

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO PARANÁ – DETRAN/PR
COORDENADORIA DE GESTÃO DE SERVIÇOS – AGENTES EXTERNOS

MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA CLÍNICAS DE TRÂNSITO
CADASTRO DO CORPO FUNCIONAL

VERSÃO
2019.1

DEPARTAMENTO DE TRANSITO DO PARANÁ – DETRAN/PR
COOGS – COORDENADORIA DE GESTÃO DE SERVIÇOS – AGENTES EXTERNOS

Endereço:

Av. Victor Ferreira do Amaral, 2940 C. Imbuia
CEP 82.800-900 Curitiba/PR

E-mail:

coogs@detran.pr.gov.br
credenciamento.parceiros@detran.pr.gov.br

Telefone:

41 3361-1259

URA – UNIDADE DE RESPOSTA AUDÍVEL

Clínicas de Trânsito, digite 2

Para credenciamento | recredenciamento, digite 1

Para mudança de endereço | alterações contratuais e de *layout*, digite 2

Para renovação do credenciamento, digite 3

Para cadastro e atualizações de profissionais, digite 5

SUMÁRIO

1. REALIZANDO UMA SOLICITAÇÃO.....	4
2. ESPECIFICAÇÕES SOBRE OS ANEXOS.....	5
3. CONSULTANDO O ATENDIMENTO DA SOLICITAÇÃO.....	5
4. CHECK LIST DOS DOCUMENTOS.....	6
4.1 CADASTRO ÚNICO DO PROFISSIONAL.....	6
4.2 ATUALIZAÇÃO DAS DECLARAÇÕES ÉTICA E FINANCEIRA.....	7
4.3 CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS.....	7
4.4 RESPONSÁVEL TÉCNICO – CREDENCIAMENTO E SUBSTITUIÇÃO.....	7
4.5 ATUALIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO.....	8
4.6 CHAVE DE ACESSO.....	8
4.7 DESCREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS.....	8
5. INFORMAÇÕES GERAIS.....	9
6. ANEXOS.....	10
6.1. PORTARIA DE ELABORAÇÃO DE MANUAIS.....	10
6.2. MODELO DE REQUERIMENTO.....	11
6.3. CADASTRO ÚNICO - FORMULÁRIO.....	12
6.4. ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ACEITE – PORT. Nº 303/2015-DG.....	13
6.5. ANEXO VIII – RELAÇÃO NOMINAL – PORT. Nº 303/2015-DG.....	14
6.6. ANEXO XII – TERMO DE CONDUTA – PORT. Nº 303/2015-DG.....	15
6.7. TERMO DE RESPONSABILIDADE – CHAVE DE SISTEMA.....	16

1. REALIZANDO UMA SOLICITAÇÃO

Para realizar uma solicitação, deve ser acessado o [Módulo de Atendimento Técnico](#), através do navegador Mozilla Firefox (versão 30 ou 31). Em seguida clique em “Chamados > Registrar Chamado”. Preencha o formulário, conforme abaixo:

***Tipos Chamado Sistema:** AGENTES EXTERNOS – ADMINISTRATIVO

***Workflow:** ADMINISTRATIVO-CLINICA

***Fone/Ramal:** (Informe o telefone com DDD)

***Assunto:** (Selecione o assunto, conforme sua necessidade)

- 2ª Via de crachá de profissional
- Alteração de *e-mail* e telefone da empresa/Usuário Sistema
- Atualização de Declarações dos Profissionais junto aos Conselhos
- Atualização/Substituição de RT
- Baixa de Profissional
- Cadastro/Atualização de Profissional
- Chave de Acesso
- Outros

***Descrição:** (Descrição do assunto citando nome da clínica, nº CNPJ, nome completo do profissional e nº CRM/CRP)

*Tipos Chamado Sistema	AGENTES EXTERNOS - ADMINISTRATIVO
*Workflow	ADMINISTRATIVO-CLÍNICA
Contato	
*Fone/Ramal	
*Assunto	Selecione
*Descrição	

Figura 1. Exemplo de abertura de chamado técnico

2. ESPECIFICAÇÕES SOBRE OS ANEXOS

Ao solicitar o serviço devem ser anexados todos os documentos necessários. Para tanto, saiba que:

- existem anexos editáveis para auxiliar na solicitação, contudo estes **não devem ser preenchidos manualmente**;
- deve ser utilizado sempre o navegador Mozilla Firefox;
- arquivos do tipo *pdf, preferencialmente;
- podem ser anexados até 5 arquivos;
- cada arquivo pode ter até 3 Mb, portanto, **o arquivo pode conter várias páginas** - utilize *software* com esse recurso;
- o nome do arquivo não pode possuir caracteres especiais; e
- o nome do arquivo não pode possuir mais do que 30 caracteres, incluindo o seu diretório de localização.

