

Revogada pela Portaria Normativa nº2/2024 – Ipasgo Saúde
PORTARIA NORMATIVA nº 29-2020/PR

202000022055753-

~~Dispõe sobre alterações e acréscimos na PN n.º 24/2020 – IPASGO.~~

~~— O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO, no uso suas atribuições legais;~~

~~— Considerando Memorando nº: 810/2020 – DGI- 06146, da Diretoria de Gestão Integrada;~~

~~— Considerando a necessidade de cumprimento da norma ISO 9001:2015 e do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ;~~

~~— RESOLVE:~~

~~— Art. 1º Alterar a Portaria Normativa n.º 24/2020 – IPASGO, que passa a vigorar com as seguintes alterações:~~

~~“~~

~~— Art. 6º Fica estabelecido, como padrão de expediente, para colaboradores com jornada de 30 (trinta) horas semanais, o horário contínuo das 7h às 13h para o período matutino, ou das 13h às 19h para o vespertino, de acordo com a escala estabelecida pelo Gerente da área e dois registros diários de ponto, conforme prevê o anexo I desta portaria (disponível no Doenix). (NR)~~

~~— Art. 7º Fica estabelecido, como padrão de expediente, para os colaboradores com jornada de 20 (vinte) horas semanais, o horário contínuo das 7h às 11h, ou das 11h às 15h ou das 15h às 19h, de acordo com a escala estabelecida pelo Gerente da área e dois registros diários de ponto, conforme prevê o anexo I desta portaria (disponível no Doenix). (NR)~~

~~— Art. 14 Todas as comprovações exigidas para atestar a realização das atividades de auditoria e ou teletrabalho, assim definidos nesta normativa como trabalho externo, são de exclusiva responsabilidade do servidor, mediante a entrega de formulário específico, conforme modelos Anexos a esta Portaria Normativa. (NR)~~

~~— Art 2º O Art. 8º da Portaria Normativa n.º 24/2020 – IPASGO passa a vigorar com o seguinte acréscimo:~~

~~“~~

~~— V – 40 (quarenta) horas semanais assim distribuídas: 30 (trinta) horas semanais divididas em 5 (cinco) jornadas de segunda a sexta-feira de horários contínuos de 06 (seis) horas, complementada com 10 (dez) horas semanais de auditorias operativas externas realizadas de segunda a sábado, mediante demanda formalmente atribuída pela Gerência de Auditoria competente.” (AC)~~

~~Art 3º Os anexos da Portaria Normativa n.º 24/2020 – IPASGO, passa a vigorar com a redação e acréscimos dos Anexos desta Portaria Normativa:~~

~~Art. 4º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua assinatura.~~

CUMPRASE.

ANEXO I

(Sistema Doenix)

~~Título: Termo de Realização de Auditoria em Regime de Trabalho a Distância via SIGA~~

~~Tipo de Anexo: Formulário~~

~~Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-474 – V.0 Fase: Vigente~~

~~Nome Auditor:~~

~~Semana de ____/____/____ a ____/____/____~~

Data	Nome do Prestador	Matrícula	Horário Entrada	Horário Saída
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

Médico(a) Auditor(a)

Chefia Imediata

-
-
-

ANEXO II

(Sistema Doenix)

-
-

Título: Termo de Realização de Trabalho Externo

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-480-V.4

Fase: Vigente

TRABALHO EXTERNO (LEI Nº 19.019/15, ART. 4º, §6º, INCISO IV; DECRETO Nº 8.465/15, ART. 9º, §3º;

INCISO IV; I.N. Nº 009/15, ART. 11º, §3º, INCISO IV; ORDEM DE SERVIÇO Nº2-2018/DAS-IPASGO)

100

—

Assinatura e Carimbo do Auditor _____

Assinatura e Carimbo do Gerente

-

-

-

ANEXO III

(Sistema Doenix)

-

Título: Termo de Realização de Trabalho Externo – Auditoria Odontológica

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-163 – V.6

Fase: Vigente

-

TERMO DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO EXTERNO – AUDITORIA ODONTOLÓGICA

-

~~TRABALHO EXTERNO (LEI Nº 19.019/15, ART. 4º, §6º, INCISO IV; DECRETO Nº 8.465/15, ART. 9º, §3º;~~

~~INCISO IV; I.N. Nº 009/15, ART. 11º, §3º, INCISO IV; ORDEM DE SERVIÇO Nº2-2017/DAS-IPASGO)~~

-

Nome do(a) Auditor(a):

CPF do(a) Auditor(a):

-

Modalidade de Trabalho Externo: () Auditoria Operativa () Visita a Prestador

() Análise/Parecer em Processo () Auditoria Autorizativa

-

Data	Horário do Início	Horário do Fim
-	-	-

-

Auditoria Operativa/Visita a Prestador

Nome do Prestador:

Ass. e carimbo do Prestador

Matrícula IPASGO:

Análise/Parecer em Processo

Número(s) do(s) Processo(s) Analisado(s):

Auditoria Autorizativa

Nome do Prestador (Física/Jurídica)	Matrícula no IPASGO
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Goiânia, ____ de ____ de ____.

Declaro verídicas e responsabilizo-me por todas as informações aqui prestadas.

-

-

Ass. e carimbo do Auditor(a)

Ass. e carimbo do Coordenador(a)
Odontológico

Ass. e carimbo do Supervisor