Instituição Acreditadora Credenciada.

b. A Instituição Acreditadora Credenciada solicita os documentos que comprovem a elegibilidade da organização de saúde, serviço ou programa da saúde para o processo de avaliação para a acreditação.

c. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde encaminha os documentos solicitados à Instituição Acreditadora Credenciada.

CÓPIA CONTROLADA

d. A Instituição Acreditadora Credenciada analisa a documentação conferindo a elegibilidade da organização de saúde, serviço ou programa da saúde para o processo de avaliação para a acreditação.

e. As partes envolvidas estabelecem o contrato de prestação de serviço de avaliação para a acreditação.

**6.3.3 Inscrição da Organização de Saúde, Serviço ou Programa da Saúde:**

a. A Instituição Acreditadora Credenciada realiza a solicitação de inscrição da organização de saúde, serviço ou programa da saúde no sistema ONA Integrare. Esta solicitação expira após 15 (quinze) dias corridos, caso não haja a efetivação da inscrição pelo cliente.

b. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde realiza a inscrição ou a atualização da inscrição no sistema ONA Integrare.

c. A Organização Nacional de Acreditação procede com a análise da inscrição da organização de saúde, serviço ou programa da saúde, conforme Norma Orientadora específica. O processo de análise da inscrição realizado pela ONA deve ocorrer em até 2 (dois) dias úteis subsequentes a efetivação da inscrição pelo cliente. Este prazo considera os dias e horários de funcionamento da ONA.

**6.3.4 Agendamento da Visita de Avaliação para Acreditação:**

a. A Instituição Acreditadora Credenciada realiza o agendamento no sistema ONA Integrare, em até 60 (sessenta) dias corridos após a organização de saúde, serviço ou programa da saúde ter sua inscrição ou atualização da sua inscrição validada pela ONA. A disponibilidade do cliente no sistema para agendamento da visita pela Instituição Acreditadora Credenciada expira após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos, sendo necessário reiniciar o processo com nova solicitação de inscrição do cliente.

b. É de responsabilidade da Instituição Acreditadora Credenciada garantir a veracidade de todas as informações registradas no sistema ONA Integrare, antes da efetivação do agendamento da visita.

c. Processos de avaliação de nível 1, nível 2, nível 3 ou manutenção, poderão ser acompanhados por um Observador ONA, mediante seleção randomizada.

d. A ONA informará à Instituição Acreditadora Credenciada, o Observador ONA escolhido para o acompanhamento da visita num prazo máximo de até 72 horas antes do primeiro dia da avaliação.

e. No momento do agendamento a Instituição Acreditadora Credenciada define a equipe de avaliadores e o avaliador líder para a avaliação.

f. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde deve aprovar a equipe de avaliadores definida, verificando possíveis conflitos de interesse.

g. A Instituição Acreditadora Credenciada deve anexar junto ao agendamento da visita, o contrato firmado com o cliente (contrato IAC - Cliente). É de responsabilidade da Instituição Acreditadora Credenciada, garantir que o contrato anexado esteja completo, correto e devidamente assinado, antes da efetivação do agendamento da visita.

h. O contrato em meio físico firmado entre a Instituição Acreditadora Credenciada e o cliente deverá permanecer arquivado na própria IAC e poderá ser solicitado pela ONA a qualquer momento.

i. A visita deve ser agendada com, pelo menos, 15 (quinze) dias de antecedência (período entre a data de agendamento e o primeiro dia de visita). Visitas agendadas no período de 15 (quinze) a 7 (sete) dias de antecedência do primeiro dia de visita geram multa para a Instituição Acreditadora Credenciada, que corresponde a 20% (vinte por cento) do valor de contrato de avaliação para a acreditação. Não são permitidos agendamentos de visitas onde o

CÓPIA CONTROLADA

período entre a data de agendamento e o primeiro dia de visita seja inferior a 7 (sete) dias. Em caso de reagendamento estes prazos também serão considerados.

j. A Instituição Acreditadora Credenciada, após a inserção e confirmação das informações de agendamento da visita, finaliza o processo, passando o mesmo para a análise da ONA.

k. A ONA analisa as informações registradas no agendamento de visita verificando a conformidade das mesmas. O processo de análise realizado pela ONA deve ocorrer em até 2 (dois) dias úteis subsequentes à efetivação do agendamento da visita pela Instituição Acreditadora Credenciada. Este prazo considera os dias e horários de funcionamento da ONA.

