

AVALIAÇÃO DO 3º QUADRIMESTRE DE 2019
Convênio 05/2018
Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"

UNIDADE: Dr. Raul de Oliveira Andrade
--

Indicadores quantitativos				
indicador:	1			
objetivo:	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema Salute.			
fórmula:	Total de atendimentos (FA) com status "aberto" / total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100			
meta:	< 2%			
produção:	set:	0	4.711	0,0
	out:	0	6.064	0,0
	nov:	0	4.484	0,0
	dez:	0	3.976	0,0
	méd.:	0,0%		
Relatório 139 - Salute				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	2			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) realizadas, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	1.175	1.828	64,28
	out:	2.659	1.828	145,46
	nov:	1.948	1.828	106,56
	dez:	1.746	1.828	95,51
	méd.:	102,95%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	3			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Coletas de material p/ exame citopatológico de colo de uterino realizadas, em relação ao descrito em FPO.			

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top, a smaller one in the middle, and a stamp-like mark at the bottom.

fórmula:	Total de procedimentos de Coleta de material p/ exame citopatológico de colo de uterino / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	36	44 81,82
	out:	46	44 104,55
	nov:	38	44 86,36
	dez:	17	44 38,64
	méd.:	77,84%	
relatório Tabwin			
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	0	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	4		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Coletas de material p/ exame laboratorial realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Coleta de material p/ exame laboratorial / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	324	243 133,3
	out:	338	243 139,1
	nov:	257	243 105,8
	dez:	229	243 94,2
	méd.:	118,10%	
relatório Tabwin			
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	5		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes realizados, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Teste rápido para detecção de HIV em gestante / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	9	7 128,57
	out:	7	7 100,00
	nov:	7	7 100,00
	dez:	6	7 85,71
	méd.:	103,57%	
relatório Tabwin			
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação:	

(Handwritten signatures and initials in blue ink)

Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua
-----------------------	-----------	---	--

indicador:	6		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	323	304 106,25
	out:	341	304 112,17
	nov:	257	304 84,54
	dez:	249	304 81,91
	méd.:	96,22%	
relatório Tabwin			
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	7		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica realizados, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	1.274	971 131,20
	out:	1.411	971 145,31
	nov:	1.141	971 117,51
	dez:	1.028	971 105,87
	méd.:	124,97%	
relatório Tabwin			
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	8		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		

(Handwritten marks and signatures)

produção:	set:	39	70	55,71
	out:	36	70	51,43
	nov:	35	70	50,00
	dez:	34	70	48,57
	méd.:	51,43%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	0			

indicador:	9			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática realizados, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	83	47	176,60
	out:	77	47	163,83
	nov:	50	47	106,38
	dez:	42	47	89,36
	méd.:	134,04%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	10			
objetivo:	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			
fórmula:	Total de procedimentos realizados / Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	7.487	6.325	118,37
	out:	9.050	6.325	143,08
	nov:	7.102	6.325	112,28
	dez:	6.295	6.325	99,53
	méd.:	118,32%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

Indicadores qualitativos				
indicador:	11			
objetivo:	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			
fórmula:	Total de Fichas de atendimentos preenchidas / Total de Fichas de atendimento avaliadas x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	1.376	1.379	99,78
	out:	1.484	1.499	99,00
	nov:	1.212	1.218	99,51
	dez:	1.061	1.072	98,97
	méd.:	99,32%		
Relatório 250 - Salute				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	12			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	140	140	100,00
	out:	150	150	100,00
	nov:	120	120	100,00
	dez:	110	110	100,00
	méd.:	100,00%		
Relatório 250 - Salute				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	13			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
produção:	set:	140	140	100,00
	out:	150	150	100,00
	nov:	120	120	100,00
	dez:	110	110	100,00
	méd.:	100,00%		

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	14		
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo 10% pessoas/mês)		
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	140	140 100,00
	out:	150	150 100,00
	nov:	120	120 100,00
	dez:	110	110 100,00
	méd.:	100,00%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	15		
objetivo:	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.		
fórmula:	Total de funcionários capacitados/ Total de funcionários existentes x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	12	13 92,31
	out:	19	19 100,00
	nov:	14	15 93,33
	dez:	5	5 100,00
	méd.:	96,41%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	16		
objetivo:	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço		
fórmula:	Nº de horas ausentes / Nº de horas trabalhadas x 100		
meta:	<5%		
produção:	set:	198	3.330 5,95
	out:	51	4.092 1,25
	nov:	193	3.183 6,06
	dez:	186	3.288 5,66

	méd.:	4,73%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	17		
objetivo:	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.		
fórmula:	Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período / Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		
meta:	100%		
produção:	set:	2	2 100,00
	out:	3	3 100,00
	nov:	4	4 100,00
	dez:	5	5 100,00
	méd.:	100,00%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	18		
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.		
meta:	Encaminhar MENSALMENTE até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Saúde da Família (USF), acompanhada de lista com o nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados		
produção:	set:	cumpriu	
	out:	cumpriu	
	nov:	cumpriu	
	dez:	cumpriu	
	méd.:	100,00%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua	

indicador:	19		
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.		
meta:	Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.		