Estando preenchido o formulário, descrita a solicitação e anexados os arquivos, clique em “Confirmar”. Uma mensagem será enviada, automaticamente, no *e-mail* do usuário do sistema com o nº do chamado técnico.

3. CONSULTANDO O ATENDIMENTO DA SOLICITAÇÃO

A solicitação poderá ser consultada, através do [Módulo de Atendimento Técnico](#), para isto clique em “Chamados > Consultar Chamado”.



Número

Tipos Chamado Sistema Todos ▼

Workflow Todos ▼

Onde Está Todas ▼

Ordenar por:

Número Data Solicitante Onde Está Prioridade

Figura 2. Exemplo de tela de consulta de chamado técnico

O prazo para atendimento é de 3 (três) dias úteis, a partir da data de registro do chamado técnico, desde que não haja nenhum impedimento.

4. CHECK LIST DOS DOCUMENTOS

Cada solicitação precisa ter o requerimento da clínica anexada ao chamado técnico. Vide .

Observe abaixo os documentos que devem ser anexados para cada caso.

4.1 CADASTRO ÚNICO DO PROFISSIONAL

Para que seja efetuado o cadastro único do profissional (**aquele que não possui cadastro junto ao DETRAN/PR**), a clínica deverá registrar chamado técnico e anexar os seguintes documentos:

1. Formulário de Cadastro preenchido, carimbado e assinado pelo profissional. Vide [Anexo 6.3 CADASTRO ÚNICO – FORMULÁRIO](#).
2. Carteira de Identidade Profissional do Paraná, constando título de especialista em medicina de tráfego/psicologia do trânsito;
3. Carteira de Identidade ou Carteira de Nacional de Habilitação emitida no Estado do Paraná;
4. Título de Especialista em Medicina de Tráfego/Psicologia do Trânsito, conforme exigido no artigo 40; §1º e §4º da Portaria nº 303/2015-DG e suas alterações;
5. Declaração Negativa de Débitos junto ao Conselho de Classe; e
6. Declaração Negativa de Conduta Ética Profissional junto ao Conselho de Classe.

Para profissionais que nunca atuaram junto ao DETRAN/PR ou que estão há mais de dois anos sem atuar é obrigatório realizar treinamento. Este é realizado pelo Setor Médico somente após a aprovação da etapa documental.

O treinamento tem duração aproximada de 3 horas e pode ser assistido presencialmente na sede do DETRAN/PR, em Curitiba, ou através do ESD – Ensino Sem Distância, por teleaulas disponíveis em várias CIRETRANs no Estado.

Para agendamento, aguarde contato da Coordenadoria de Habilitação/Divisão Médica e Psicológica e após recebida a previsão de datas, informe pelo menos dois locais possíveis para comparecimento (no caso de ESD). Ex.: Apucarana e Londrina.

4.2 ATUALIZAÇÃO DAS DECLARAÇÕES ÉTICA E FINANCEIRA

Para atualização das declarações deverão ser enviados, via chamado técnico, os seguintes documentos:

1. Ofício de solicitação, com identificação e assinatura do responsável legal;
2. Declaração Negativa de Débitos junto ao Conselho de Classe; e
3. Declaração Negativa de Conduta Ética Profissional junto ao Conselho de Classe.

Para os profissionais que atuam em duas ou mais clínicas, informamos que apenas uma clínica deve solicitar a atualização das certidões no cadastro do profissional.

4.3 CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS

Para credenciamento de profissionais, a clínica deverá encaminhar, via chamado técnico, os seguintes documentos:

1. Ofício de solicitação, com identificação e assinatura do responsável legal;
2. Relação nominal de todos profissionais que estão atuando na clínica. Vide [Anexo 6.5 ANEXO VIII – RELAÇÃO NOMINAL – PORTARIA Nº 303/2015-DG](#); e
3. [Taxa de crachá](#) que deve ser emitida no site do DETRAN/PR, no menu “Parceiros”, opção “Clínica”, link “Solicite um Serviço Administrativo”, serviço “2.30.01 – Emissão de Crachá”.