l. Caso existam inconformidades no agendamento da visita, a ONA irá invalidar o agendamento justificando o motivo, para que os ajustes sejam realizados pela Instituição Acreditadora Credenciada. A Instituição Acreditadora Credenciada possui 3 (três) dias corridos para realizar os ajustes necessários. Se os ajustes não forem realizados neste prazo e a inscrição submetida novamente à análise da ONA, a visita será cancelada automaticamente, sendo necessário o reagendamento da mesma.

m. Havendo a ONA identificado inconformidades no agendamento da visita em um prazo de 7 (sete) dias corridos ou menos para o primeiro dia de visita, o agendamento será cancelado automaticamente, sendo necessário o reagendamento da visita pela Instituição Acreditadora Credenciada.

n. A Instituição Acreditadora Credenciada pode realizar mudanças no agendamento e programação da visita, após a análise da ONA, nos seguintes casos e prazos:

I. Data de início e fim da visita: até 01 (um) dia antes do primeiro dia de visita registrado no agendamento inicial.

II. Membros da equipe de avaliadores ou relator do Comitê de Certificação: enquanto o relatório de avaliação estiver sob a responsabilidade do avaliador líder.

III. Alterações de subseções e avaliadores: enquanto relatório de avaliação estiver sob a responsabilidade do avaliador líder.

o. É de responsabilidade da Instituição Acreditadora Credenciada, manter atualizada e zelar pela autenticidade das informações registradas referentes ao agendamento da visita.

p. Havendo a existência de divergências de informações registradas no agendamento da visita versus o realizado, tais como: visitas realizadas em datas diferentes das informadas, equipe de avaliadores responsável pela avaliação diferente da equipe indicada no sistema ONA Integrare, subnotificação de dados contratuais, e outros procedimentos semelhantes, a ONA analisará se confirmadas tais divergências, deliberando medidas cabíveis que poderá incluir o não reconhecimento de processos de avaliação, a não homologação de certificações, o cancelamento de certificação vigente ou a aplicação de multa. Além disso, a ONA também poderá registrar as divergências como não conformidade à respectiva Instituição Acreditadora Credenciada, no sistema Qualis.

### 6.3.5 Emissão da Taxa de Avaliação:

a. Estando o agendamento conforme, a ONA emite a taxa de avaliação para fins de acreditação para a organização, serviço ou programa da saúde.

b. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde realiza o pagamento da taxa de avaliação junto à Organização Nacional de Acreditação. A taxa de avaliação para acreditação é definida periodicamente pelo Conselho de Administração e publicada no portal da ONA para consulta.

CÓPIA CONTROLADA

c. Estando o agendamento conforme, a ONA emite a cobrança da taxa em nome da organização de saúde, serviço ou programa da saúde.

d. Estando o agendamento conforme, porém a visita for agendada no período de 15 (quinze) a 7 (sete) dias de antecedência do primeiro dia da visita, o processo gera multa para a Instituição Acreditadora Credenciada, e a ONA emitirá a cobrança da multa em nome da mesma.

e. As taxas e multas devem ser pagas somente mediante o boleto bancário emitido pela ONA e disponibilizado no sistema ONA Integrare. A ONA não reemite boletos bancários. Depósitos bancários não são reconhecidos como pagamento de taxas ou multas.

f. Não havendo por parte da ONA a confirmação de pagamento da taxa e/ou multa em até 3 (três) dias corridos antes do primeiro dia de visita, a visita será cancelada automaticamente, sendo necessário o seu reagendamento pela Instituição Acreditadora Credenciada.

### 6.3.6 Confirmação e Planejamento da Visita

a. O avaliador líder diante do cumprimento das etapas anteriores, prepara o processo para a realização da visita de avaliação para a acreditação.

b. O avaliador líder deve anexar o plano da visita para a organização de saúde, serviço ou programa da saúde no sistema e realizar a programação da visita no sistema ONA Integrare em até 2 (dois) dias corridos antes do primeiro dia da visita. O plano da visita somente pode ser realizado mediante o pagamento da taxa de avaliação e/ou multa.

c. Alterações no plano de visita devem ser acompanhadas de justificativas.

d. O plano de visita deve incluir:

- os dados do cliente;
- tipo de avaliação;
- a data de início e fim da avaliação;
- o avaliador líder e os avaliadores indicados para a visita;
- outras pessoas que acompanharão a visita (se existir);
- área/unidade/processo que será avaliado com data, horário e avaliador(es) responsável(is) pela visita;
- representante(s) da organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado;
- justificativa(s) em caso de mudança(s) no plano de visita.

e. Se a organização de saúde, serviço ou programa da saúde estiver em desacordo com quaisquer disposições do plano de visita, a objeção deve ser comunicada imediatamente ao avaliador líder. Cabe ao avaliador líder ajustar o plano de visita antes de iniciar a avaliação.

f. É de responsabilidade do avaliador líder realizar o planejamento da visita, bem como registrar quaisquer alterações no mesmo, mantendo o planejamento da visita atualizado no sistema ONA Integrare.