(Handwritten signatures and initials in blue ink)

produção:	set:	cumpriu		
	out:	cumpriu		
	nov:	cumpriu		
	dez:	cumpriu		
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua		

indicador:	20			
objetivo:	Monitorar o cumprimentos de obrigação contratual.			
meta:	Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).			
produção:	set:	cumpriu		
	out:	cumpriu		
	nov:	cumpriu		
	dez:	cumpriu		
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua		

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	160	80,00
Qualitativas	200	200	100,00
Total	400	360	90,00

AVALIAÇÃO DO 3º QUADRIMESTRE DE 2019
Convênio 05/2018
Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"

UNIDADE: Dr. Sebastião José Rodrigues
--

Indicadores quantitativos				
indicador:	1			
objetivo:	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema Salute.			
fórmula:	Total de atendimentos (FA) com status "aberto" / total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100			
meta:	< 2%			
produção:	set	0	2.014	0,00
	out	0	4.734	0,00
	nov	0	4.542	0,00
	dez	0	4.469	0,00
	méd.:	0,00%		
Relatório 139 - Salute				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	2			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) realizadas, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	2.314	2.404	96,26
	out	2.168	2.404	90,18
	nov	2.460	2.404	102,33
	dez	2.486	2.404	103,41
	méd.:	98,04%		
Relatório 139 - Salute				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	3			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Coletas de material p/ exame citopatológico de colo de uterino realizadas, em relação ao descrito em FPO.			

fórmula:	Total de procedimentos de Coleta de material p/ exame citopatológico de colo de uterino / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set	26	38 68,42
	out	49	38 128,95
	nov	37	38 97,37
	dez	29	38 76,32
	méd.:	92,76%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	15		

indicador:	4		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Coletas de material p/ exame laboratorial realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Coleta de material p/ exame laboratorial / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set	297	207 143,48
	out	247	207 119,32
	nov	212	207 102,42
	dez	240	207 115,94
	méd.:	120,29%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	20		

indicador:	5		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes realizados, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Teste rápido para detecção de HIV em gestante / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set	9	3 300,00
	out	5	3 166,67
	nov	0	3 0,00
	dez	3	3 100,00
	méd.:	141,67%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	

Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark

Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua
-----------------------	-----------	---	--

indicador:	6		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set	480	369 130,08
	out	401	369 108,67
	nov	408	369 110,57
	dez	330	369 89,43
	méd.:	109,69%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	7		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica realizados, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		
meta:	100%		
produção:	set	1.168	996 117,27
	out	1.251	996 125,60
	nov	941	996 94,48
	dez	922	996 92,57
	méd.:	107,48%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:	
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts 85% a 89,9%=10 pts	90% a 94,9%= 15 pts <85% = não pontua

indicador:	8		
objetivo:	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal realizadas, em relação ao descrito em FPO.		
fórmula:	Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		

meta:	100%			
produção:	set	47	32	146,88
	out	45	32	140,63
	nov	41	32	128,13
	dez	33	32	103,13
	méd.:	129,69%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	9			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática realizados, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	153	130	117,69
	out	105	130	80,77
	nov	161	130	123,85
	dez	150	130	115,38
	méd.:	109,42%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	10			
objetivo:	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			
fórmula:	Total de procedimentos realizados / Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	6.898	6.421	107,43
	out	6.555	6.421	102,09
	nov	6.020	6.421	93,75
	dez	5.759	6.421	89,69
	méd.:	98,24%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