4.4 RESPONSÁVEL TÉCNICO – CREDENCIAMENTO E SUBSTITUIÇÃO

Para credenciamento ou substituição do Responsável Técnico, a clínica deverá encaminhar, via chamado técnico, os seguintes documentos:

1. Ofício de solicitação de credenciamento/substituição, assinado pelo responsável legal, contendo o nome do responsável técnico atual e o nome do seu substituto;
2. Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica, emitido pelo Conselho de Classe, onde conste o nome do profissional responsável técnico médico/psicólogo;
3. Declaração de Aceite de Conformidade para Credenciamento. Vide [Anexo 6.4 ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ACEITE – PORTARIA Nº 303/2015-DG](#);
4. Termo de Conduta. Vide [Anexo 6.6 ANEXO XII – TERMO DE CONDUTA – PORTARIA Nº 303/2015-DG](#); e

5. [Taxa de crachá](#), exceto para atualização do cadastro do responsável técnico.
Para emitir a taxa de crachá acesse o site do DETRAN/PR, no menu “Parceiros”, opção “Clínica”, *link* “Solicite um Serviço Administrativo”, serviço “2.30.01 – Emissão de Crachá”.

4.5 ATUALIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

No caso de atualização do cadastro do responsável técnico, a clínica deverá encaminhar, via chamado técnico, os seguintes documentos:

1. Ofício de solicitação de atualização do cadastro, assinado pelo responsável legal, contendo o nome do responsável técnico; e
2. Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica, atualizado, emitido pelo Conselho de Classe onde conste o nome do substituto.

4.6 CHAVE DE ACESSO

No caso de solicitação de chave de acesso, a clínica deverá encaminhar, via chamado técnico, os seguintes documentos:

1. Ofício de solicitação, com identificação e assinatura do responsável legal; e
2. Documentos RG e CPF; e
3. Termo de Responsabilidade de Uso de Chaves do Sistema DETRAN/PR, **devidamente assinado**. Vide [Anexo 6.7 – TERMO DE RESPONSABILIDADE – CHAVE DE SISTEMA](#).

ATENÇÃO: Informar o *e-mail* pessoal do profissional, devido a senha ser de acesso restrito. O usuário do sistema pode ser nível Atendente ou Administrador (para emissão de faturas), contudo, **apenas, um usuário será do nível Administrador**.

A chave de acesso é vinculada ao CPF, portanto cada profissional terá apenas uma, a qual poderá ser vinculada em apenas uma clínica, devido as limitações do sistema.

4.7 DESCRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS

CLINICA: Para o descredenciamento de profissional, a clínica deverá encaminhar ofício, via chamado técnico, identificado e assinado pelo responsável legal.

PROFISSIONAL: Quando a solicitação de descredenciamento partir do profissional, este poderá fazê-la através do *e-mail* informado no cadastro único, enviando a mensagem para aos cuidados do Setor de Cadastros.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

Os crachás serão emitidos e enviados, via malote, à CIRETRAN de circunscrição da Clínica, em aproximadamente 20 (vinte) dias, e devem ser retirados por esta.

As dúvidas que restarem podem ser esclarecidas através de:

1. CHAMADO TÉCNICO: (Tipo: Agentes Externos – Administrativo);
2. TELEFONE: 41 3361-1259 (selecionando a opção correspondente ao assunto);
3. E-MAIL: coogs@detran.pr.gov.br

O horário de atendimento na COOGS é:

PRESENCIAL: 08:00 às 14:00

TELEFONE/CHAMADO TÉCNICO/E-MAIL: 08:00 às 17:00

6. ANEXOS

6.1. PORTARIA DE ELABORAÇÃO DE MANUAIS



PORTARIA Nº 329/2017–COOGS/DG
DIOE Nº 10034 DE 22/09/17

O DIRETOR-GERAL DO DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DO PARANÁ – DETRAN/PR, no uso de suas atribuições legais, e;

CONSIDERANDO o disposto na Lei n.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro – CTB;

CONSIDERANDO o contido no Decreto Estadual nº 4662 de 19 de julho de 2016, que aprova o Regulamento do DETRAN/PR e;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os procedimentos da Coordenadoria de Gestão de Serviços – Agentes Externos;

RESOLVE:

Art. 1º Fica delegada à Coordenadoria de Gestão de Serviços – Agentes Externos a competência para elaborar Manuais de Procedimentos que disporão sobre os procedimentos de credenciamento, renovação e cadastro relativos aos Agentes Externos vinculados.