CÓPIA CONTROLADA

**6.3.7 Preparação da Organização de Saúde, Serviço ou Programa da Saúde para o Processo de Visita:**

Cabe à organização de saúde, serviço ou programa da saúde:

- Comunicar as equipes envolvidas, os objetivos e propósitos da avaliação para a acreditação.
- Apontar os profissionais responsáveis para acompanhar a equipe de avaliadores.
- Prover o acesso às instalações e documentos conforme solicitação dos avaliadores.
- Cooperar com os avaliadores para permitir que os objetivos do processo sejam atingidos.
- Disponibilizar sala exclusiva e reservada, com acesso à internet, para uso da equipe de avaliadores.
- Disponibilizar outros recursos, conforme solicitação da equipe de avaliadores.

**6.3.8 Reunião de Abertura:**

O processo de avaliação para a acreditação inicia-se com a Reunião de Abertura e possui os seguintes objetivos:

a. Apresentar os membros da equipe de avaliadores à alta administração e demais responsáveis da organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado.

b. Ratificar o propósito e os objetivos da avaliação para a acreditação.

c. Apresentar os métodos e procedimentos que serão usados durante a avaliação.

d. Estabelecer os canais formais de comunicação entre a equipe de avaliadores e a organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado.

e. Confirmar a disponibilidade de recursos e meios necessários para o trabalho da equipe de avaliadores.

f. Apresentar o plano de visita e reuniões a serem realizadas durante o processo de avaliação.

g. Esclarecer detalhes do plano de visita.

**6.3.9 Visita - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - OPSS**

a. Cada área/unidade/processo (subseção planejada para a visitação) da organização prestadora de serviços de saúde deve ser visitada por pelo menos 01 (um) avaliador, acompanhado, obrigatoriamente, de 01 (um) representante da área/unidade/processo (subseção), de acordo com o cronograma estabelecido no plano de visita.

b. É obrigatório para as visitas de acreditação, que a equipe de avaliadores seja formada por no mínimo 3 (três) membros sendo um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão.

c. O avaliador-líder e os demais avaliadores definidos para a equipe devem estar presentes durante todo o período de visita.

d. A área/unidade/processo deve promover acesso às instalações, pessoas e/ou documentos conforme a solicitação do(s) avaliador(es).

e. A equipe de avaliadores deve notificar à Instituição Acreditadora Credenciada sempre que houver intercorrências no processo de visita.

f. É vedado ao avaliador realizar, durante o processo de avaliação, julgamento baseado em um ponto de vista pessoal.

CÓPIA CONTROLADA

g. As evidências observadas pelos avaliadores devem ser devidamente registradas para posterior elaboração do relatório de avaliação.

h. O avaliador deve basear seu parecer nas evidências encontradas durante o processo de visita.

i. Ao término da visita, a equipe de avaliadores deve realizar a Reunião de Encerramento.

j. A equipe de avaliadores, encontrando não conformidades pontuais, sem impacto sistêmico, deverá solicitar à organização prestadora de serviço de saúde, a elaboração de plano de ação, que deve ser anexado no Sistema ONA Integrare em até 30 (trinta) dias a partir da disponibilização do relatório para o mesmo. O plano de ação deverá ser verificado nas visitas de manutenção ordinárias subsequentes.

k. A equipe de avaliadores, encontrando uma ou mais não conformidades sistêmicas, ou quando a avaliação não atingir o percentual estabelecido na "*Tabela de percentual para acreditação*" estipulada no referido manual, poderá definir a realização de uma Nova Avaliação à organização prestadora de serviço de saúde.

l. A solicitação do plano de ação e/ou a necessidade de Nova Avaliação, devem constar na ata da Reunião de Encerramento.

m. Após a visita, o avaliador líder e o comitê de certificação terão 20 (vinte) dias consecutivos para disponibilizar o relatório de avaliação no Sistema ONA Integrare.

n. Após a liberação do relatório de avaliação pelo Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora Credenciada para a ONA, a mesma terá 30 (trinta) dias corridos para analisar tecnicamente, homologar e encaminhar os certificados de acreditação à Instituição Acreditadora Credenciada.

o. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pela Instituição Acreditadora Credenciada, a ONA poderá registrar uma não conformidade à respectiva IAC, no sistema Qualis.