Indicadores qualitativos				
indicador:	11			
objetivo:	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			
fórmula:	Total de Fichas de atendimentos preenchidas / Total de Fichas de atendimento avaliadas x 100			
meta:	100%			
produção:	set	1213	1.225	99,02
	out	1309	1.319	99,24
	nov	1013	1.014	99,90
	dez	972	988	98,38
	méd.:	99,14%		
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	12			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
produção:	set	118	118	100,00
	out	124	126	98,41
	nov	109	111	98,20
	dez	94	96	97,92
	méd.:	98,63%		
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	13			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
	set	118	118	100,00

produção:	out	126	126	100,00
	nov	110	111	99,10
	dez	96	96	100,00
	méd.:	99,77%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	14			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
produção:	set	118	118	100,00
	out	123	126	97,62
	nov	107	111	96,40
	dez	95	96	98,96
	méd.:	98,24%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	15			
objetivo:	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.			
fórmula:	Total de funcionários capacitados/ Total de funcionários existentes x 100			
meta:	100%			
produção:	set	10	10	100,00
	out	18	19	94,74
	nov	15	15	100,00
	dez	4	5	80,00
	méd.:	93,68%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	15	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	16			
objetivo:	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço			
fórmula:	Nº de horas ausentes / Nº de horas trabalhadas x 100			

meta:	<5%			
produção:	set	60	3.568	1,68
	out	186	3.736	4,98
	nov	196	4.027	4,87
	dez	160	3.409	4,69
	méd.:	4,06%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

indicador:	17			
objetivo:	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.			
fórmula:	Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período / Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100			
meta:	100%			
produção:	set	4	4	100,00
	out	4	4	100,00
	nov	5	5	100,00
	dez	7	7	100,00
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

indicador:	18			
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			
meta:	Encaminhar MENSALMENTE até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Saúde da Família (USF), acompanhada de lista com o nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados			
produção:	set	cumpriu		
	out	cumpriu		
	nov	cumpriu		
	dez	cumpriu		
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	cumpriu 100% = 20 pontos		
		cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos	< 50% = não pontua	

indicador:	19			
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			
meta:	Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.			
produção:	set	cumpriu		
	out	cumpriu		
	nov	cumpriu		
	dez	cumpriu		
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

indicador:	20			
objetivo:	Monitorar o cumprimentos de obrigação contratual.			
meta:	Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).			
produção:	set	cumpriu		
	out	cumpriu		
	nov	cumpriu		
	dez	cumpriu		
	méd.:	100,00%		
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua		
Pontos obtidos	20			

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	195	97,50
Qualitativas	200	195	97,50
Total	400	390	97,50

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

AVALIAÇÃO DO 3º QUADRIMESTRE DE 2019	
Convênio 05/2018	
Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"	

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

Indicadores quantitativos				
indicador:	1			
objetivo:	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema Salute.			
fórmula:	Total de atendimentos (FA) com status "aberto" / total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100			
meta:	< 1%			
produção:	set	209	10.144	2,06
	out	184	10.995	1,67
	nov	150	9.557	1,57
	dez	280	9.666	2,90
	méd.:	2,04%		
Relatório 139 - Salute.				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	0	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

indicador:	2			
objetivo:	Acompanhar o percentual de atendimentos de Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) em relação ao total de pacientes em observação.			
fórmula:	Total de SAE realizadas / Total de pacientes em observação até 24 horas faturados neste período x 100			
meta:	100%			
produção:	set	227	227	100,00
	out	301	301	100,00
	nov	349	349	100,00
	dez	286	286	100,00
	méd.:	100,00%		
relatório 225 - Salute c/c relatório 06 procedimento				
Vi. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

indicador:	3			
objetivo:	Monitorar a quantidade de procedimentos de glicemia capilar realizados, em relação ao descrito em FPO			
fórmula:	Total de procedimentos de glicemia capilar realizados / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			
meta:	100%			
produção:	set	1.010	736	137,23
	out	1.058	736	143,75
	nov	921	736	125,14
	dez	798	736	108,42
	méd.:	128,63%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	4			
objetivo:	Monitorar a quantidade de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico) realizados, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	353	426	82,86
	out	451	426	105,87
	nov	476	426	111,74
	dez	420	426	98,59
	méd.:	99,77%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	5			
objetivo:	Monitorar a quantidade de atendimentos de Urgências c/ observação até 24 horas em Atenção Especializada realizados, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de atendimentos de Urgências c/ observação até 24 h em Atenção Especializada / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	234	342	68,42
	out	302	342	88,30
	nov	349	342	102,05
	dez	287	342	83,92
	méd.:	85,67%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	10	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

(12)