Art. 2º Os Manuais de procedimentos previstos nesta Portaria serão atualizados conforme regulamentação vigente e conveniência desta autarquia.

Art. 3º Fica revogada a Portaria nº 263/14 - DG, de 15 de maio de 2014, publicada no DIOE nº 9213, em 26 de maio 2014, página 59 e quaisquer outras disposições em contrário.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 12 de setembro de 2017.

Marcos Elias Traad da Silva,
Diretor-Geral

6.2. MODELO DE REQUERIMENTO

Inserir logo ou logotipo,
se possuir

Nome Fantasia
Razão Social
CNPJ nº 00.000.000/0000-00

Ofício nº 000/2017

Cidade, 00 de nonono de 2017.

Assunto: <descreva brevemente o assunto>

Ofício é documento de comunicação oficial, que deve ser redigido com linguagem clara para favorecer a eficácia da comunicação, devendo conter todos os campos constantes neste modelo.

<assinatura>

Nome completo,

Cargo ou função

Endereço: <Rua, nº, bairro>
<CEP, município, telefone com DDD>
<Site e *e-mail*>

6.3. CADASTRO ÚNICO - FORMULÁRIO



FORMULÁRIO

CADASTRO ÚNICO DE PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO <input type="checkbox"/> MÉDICO	Data:
---	-------

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME:	
CPF:	RG/UF:
CRP OU CRM/UF:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO E Nº:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	CEP:
E-MAIL:	
TELEFONE1: ()	TELEFONE2: ()

RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se sim, favor discriminar a(s) Clínica(s) abaixo.	
NOME CLÍNICA 1:	MUNICÍPIO:
NOME CLÍNICA 2:	MUNICÍPIO:

Observação:

Cabe a COOGS a análise dos documentos, que devem ser anexados na solicitação. O preenchimento incorreto, falta de informações e documentos é de total responsabilidade do requerente e poderá prejudicar o atendimento ao solicitado.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo toda a responsabilidade civil e criminal por estas.
Assinatura:

6.4. ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ACEITE – PORT. Nº 303/2015-DG



ANEXO V – DECLARAÇÃO DE ACEITE DE CONFORMIDADE PARA CREDENCIAMENTO

A Empresa, _____,
com sede ao endereço _____,
_____, e
inscrita no CNPJ sob o nº _____, vem por seu(s) Responsável(eis)
Legal(is) abaixo assinado(s), declarar que aceita(m) o credenciamento nas condições estabelecidas
e que o seu funcionamento para o atendimento ao usuário/cliente do Detran/PR se encontra de
acordo com as exigências do presente Regulamento, com as normas internas determinadas pela
Direção Geral do Detran/PR, Coordenadoria de Habilitação através da Divisão de Medicina e
Psicologia, Código de Trânsito Brasileiro, Resoluções do CONTRAN e Portarias do DENATRAN.

_____, de _____ de _____.

Outrossim, declara (m) não ter (em) pendências junto ao CADIN/PR.

Carimbo e assinatura do (s) representante (s) legal (is) da empresa e/ou instituição

Carimbo e assinatura responsável técnico (médico)

Carimbo e assinatura responsável técnico (psicólogo)

6.5. ANEXO VIII – RELAÇÃO NOMINAL – PORT. Nº 303/2015-DG



ANEXO VIII

RELAÇÃO NOMINAL DO PESSOAL TÉCNICO

Declaro que a equipe técnica da Empresa _____
nos termos do Anexo I, art. 6º, é a seguinte:

Responsável Técnico Médico _____ CRM _____

Responsável Técnico Psicólogo _____ CRP _____

Médicos Auxiliares:

1 - _____ CRM _____

2 - _____ CRM _____

Psicólogos Auxiliares

1 - _____ CRP _____

2 - _____ CRP _____

Local _____ / / _____

Carimbo e assinatura representante(s) legal(is) da empresa e/ou instituição

6.6. ANEXO XII – TERMO DE CONDUTA – PORT. Nº 303/2015-DG



ANEXO XII - TERMO DE CONDUTA

Os profissionais credenciados pelo Detran/PR para a realização dos Exames de Sanidade Física e Mental, Avaliação Psicológica e Exame Médico Especial deverão manter elevado padrão de atendimento. Para tanto, a entidade credenciada e seus responsáveis técnicos e auxiliares (se houver) deverão:

- a) usar de cortesia com seu cliente e servidores desta Autarquia;
- b) identificar-se através do uso de crachá funcional durante o exercício de suas atividades;
- c) permanecer em sala durante todo o atendimento;
- d) atender no horário agendado;
- e) utilizar todo o tempo disponibilizado para o atendimento;
- f) fornecer ao candidato informações concernentes ao exame no âmbito do trânsito;
- g) submeter o candidato à avaliação pelo mesmo profissional do início ao fim, salvo quando:
 - g.1) solicitado pelo candidato a mudança de profissional e/ou mudança de clínica; g.2) solicitado pelo profissional a mudança de profissional e/ou mudança de clínica; h) guardar sigilo funcional;
- i) realizar encaminhamentos sempre que se fizer necessário:
 - i.1) o profissional e a entidade devem ser de livre escolha do candidato, ficando vedada a indicação;
 - i.2) o encaminhamento deve ser feito por escrito, constando a finalidade, carimbo e assinatura do profissional.

_____, de _____ de _____.

Carimbo e assinatura responsável técnico (médico)

Carimbo e assinatura responsável técnico (psicólogo)

53/61

Departamento de Trânsito do Paraná

Av. Victor Ferreira do Amaral, 2940 – 82800-900 – Curitiba /PR

6.7. TERMO DE RESPONSABILIDADE – CHAVE DE SISTEMA



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DE CHAVE DE SISTEMA

Eu, <Nome Completo>, declaro receber chave para acesso aos sistemas informatizados do DETRAN/PR (Veículo/Habilitação), tendo-o sob minha responsabilidade e comprometo-me a:

- I. Não revelar fora do âmbito profissional fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de minhas atribuições;
- II. Utilizar os dados dos sistemas informatizados de acesso restrito e manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência, pessoas não autorizadas;
- III. Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- IV. Não revelar minha senha de acesso ao(s) sistema(s) a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;
- V. Alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- VI. Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade.
- VII. Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte, que possam colocar em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha, ou das transações a que tenha acesso.

Declaro, ainda, estar plenamente esclarecido e consciente que:

1. A chave é de uso pessoal não podendo, em hipótese alguma, ser cedida a outra pessoa sob pena de ser responsabilizado(a) pelo mau uso;
2. É minha responsabilidade cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados, informações contidas nos sistemas, devendo comunicar quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas nos sistemas, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes;
3. Todos os atos realizados em minha chave, devidamente identificados por registros de eventos nos sistemas, bem como as atividades realizadas em minha conta ou por seu intermédio são de minha exclusiva responsabilidade.
4. Constitui infração administrativa e penal inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos dos sistemas ou bancos de dados da Administração Pública, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem ou para causar dano; bem como modificar ou alterar o sistema de informações ou programa de informática sem autorização ou sem solicitação de autoridade competente; ficando o infrator sujeito as punições previstas no Código Penal Brasileiro, conforme responsabilização por crime contra a Administração Pública, tipificado no art. 313-A e 313-B.

5. Em caso de constatada irregularidade ou mau uso dos sistemas, a chave de acesso será retirada do usuário, sem prejuízo das penalidades legais.

Declaro, nesta data, ter ciência e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente.

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: <Razão Social>

Nome Fantasia: <Nome Fantasia>

CNPJ: <CNPJ>

Endereço: <Rua, nº>

Complemento: <casa/sala>

Bairro: <Bairro>

CEP: <CEP>

Município: <Município>

Tel. Fixo: <Telefone Fixo>

E-mail empresarial: <e-mail empresarial>

DADOS DO USUARIO DE SISTEMA

Nome Completo: <Nome completo>

RG: <RG>

CPF: <CPF>

REGISTRO CNH: <Registro CNH>

E-mail: <e-mail pessoal>

DADOS CHAVE DE SISTEMA

* Assinale somente uma opção.

() Diretor de CFC

() Instrutor de Trânsito de CFC

() Auxiliar Administrativo de CFC

() Coordenador de Instituição Credenciada

() Instrutor de Instituição Credenciada

() Auxiliar Administrativo de Instituição Credenciada

() Administrador de Clínica Credenciada

() Atendente de Clínica Credenciada

() Despachante

() Fabricantes de Placas

() Convênios

() Outros _____

<Local e data>.

<Assinatura>
<Nome Completo>