**6.3.9.1 Nova Avaliação**

a. A Nova Avaliação é uma nova oportunidade que a organização prestadora de serviço de saúde tem para reajustar os apontamentos evidenciados durante a avaliação para acreditação. A Nova Avaliação deve ocorrer sempre que:

I. Não houver o atingimento do percentual estabelecido dos requisitos pontuados como Não Conforme (NC) e/ou Parcial Conforme (PC), conforme consta na "*Tabela de percentual para acreditação*" estipulada no referido manual.

II. Forem encontradas evidências de um ou mais requisitos pontuados como Não Conforme considerado sistêmico, independente do atingimento do percentual da "*Tabela de percentual para acreditação*" estipulada no referido manual.

b. Havendo a indicação da Nova Avaliação , esta deve ocorrer em um prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos, a contar da data do último dia da visita.

c. A Nova Avaliação pode ser realizada de duas formas a serem definidas pela equipe de avaliadores de acordo com os apontamentos evidenciados durante a avaliação:

I. Avaliação Documental: realizada por meio de envio à Instituição Acreditadora Credenciada de um plano de ação e/ou documentação que evidencie o atendimento ao requisito apontado incialmente como Não Conforme e/ou Parcialmente Conforme.

II. Revisita: é obrigatoriamente realizada *in loco* para verificação dos itens pendentes, além do estabelecimento do plano de ação pela organização.

CÓPIA CONTROLADA

d. Para realizar a Nova Avaliação em forma de Avaliação Documental, o avaliador líder deve descrever no relatório qual a documentação necessária que evidencie o atendimento ao(s) requisito(s) apontados como Não Conforme ou Parcial Conforme.

e. A documentação deve ser anexada pela organização via sistema ONA Integrare, para análise do avaliador líder. Todo este processo, entre anexar a documentação e a análise do avaliador líder, deve ocorrer em até 90 (noventa) dias contados a partir do último dia de visita.

f. Após análise do avaliador líder, os requisitos pontuados como Não Conforme ou Parcial Conforme, os quais resultaram na Avaliação Documental, deverão ser reclassificados caso a documentação anexada pela organização evidencie o atendimento desses requisitos.

g. Para realizar a Nova Avaliação em forma de Revisita, a equipe de avaliadores deve ser composta pela quantidade mínima de avaliadores conforme o perfil da organização prestadora de serviço de saúde (estabelecido em Norma para o Processo de Avaliação específica) e obrigatoriamente o avaliador líder da visita inicial.

h. Após a Nova Avaliação em forma de Revisita, o avaliador líder e o comitê de certificação terão 20 (vinte) dias consecutivos para disponibilizar o relatório no Sistema ONA Integrare.

i. Após a liberação do relatório de avaliação pelo Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora Credenciada para a ONA, a mesma terá 30 (trinta) dias corridos para analisar tecnicamente, homologar e encaminhar os certificados de acreditação à Instituição Acreditadora Credenciada.

j. O relatório da revisita deve ser elaborado tendo como referência o relatório inicial.

k. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pela Instituição Acreditadora Credenciada, a ONA poderá registrar uma não conformidade à respectiva IAC, no sistema Qualis.

l. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pela organização prestadora de serviço de saúde, o processo será encerrado, sendo o cliente considerado Não Acreditado.

**6.3.10 Visita - Serviços Odontológicos e Programas da Saúde**

a. Cada área/unidade/processo (subseção planejada para visitação) da organização, serviço ou programa da saúde deve ser visitada por pelo menos 01 (um) avaliador, acompanhado, obrigatoriamente, de 01 (um) representante da área/unidade/processo, de acordo com o cronograma estabelecido no plano de visita.

b. O avaliador-líder e os demais avaliadores definidos para a equipe devem estar presentes durante todo o período de visita.

c. A área/unidade/processo deve promover acesso às instalações, pessoas e/ou documentos conforme a solicitação do(s) avaliador(es).

d. A equipe de avaliadores deve notificar a Instituição Acreditadora Credenciada sempre que houver intercorrências no processo de visita.

e. É vedado ao avaliador realizar, durante o processo de avaliação, julgamento baseado em um ponto de vista pessoal.

f. As evidências observadas pelos avaliadores devem ser devidamente registradas para posterior elaboração do relatório de avaliação.

g. O avaliador deve basear seu parecer nas evidências encontradas durante o processo de visita.

h. Ao término da visita, a equipe de avaliadores deve realizar a Reunião de Encerramento.