7

indicador:	6			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento realizados, em relação ao descrito em FPO			
fórmula:	Total de procedimentos de Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	8.652	8.028	107,77
	out	9.630	8.028	119,96
	nov	8.424	8.028	104,93
	dez	8.455	8.028	105,32
	méd.:	109,49%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	7			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Acolhimentos com classificação de risco realizados, em relação ao descrito em FPO			
fórmula:	Total de procedimentos de Acolhimento com classificação de risco / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	8.916	8.146	109,45
	out	9.893	8.146	121,45
	nov	8.570	8.146	105,21
	dez	8.426	8.146	103,44
	méd.:	109,89%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	8			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Aferição de pressão arterial realizadas, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Aferição de pressão arterial / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	6.718	5.945	113,00
	out	7.552	5.945	127,03
	nov	6.395	5.945	107,57
	dez	6.324	5.945	106,38
	méd.:	113,49%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	
		85% a 89,9%=10 pts	<85% = não pontua	

indicador:	9			
objetivo:	Monitorar a quantidade de Curativos Grau I c/ ou s/ debridamento realizados, em relação ao descrito em FPO.			
fórmula:	Total de procedimentos de Curativo Grau I c/ ou s/ debridamento / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	376	349	107,74
	out	354	349	101,43

produção:	nov	350	349	100,29
	dez	353	349	101,15
	méd.:	102,65%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

Indicador:	10			
objetivo:	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			
fórmula:	Total de procedimentos realizados / Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			
meta:	100%			
produção:	set	35.688	32.909	108,44
	out	40.882	32.909	124,23
	nov	33.964	32.909	103,21
	dez	29.913	32.909	90,90
	méd.:	106,69%		
relatório Tabwin				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

Indicadores qualitativos				
Indicador:	11			
objetivo:	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			
fórmula:	Total de Fichas de atendimentos preenchidas / Total de Fichas de atendimento avaliadas x 100			
meta:	100%			
produção:	set	8.642	8.934	96,73
	out	9.713	9.958	97,54
	nov	8.435	8.826	95,57
	dez	8.353	8.834	94,56
	méd.:	96,10%		
Relatório 250 - Salute				
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação:		
Pontos obtidos	20	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

Indicador:	12			
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo 10% pessoas/mês)			
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100			
meta:	100%			
produção:	set	713	748	95,32
	out	1.233	1.345	91,67
	nov	1.261	1.490	84,63
	dez	1.217	1.288	94,49
	méd.:	91,53%		
VI. Máximo 20				
Critérios de pontuação:				
Pontos obtidos	15	95% a 100%=20 pts	90% a 94,9%= 15 pts	<85% = não pontua
		85% a 89,9%=10 pts		

indicador:	13		
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)		
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100		
meta:	100%		
produção:	set	718	748 95,99
	out	1.246	1.345 92,64
	nov	1.320	1.490 88,59
	dez	1.242	1.288 96,43
	méd.:	93,41%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	15		

indicador:	14		
objetivo:	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo 10% pessoas/mês)		
fórmula:	Total de resultados com conceito "BOM" / Total de usuários pesquisados x 100		
meta:	100%		
produção:	set	702	748 93,85
	out	1.251	1.345 93,01
	nov	1.403	1.490 94,16
	dez	1.239	1.288 96,20
	méd.:	94,30%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	15		

(Handwritten blue marks)

(Handwritten signature)

indicador:	15		
objetivo:	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.		
fórmula:	Total de funcionários capacitados/ Total de funcionários existentes x 100		
meta:	100%		
produção:	set	5	7 71,43
	out	10	11 90,91
	nov	12	12 100,00
	dez	8	9 88,89
	méd.:	87,81%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	10		

indicador:	16		
objetivo:	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço		
fórmula:	Nº de horas ausentes / Nº de horas trabalhadas x 100		
meta:	<5%		
produção:	set	455	14.424 3,15
	out	802	14.706 5,45
	nov	756	14.280 5,29
	dez	833	14.988 5,56
	méd.:	4,86%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	20		

indicador:	17		
objetivo:	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.		
fórmula:	Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período / Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		
meta:	100%		
produção:	set	11	11 100,00
	out	11	11 100,00
	nov	42	42 100,00
	dez	12	13 92,31
	méd.:	98,08%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: 95% a 100%=20 pts 90% a 94,9%= 15 pts 85% a 89,9%=10 pts <85% = não pontua	
Pontos obtidos	20		

indicador:	18		
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.		
meta:	Encaminhar MENSALMENTE até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), acompanhada de lista com o nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados		
produção:	set	cumpriu	
	out	cumpriu	
	nov	cumpriu	
	dez	cumpriu	
	méd.:	100,00%	
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua	
Pontos obtidos	20		

MB

P

Indicador:	19	
objetivo:	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	
meta:	Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.	
produção:	set	cumpriu
	out	cumpriu
	nov	cumpriu
	dez	cumpriu
	méd.:	100,00%
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua
Pontos obtidos	20	

Indicador:	20	
objetivo:	Monitorar o cumprimentos de obrigação contratual.	
meta:	Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).	
produção:	set	cumpriu
	out	cumpriu
	nov	cumpriu
	dez	cumpriu
	méd.:	100,00%
VI. Máximo	20	Critérios de pontuação: cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e < 100% = 10 pontos < 50% = não pontua
Pontos obtidos	20	