CÓPIA CONTROLADA

i. A equipe de avaliadores, encontrando não conformidades pontuais, sem impacto sistêmico, poderá solicitar ao serviço odontológico ou programa da saúde, a elaboração de plano de ação, que deve ser anexado no Sistema ONA Integrare em até 30 (dez) dias a partir da disponibilização do relatório para o cliente. O plano de ação deverá ser verificado nas visitas de manutenção ordinárias subsequentes.

j. O plano de ação deve ser anexado no relatório de avaliação.

k. A equipe de avaliadores, encontrando não conformidades pontuais, sem impacto sistêmico, poderá definir a realização de uma revisita ao serviço odontológico ou programa da saúde, com o objetivo de verificar o tratamento destas não conformidades.

l. A solicitação do plano de ação e a necessidade de revisita devem constar na ata da Reunião de Encerramento.

m. Após a visita, a Instituição Acreditadora terá 20 (vinte) dias corridos para a equipe de avaliadores consolidar o Relatório de Avaliação, o Comitê de Certificação emitir o parecer e encaminhar o processos para a homologação da ONA.

n. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pela Instituição Acreditadora Credenciada, a ONA poderá registrar uma não conformidade à respectiva IAC, no sistema Qualis.

o. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pelo serviço odontológico ou programa da saúde, o processo será encerrado, sendo o cliente considerado Não Acreditado.

**6.3.10.1 Revisita - Serviços Odontológicos e Programas da Saúde**

a. A revisita deve ocorrer sempre que:

I. Forem identificadas durante a visita inicial, não conformidades pontuais, sem impacto sistêmico.

II. Houver discordância entre o parecer da equipe de avaliadores e o parecer do Comitê de Certificação. Neste caso a ONA deve ser obrigatoriamente comunicada, sendo facultada a esta a indicação de um observador da ONA para acompanhar a revisita.

b. Havendo a indicação de revisita, esta deve ocorrer em um prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos, a contar da data da Reunião de Encerramento da visita.

c. Para realizar a revisita, a equipe de avaliadores deve ser composta pela quantidade mínima de avaliadores conforme o perfil do serviço odontológico ou programa da saúde (estabelecido em Norma para o Processo de Avaliação específica) e o avaliador líder da visita inicial.

d. Após a revisita, a Instituição Acreditadora Credenciada terá 20 (vinte) dias corridos para a equipe de avaliadores consolidar o Relatório de Avaliação, o Comitê de Certificação emitir o parecer e encaminhar para a homologação do Conselho de Administração da ONA.

e. O relatório da revisita será gerado tendo como referência o relatório inicial.

f. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pela Instituição Acreditadora Credenciada, a ONA poderá registrar uma não conformidade à respectiva IAC, no sistema Qualis.

g. Não sendo cumpridos os referidos prazos, por motivos desencadeados pelo serviço odontológico ou programa da saúde, o processo será encerrado, sendo o cliente considerado Não Acreditado.

CÓPIA CONTROLADA

**6.3.11 Reuniões dos Avaliadores:**

a. Os avaliadores devem promover pelo menos uma reunião de trabalho por dia durante o processo de visita.

b. No último dia de avaliação, após análise conjunta dos itens avaliados, deverá ser estabelecido um consenso da equipe de avaliadores, visando à elaboração do Relatório de Avaliação.

**6.3.12 Reunião de Encerramento da Visita de Avaliação:**

a. No final da avaliação, a equipe de avaliadores apresentará à administração da organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado e aos responsáveis pelas funções envolvidas, um resumo global do processo de avaliação, esclarecendo possíveis dúvidas.

b. É facultado à equipe de avaliadores apresentar ao avaliado a recomendação de acreditação ou não.

c. A recomendação da equipe de avaliadores somente terá validade após a análise do Comitê de Certificação e posterior homologação do Conselho de Administração da ONA.

d. A reunião de encerramento deve ser registrada em ata com lista de presença.

e. A ata de encerramento deve constar no mínimo:

I. Resumo global da avaliação.

II. Principais não conformidades encontradas.

III. Indicações da equipe de avaliadores quanto à necessidade do tipo de Avaliação Documental, Revisita ou outras recomendações.

IV. Indicações da equipe de avaliadores quanto a necessidade de plano de ação ou outras recomendações da equipe de avaliadores.

V. A lista de presença deve conter a assinatura de todos que participaram da reunião de encerramento, incluindo a assinatura de todos os avaliadores da equipe.

**6.3.13 Preparação do Relatório de Avaliação**

a. O Relatório de Avaliação é preparado pela equipe de avaliadores sob a orientação do avaliador líder, que é o responsável por sua clareza e objetividade conforme diretrizes estabelecidas na Norma Orientadora específica.

b. O relatório de avaliação deve ser preenchido no Sistema ONA Integrare.

**6.3.14 Distribuição do Relatório de Avaliação**

A distribuição do Relatório de Avaliação está definida na Norma Orientadora específica.

**6.3.15 Retenção de Registros**

Os documentos originais e/ou cópias da organização de saúde, serviço ou programa da saúde não podem ser retidos pelos avaliadores.

CÓPIA CONTROLADA

**6.3.16 Confidencialidade**

A Instituição Acreditadora deve estabelecer procedimentos para salvaguardar a confidencialidade de qualquer informação do processo de avaliação para a acreditação ou da equipe de avaliadores.

**6.3.17 Término do Processo de Avaliação para a Acreditação**

O processo de avaliação para a acreditação é considerado encerrado após:

a. Análise técnica do Relatório de Avaliação e parecer do Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora Credenciada.

b. Análise técnica do Relatório de Avaliação, realizada pela equipe de certificação técnica da ONA.

c. Homologação do processo de avaliação pela Organização Nacional de Acreditação.

**6.4 Resultados do Processo de Avaliação para a Acreditação**

Ao final do processo de avaliação para a acreditação o avaliado obterá um dos seguintes resultados:

a. Não Acreditado

Será considerado **Não Acreditado**:

I. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde que não atingir em todas as áreas/unidades/processos avaliados, conformidade com os requisitos referentes aos padrões, e Norma para o Processo de Avaliação específica, estabelecidos no referido manual.

II. A organização que não enviar à Instituição Acreditadora Credenciada a documentação e/ou plano de ação exigido para a nova avaliação.

III. A organização que não apresentou, durante a revisita, evidências que comprovem o atendimento das não conformidades apontadas na visita inicial.

IV. A organização prestadora de serviço de saúde que não apresentou, durante a revisita, evidências que comprovem o atendimento aos requisitos pontuados como não conforme e/ou parcialmente conforme, apontados na visita inicial de acordo com a "*Tabela de percentual para acreditação*" estipulada no referido manual.

V. A organização que não possuir condições de atender em até 90 (noventa) dias as não conformidades apontadas na visita inicial.

VI. A organização prestadora de serviços de saúde que não possuir condições de atender em até 90 (noventa) dias o atendimento aos requisitos pontuados as como não conforme e/ou parcial conforme, apontados na visita inicial, de acordo com a "*Tabela de percentual para acreditação*" estipulada no referido manual.

VII. A organização que não cumprir os referidos prazos, conforme pré-estabelecido em Norma Orientadora específica.

Uma organização de saúde, serviço ou programa da saúde **Não Acreditado**, somente poderá solicitar uma nova avaliação para a Acreditação, 1 (um) ano após o processo de avaliação ter sido concluído, a contar da data da homologação pela Organização Nacional de Acreditação.

b. Acreditado:

Será considerado **Acreditado**, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde que atingir em todas as

CÓPIA CONTROLADA

áreas/unidades/processos avaliados, conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1, e Norma para o Processo de Avaliação específica, estabelecidos no referido manual.

O resultado de **Acreditado** é válido por 02 (dois) anos.

c. Acreditado Pleno:

Será considerado **Acreditado Pleno**, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde que atingir em todas as áreas/unidades/processos avaliados, conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1 e nível 2, e Norma para o Processo de Avaliação específica estabelecidos no referido manual.

O resultado de **Acreditado Pleno** é válido por 02 (dois) anos.

d. Acreditado com Excelência:

Será considerado **Acreditado com Excelência**, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde que atingir em todas as áreas/unidades/processos avaliados, conformidade com os requisitos de nível 1, nível 2 e nível 3 de forma sistêmica e global, e Norma para o Processo de Avaliação específica estabelecidos no referido manual.

O resultado de **Acreditado com Excelência** é válido por 03(três) anos.