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	170	85,00
Qualitativas	200	175	87,50
Total	400	345	86,25

R

J.
[assinatura]
9/10/11



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

via SMS

RELATÓRIO CONCLUSIVO

Convênio nº: 05/2018

Conveniente: Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”

Objeto: Avaliação do 3º quadrimestre de 2019 (setembro/dezembro)

- INTRODUÇÃO

A parceria firmada através da celebração do Convênio 05/2018, entre o município de São João da Boa Vista e a Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”, entidade filantrópica sem fins lucrativos, se caracteriza pela sua natureza de complementariedade na execução das ações e serviços públicos, portanto, tem origem no artigo 196 §1º da Carta Magna.

O objetivo central é o de assegurar a continuidade da assistência à saúde da população, com base nas diretrizes propostas pelas políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde, foi celebrada a presente parceria em 19 de dezembro de 2018.

O projeto é composto pelos seguintes eixos estruturantes:

a) Serviços de Urgência/Emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

- b) Serviços de Atenção Básica: Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- c) Serviços de Atenção Especializada em Saúde Mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, AD e Infantil);
- d) Serviços de Atenção Especializada: Centro de Especialidades “Dr. João Baptista de Oliveira Costa” e Centro de Especialidades Odontológicas “Dr. Palmyro Ferranti”.

O compromisso de assegurar a execução de ações e serviços em vários níveis de atenção revela a notável complexidade que impõe ao Poder Público a obrigação de acompanhar, de forma rigorosa, o desempenho das atividades desenvolvidas pela entidade.

Diante dessa obrigação a cada período quadrimestral é realizada uma avaliação de desempenho dos serviços que integram esse Convênio. Para instrumentalizar essa tarefa foi elaborado um sistema de indicadores, cada qual com sua meta, sendo especificamente direcionado a um agrupamento de serviços.

- MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Como já mencionado, a cada quadrimestre é aplicado um processo de avaliação e o critério utilizado para aferição do desempenho é baseado em um sistema de indicadores composto por metas quantitativas e qualitativas.

O método adotado para o processo de avaliação consiste em um exame observacional e comparativo entre os resultados alcançados/pactuados para aquele período, assim, busca-se constatar se o que foi produzido está condizente com as metas quantitativas definidas pelo Plano de Trabalho.

É oportuno esclarecer que enquanto as metas quantitativas tem o foco direcionado para as quantidades dos procedimentos produzidos, as metas qualitativas tende a avaliar se a entidade está estruturada a ponto de produzir ações com resultados que demonstrem eficiência, economicidade e efetividade, dentro de suas possibilidades.

Os indicadores são mensurados de acordo com a escala de pontuação, cujo parâmetro de aferição são representados por pontos percentuais de acordo com cada tarefa executada. Ao final é extraído o percentual que o Serviço/Unidade alcançou pelo cumprimento de suas metas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Ao findar a instrução do processo de avaliação a Comissão, nomeada para esse propósito, deve elaborar o relatório conclusivo e encaminhar às autoridades para cientificação e adoção de medidas condizentes com o caso relatado.

- SANÇÕES

O instrumento de convênio determina que o valor do repasse financeiro terá como base o valor repassado no período e será composto por uma parte fixa (90%) e outra variável (10%). Desta forma, o não atingimento dos resultados previstos nas metas terá como consequência o desconto de até 10% do valor correspondente à **PARTE VARIÁVEL**, nos termos seguintes:

Parâmetros	Descontos
De 95% a 100%	0
de 85% a 94,9%	3%
de 70% a 84,9%	5%
inferior a 70%	10%

O percentual de desempenho obtido pela avaliada será comparado com as diversas escalas da tabela acima e, sendo o caso, será aplicado o desconto pelo não cumprimento do que foi pactuado.

É o relatório.

O primeiro serviço a ser avaliado foi o de Urgência/Emergência, através da Unidade de Pronto Atendimento. Os resultados estão consolidados na tabela abaixo, entretanto, a planilha completa de avaliação seguirá em anexo a este relatório.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

1. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	170	85,00
Qualitativas	200	175	87,50
Total	400	345	86,25

Contatações:

- Percentual de fichas de atendimentos com status “aberto” superou o limite estabelecido como meta, afetando o desempenho desse indicador;
- As pesquisas de satisfação não conseguiram obter o resultado máximo de pontuação;
- A adesão dos funcionários às capacitações não foi suficiente para obter o resultado máximo de pontuação.