**6.4.1 Considerações Gerais:**

a. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde acreditado estará obrigatoriamente vinculado à Instituição Acreditadora Credenciada responsável pela acreditação, durante o período de vigência da sua condição de acreditado. Situações excepcionais de alteração de troca de Instituição Acreditadora Credenciada serão analisadas pelo Conselho de Administração da ONA para as devidas deliberações.

b. A ONA se reserva no direito de divulgar em seus canais de comunicação, o nome da organização de saúde, serviço ou programa da saúde acreditado pela metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.

Não concordando com a divulgação, a organização, serviço ou programa da saúde deve manifestar oficialmente a discordância junto à Instituição Acreditadora Credenciada e a ONA.

c. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde considerado Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência, será submetido a um processo de acompanhamento para a verificação da manutenção dos resultados obtidos, conforme definido em norma orientadora específica.

**6.5 Emissão do Certificado de Acreditação:**

a. Será emitido um certificado à a Instituição Acreditadora Credenciada, que é responsável por encaminhar para à organização de saúde, serviço ou programa da saúde acreditado.

b. Será considerado para fins de emissão do certificado de acreditação, o nome fantasia registrado no cadastro junto à ONA.

c. Em caso de inexistência de nome fantasia, será utilizada a razão social para fins de emissão do certificado de acreditação.

d. Constará na emissão do certificado de acreditação, o número do CNPJ, assim como o nível da acreditação da organização de saúde, serviço ou programa da saúde.

e. Após a liberação do relatório de avaliação pelo Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora Credenciada, a ONA terá 30 (trinta) dias corridos para analisar tecnicamente, homologar e encaminhar o certificado de acreditação à Instituição Acreditadora Credenciada.

CÓPIA CONTROLADA

f. O certificado de acreditação somente será emitido quando não houver pendências por qualquer uma das partes, sejam estas de ordem administrativa, técnica ou financeira.

g. Após a homologação da ONA, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde receberá uma pesquisa de satisfação sobre a avaliação para certificação ou manutenção. O certificado somente será encaminhado após a organização de saúde, serviço ou programa da saúde responder e retornar a pesquisa.

### 6.5.1 Modelo do Certificado de Acreditação:

#### 6.5.1.1 Certificado de Acreditado:

#### 6.5.1.2 Certificado de Acreditado Pleno:

CÓPIA CONTROLADA

**6.5.1.3 Certificado de Acreditado com Excelência:**

**6.6 Identificação da Acreditação:**

A organização de saúde, serviço ou programa da saúde considerado Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência, deve seguir a norma orientadora específica para divulgar a sua condição de acreditada.

CÓPIA CONTROLADA

**6.7 Processo de Manutenção da Certificação:**

Durante o período de validade do certificado, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde que obtiver a condição de Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência estará submetido a três mecanismos de acompanhamento do desempenho obtido no processo de avaliação:

- Visita de avaliação de manutenção ordinária.
- Visita de avaliação de manutenção extraordinária.
- Notificação e gerenciamento de incidentes e eventos.

O processo de manutenção da certificação está definido em norma orientadora específica.

**6.8 Recertificação:**

O processo de recertificação da organização de saúde, serviço ou programa da saúde Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência está definido em norma orientadora específica.

**6.9 Avaliação de Upgrade:**

A organização, serviço ou programa da saúde considerado Acreditado ou Acreditado Pleno poderá solicitar antecipadamente ao término da validade do certificado, um novo processo de avaliação (upgrade), com o objetivo de tentar alcançar um resultado superior ao obtido, conforme estabelecido em norma específica.

A avaliação de upgrade pode ser solicitada somente após 01 (um) ano de vigência da atual certificação, e obrigatoriamente deverá ser conduzida pela mesma Instituição Acreditadora Credenciada responsável pela certificação vigente.

**6.10 Cancelamento da Condição de Acreditado:**

<u>6.10.1 Por Recomendação da Instituição Acreditadora Credenciada:</u>

a. A Instituição Acreditadora Credenciada responsável pela Acreditação da organização e saúde, serviço ou programa da saúde, deve realizar no sistema ONA Integrare a solicitação de cancelamento da condição de acreditado.

b. A solicitação deve ser acompanhada do parecer técnico do Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora Credenciada, esclarecendo os motivos do cancelamento da acreditação, anexada a solicitação.

c. O processo será formalmente analisado pelo Conselho de Administração da ONA.

d. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde terá sua condição de acreditado colocada em suspensão temporária, durante o período de análise pelo Conselho de Administração da ONA.

e. O cancelamento da condição de acreditado será válido a contar da data de homologação pela ONA.