1.1. DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
76,60 %	79,40 %	84,87 %

2. SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA

2.1 USF MARIA GABRIELA JUNQUEIRA VALIM

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	150	75,00
Qualitativas	200	140	70,00
Total	400	290	72,50

Contatações:

- Percentual de visitas dos ACS não atingiu o percentual para pontuação;
- Pesquisas de satisfação não atingiram o percentual para pontuação.

2.1.1. DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
88,80%	76,30%	72,50%



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

2.2 USF DR. RAUL DE OLIVEIRA ANDRADE

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	160	80,00
Qualitativas	200	200	100,00
Total	400	360	90,00

Contatações:

- a) A coleta de material para exame citopatológico não atingiu o percentual para pontuação;
- b) A consulta de pré-natal não atingiu o percentual para pontuação

2.2.1 DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
90,00%	90,00%	90,00%

2.3 USF DR. GERALDO PRADELLA

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	165	82,50
Qualitativas	200	160	80,00
Total	400	325	81,25

Contatações:

- a) Percentual de visitas dos ACS não atingiu o percentual para pontuação;
- b) O Total dos procedimentos executados pela Unidade está abaixo do valor contratualizado;
- c) A pesquisa de satisfação referente aos atendimentos médicos não atingiu o percentual para pontuação.

2.3.1 DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
88,80%	78,80%	81,25%

(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

(Handwritten mark)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

2.4 USF DR. ERMELINDO A. ARRIGUCCI

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	80	40,00
Qualitativas	200	200	100,00
Total	400	280	70,00

Contatações:

- a) Percentual de visitas dos ACS não atingiu o percentual para pontuação;
- b) O indicador de consultas de pré-natal não atingiu o percentual para pontuação;
- c) O indicador de primeiras consultas odontológicas programáticas não atingiu o percentual para pontuação;
- d) O Total dos procedimentos executados pela Unidade está abaixo do valor contratualizado.

2.4.1 DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
96,30%	81,30%	70,00%

2.5 USF DR. ALEXIS HAKIM

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	180	90,00
Qualitativas	200	200	100,00
Total	400	380	95,00

Contatações:

- a) Percentual de visitas dos ACS não atingiu o percentual para pontuação.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
95,00%	90,00%	95,00%



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

2.6 USF DR. ANTENOR JOSÉ BERNARDES

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	170	85,00
Qualitativas	200	200	100,00
Total	400	370	92,50

Contatações:

a) O indicador de primeiras consultas odontológicas programáticas não atingiu o percentual para pontuação.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
85,00%	90,00%	92,50%

2.7 USF DR. SEBASTIÃO JOSÉ RODRIGUES

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	195	97,50
Qualitativas	200	195	97,50
Total	400	390	97,50

Contatações:

a) Nenhum evento que seja digno de apontamento.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
87,50%	92,50%	97,50%

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

2.8 USF DR. BENEDITO C. R. WESTIN

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	180	90,00
Qualitativas	200	180	90,00
Total	400	360	90,00

Contatações:

a) No indicador referente ao absenteísmo o percentual obtido superou o limite estabelecido como parâmetro.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
96,30%	93,80%	90,00%

2.9 UBS DR. PAULO EMÍLIO DE O. AZEVEDO

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	180	75	41,67
Qualitativas	200	115	57,50
Total	380	190	50,00

Contatações:

- a) A coleta de material para exame citopatológico não atingiu o percentual para pontuação;
- b) A coleta de material para exame laboratorial não atingiu o percentual para pontuação;
- c) O indicador de consulta médica em atenção básica não atingiu o percentual para pontuação;
- d) O indicador de primeiras consultas odontológicas programáticas não atingiu o percentual para pontuação.
- e) As pesquisas de satisfação não atingiram o percentual para a pontuação;
- f) O indicador de capacitações oferecidas aos funcionários não atingiu o percentual para pontuação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
70,80%	50,00%	50,00%

2.10 UBS DR. DELVO DE OLIVEIRA WESTIN

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	180	180	100,00
Qualitativas	200	165	82,50
Total	380	345	90,79

Contatações:

a) Nenhum evento digno de apontamento.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
69,40%	78,90%	90,79%

2.11 UBS DR. AMADO GONÇALVES DOS SANTOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	120	120	100,00
Qualitativas	200	140	70,00
Total	320	260	81,25

Contatações:

- a) As pesquisas de satisfação não atingiram o percentual para a pontuação;
- b) O indicador de capacitações oferecidas aos funcionários não atingiu o percentual para pontuação;
- c) No indicador referente ao absenteísmo o percentual obtido superou o limite estabelecido como parâmetro.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
43,30%	79,70%	81,25%