<u>6.10.2 Por Deliberação da Organização Nacional de Acreditação:</u>

a. A Organização Nacional de Acreditação deve apresentar formalmente à organização de saúde, serviço ou

CÓPIA CONTROLADA

programa da saúde, a deliberação quanto a retirada da condição de acreditado, com as devidas justificativas.

b. O cancelamento da condição de acreditado será válido a contar da data de homologação do cancelamento pela ONA.

6.10.3 Por Solicitação da Organização de Saúde, Serviço ou Programa da Saúde Acreditado:

a. A organização de saúde, serviço ou programa da saúde acreditado deve solicitar formalmente à Instituição Acreditadora Credenciada responsável por sua acreditação, o cancelamento da sua condição de acreditado, apresentando um documento formal para a solicitação, com os motivos discriminados.

b. A Instituição Acreditadora Credenciada responsável pela acreditação deve solicitar o cancelamento no sistema ONA Integrare, anexando o documento formal da organização de saúde, serviço ou programa da saúde acreditado.

c. O cancelamento da condição de acreditado será válido a contar da data de homologação pela ONA.

6.10.4 Procedimentos Após Homologação do Cancelamento:

a. A Organização Nacional de Acreditação:

- Comunicar formalmente à Instituição Acreditadora Credenciada responsável pela certificação a decisão do Conselho de Administração
- Retirar o nome da organização da relação de organizações acreditadas dos meios de comunicação oficiais, divulgados pela ONA.
- Divulgar formalmente, através de seus canais de comunicação, os certificados cancelados.

b. A Instituição Acreditadora Credenciada:

- Comunicar formalmente à organização de saúde, serviço ou programa da saúde a deliberação da ONA.
- Solicitar o certificado de acreditação emitido pela Organização Nacional de Acreditação, bem como a retirada de quaisquer documentos ou menções a condição de acreditado da organização de saúde, serviço ou programa da saúde, de locais públicos e/ou visíveis e em meios de comunicação.
- Enviar à ONA o certificado de Acreditação.
- Retirar a organização de saúde, serviço e programa da saúde da relação de acreditados.
- Divulgar formalmente, através de seus canais de comunicação, os certificados cancelados.

c. A Organização de Saúde, Serviço ou o Programa da Saúde:

- Entregar o certificado emitido pela Organização Nacional de Acreditação para a Instituição Acreditadora Credenciada.
- Retirar qualquer menção da condição de acreditado de locais públicos e/ou visíveis e em meios de comunicação.
- Informar a sua equipe e as partes interessadas pertinentes o cancelamento da certificação.

Não havendo devolução do certificado original ou ocorrendo a divulgação indevida da certificação após o seu

CÓPIA CONTROLADA

cancelamento, a ONA entrará em contato através de sua assessoria de impressa para novamente solicitar o certificado, podendo inclusive acionar judicialmente a parte responsável.

Uma organização de saúde, serviço ou programa da saúde que tenha a sua condição de acreditado retirada, somente poderá solicitar uma nova avaliação para a acreditação, 01 (um) ano a contar da data da homologação do cancelamento pela ONA.

**6.11 Recurso**

6.11.1 Processo de Avaliação para Acreditação

a. Caso não concorde com o resultado da avaliação, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado tem até 5 (cinco) dias corridos após a disponibilização do Relatório de Visita, para manifestar-se formalmente à Organização Nacional de Acreditação, e até 30 (trinta) dias corridos após a disponibilização do Relatório de Visita, para enviar o parecer argumentado para análise da referida manifestação.

b. Não será aceita manifestação ou parecer após a homologação do processo de avaliação pela ONA.

c. A deliberação do Conselho de Administração da ONA é definitiva.

6.11.2 Cancelamento da Certificação:

a. Caso não concorde com o cancelamento da certificação, a organização de saúde, serviço ou programa da saúde avaliado tem até 5 (cinco) dias corridos após a disponibilização do Relatório de Visita, para manifestar-se formalmente à Organização Nacional de Acreditação, e até 30 (trinta) dias corridos após a disponibilização do Relatório de Visita, para enviar o parecer argumentado para análise da referida manifestação.

b. Não será aceita manifestação ou parecer após a homologação do processo de avaliação pela ONA.

c. A deliberação do Conselho de Administração da ONA é definitiva.

## 7. DOCUMENTOS DE APOIO E REGISTROS

Normas Técnicas

- Normas Orientadoras
- Normas para o Processo de Avaliação

Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- Manual de Programas da Saúde e Prevenção de Riscos
- Manual dos Serviços Odontológicos

CÓPIA CONTROLADA