2.12 UBS DR. PAULO ROBERTO SORCI

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	120	120	100,00
Qualitativas	200	185	92,50
Total	320	305	95,31

Contatações:

a) Nenhum evento digno de apontamento.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
62,50%	98,40%	95,31%

2.13 UBS DR. ACIDINO DE ANDRADE

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	140	130	92,86
Qualitativas	200	200	100,00
Total	340	330	97,06

Contatações:

a) Nenhum evento digno de apontamento.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

Handwritten initials and a signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
64,10%	79,40%	97,06%

3. SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

3.1 CAPS AD

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	200	130	65,00
Qualitativas	200	180	90,00
Total	400	310	77,50

Contatações:

- a) O indicador referente às consultas médicas em atenção especializada não atingiu o percentual para pontuação;
- b) O indicador referente às práticas corporais não atingiu o percentual para pontuação;
- c) O Total dos procedimentos executados pela Unidade está abaixo do valor contratualizado.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
88,20%	82,90%	77,50%

3.2 CAPS II

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	180	170	94,44
Qualitativas	200	185	92,50
Total	380	355	93,42

Contatações:

- a) Nenhum evento digno de apontamento.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
76,50%	82,90%	93,42%



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

3.3 CAPS INFANTIL

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	180	175	97,22
Qualitativas	200	175	87,50
Total	380	350	92,11

Contatações:

a) No indicador referente ao absenteísmo o percentual obtido superou o limite estabelecido como parâmetro.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
94,10%	82,90%	92,11%

4. SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

4.1 CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	100	60	60,00
Qualitativas	200	160	80,00
Total	300	220	73,33

Contatações:

a) O indicador referente às consultas médicas em atenção especializada não atingiu o percentual para pontuação;

b) O indicador referente às Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) não atingiu o percentual para pontuação;

c) O indicador de fichas de atendimentos devidamente preenchidas não atingiu o percentual para pontuação;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

d) No indicador referente ao absenteísmo o percentual obtido superou o limite estabelecido como parâmetro.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
30,40%	53,30%	73,33%

4.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Metas	Atingíveis	Atingidos	percentuais de desempenho
Quantitativas	140	95	67,86
Qualitativas	200	200	100,00
Total	340	295	86,76

Contatações:

a) O indicador referente à Raspagem corono-radicular (por sextante) não atingiu o percentual para pontuação;

c) O indicador referente ao selamento provisório de cavidade dentária não atingiu o percentual para pontuação.

DESEMPENHO NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
28,30%	52,90%	86,76%



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

- QUADRO GERAL DOS RESULTADOS

Unidades	Desempenho nas metas						Totalização final		
	metas quantitativas			metas qualitativas			Total de pontos possíveis	Total de pontos obtidos	percentual final
	Pontos possíveis	Pontos obtidos	percentual	Pontos possíveis	Pontos obtidos	percentual			
UPA	200	170	85,00	200	175	87,50	400	345	86,25
USF Maria Gabriela J. Valim	200	150	75,00	200	140	70,00	400	290	72,50
USF Dr. Raul de Oliveira Andrade	200	160	80,00	200	200	100,00	400	360	90,00
USF Dr. Geraldo Pradella	200	165	82,50	200	160	80,00	400	325	81,25
USF Dr. Ermelindo A. Arrigucci	200	80	40,00	200	200	100,00	400	280	70,00
USF Dr. Alexis Hakim	200	180	90,00	200	200	100,00	400	380	95,00
USF Dr. Antenor José Bernardes	200	170	85,00	200	200	100,00	400	370	92,50
USF Dr. Sebastião José Rodrigues	200	195	97,50	200	195	97,50	400	390	97,50
USF Dr. Benedito Westin	200	180	90,00	200	180	90,00	400	360	90,00
UBS Dr. Paulo Emilio de O. Azevedo	180	75	41,67	200	115	57,50	380	190	50,00
UBS Dr. Delvo O. Westin	180	180	100,00	200	165	82,50	380	345	90,79
UBS Dr. Amado Gonçalves dos Santos	120	120	100,00	200	140	70,00	320	260	81,25
UBS Dr. Paulo R. Sorci	120	120	100,00	200	185	92,50	320	305	95,31
UBS Dr. Acidino de Andrade	140	130	92,86	200	200	100,00	340	330	97,06
CAPS AD	200	130	65,00	200	180	90,00	400	310	77,50
CAPS II	180	170	94,44	200	185	92,50	380	355	93,42
CAPS infantil	180	175	97,22	200	175	87,50	380	350	92,11
Centro de Especialidades Médicas	100	60	60,00	200	160	80,00	300	220	73,33
Centro de Especialidades Odontológicas	140	95	67,86	200	200	100,00	340	295	86,76
Total	3340	2705	80,99	3800	3355	88,29	7140	6060	84,87

DESEMPENHO GERAL NO ANO DE 2019

1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
76,60%	79,40%	84,87%

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

- CONCLUSÕES

Ao concluir o processo de avaliação referente ao 3º quadrimestre de 2.019 constatamos que o percentual de desempenho da avaliada registrou **84,87%**. Apesar de notória evolução em relação aos quadrimestres anteriores, o fato é que ainda não atingiu o percentual que a isenta das sanções pelo não atingimento das metas.

Nesse sentido, o instrumento de convênio determina que o não atingimento dos resultados previstos nas metas terá como consequência o desconto de até 10% do valor correspondente à **PARTE VARIÁVEL**, de acordo com os parâmetros abaixo:

Parâmetros	Descontos
De 95% a 100%	0
de 85% a 94,9%	3%
de 70% a 84,9%	5%
inferior a 70%	10%

Pelos parâmetros acima, tendo em vista o percentual de **84,87%** alcançado pela avaliada, deverá incidir o desconto de 5,0% sobre o repasse financeiro efetuado à entidade no período, referente à parte variável.

Valor repassado no 3º quadrimestre/2019 (RS)	Parte fixa (RS) (90%)	Parte variável (RS) (10%)	Desconto a ser aplicado (RS) (5% da parte variável)
6.558.726,94	5.902.854,24	655.872,69	32.793,63

Considerando os valores acima descritos concluímos que o valor a ser descontado da entidade perfaz o montante de **RS 32.793,63** (Trinta e dois mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta e três centavos).

Entretanto, tendo em vista o Termo Retificador nº 01/2.020, que corrige a quantia descontada a maior na avaliação do 1º quadrimestre, no valor de R\$ 4.950,41 (quatro mil, novecentos e cinquenta reais e quarenta e um centavos), o valor que deverá ser descontado nesta avaliação é de **RS 27.843,22** (vinte e sete mil, oitocentos e quarenta e três reais e vinte e dois centavos).



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Ante todo o exposto, concluímos esse processo de avaliação do 3º quadrimestre de 2019 e na sequência, nos termos da cláusula 8.2, do instrumento de convênio, a Comissão de Avaliação, nomeada pela Portaria 12.513, de 04 de novembro de 2.019, encaminha esse relatório conclusivo às autoridades a quem caberá adotar as providências cabíveis, em relação aos apontamentos apresentados.

São João da Boa Vista, 28 de abril de 2.020.

RUBYA SANNY DE CARVALHO

ISAAC FERREIRA DA SILVA

ELIANE TEREZINHA DE C. MENDES

CLÁUDIA MARIANO

MARIA APARECIDA I. DE LIMA

ELIANA BARBOSA C. GARCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Jd. Santa Edwiges
saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Objeto: Relatório de Avaliação do 1º quadrimestre de 2019 Convênio: 05/2018.
Avaliada: Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”.

TERMO DE RETIFICAÇÃO 01/2020

Pelo presente Termo de Retificação, os membros da Comissão de Avaliação do Convênio 05/2018, que ao final subscrevem, retificam o Relatório de Avaliação do 1º quadrimestre de 2019, nos seguintes termos:

Onde se lê:

Valor repassado no 1º quadrimestre/2019 (RS)	Parte fixa (RS) (90%)	Parte variável (RS) (10%)	Desconto a ser aplicado (RS) (5% da parte variável)
5.188.112,97	4.669.301,67	518.811,29	25.940,56

Leia-se:

Valor repassado no 1º quadrimestre/2019 (RS)	Parte fixa (RS) (90%)	Parte variável (RS) (10%)	Desconto a ser aplicado (RS) (5% da parte variável)
4.198.030,81	3.778.227,73	419.803,08	20.990,15

Obs:- O valor descontado a maior (R\$ 4.950,41) será deduzido na avaliação final do 3º quadrimestre.

O conteúdo do Relatório de Avaliação do 1º quadrimestre de 2019, não tratado neste Termo de Retificação, permanece inalterado para que produza todos os seus efeitos administrativos. Este Termo de Retificação passa a integrar o Relatório de Avaliação do 1º do quadrimestre. Para tanto, segue assinado pelos membros da Comissão de Avaliação.

São João da Boa Vista, 28 de abril de 2.020.

RUBYA SANNY DE CARVALHO

ISAAC FERREIRA DA SILVA

ELIANE TEREZINHA DE C. MENDES

CLÁUDIA MARIANO

MARIA APARECIDA I. DE LIMA

ELIANA BARBOSA C. GARCIA