



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Urgência/Emergência

UNIDADE: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

COORDENADOR (A) RESP.: Vânia C. V. M. Bordão

E-MAIL: coordenacaoupa@santacasasaojoao.com.br

DATA: 11 / 01 /2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	185	92,5%
Indicadores Qualitativos	200	175	87,5%
Total	400	360	90,0%

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL



COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Urgência/Emergência

UNIDADE: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

COORDENADOR (A) RESP.: Vânia C. V. M. Bordão

E-MAIL: coordenacaoupa@santacasasaojoao.com.br

DATA: 11 / 01 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
11	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 250 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	93,4%	Pontos obtidos:	15
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas preenchidas	8642	9713	8435	8353	8786
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	9195	10271	9029	9131	9407
	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	94,0%	94,6%	93,4%	91,5%	93,4%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade não atingiu pontuação máxima neste indicador, as produções serão discutidas com a diretoria técnica para cumprimento do indicador. Os profissionais médicos que atendem nas pequenas cirurgias não utilizam o sistema Salute, o preenchimento das fichas de atendimentos estão sendo feitas a mão. Também está influenciando neste indicador os exames de raio x que são solicitados pelas Unidades de Saúde, quando o paciente vem na UPA é necessário abrir um atendimento para a realização do exame e não é possível preencher a ficha pois o paciente só foi atendido para fazer exame. Outro fator que também gera impacto neste indicador é quando a Unidade fica sem sistema, sem internet, ou até queda de energia, nestes casos os atendimentos são realizados através de ficha manual, mesmo o faturamento sendo realizado após a normalização do sistema não conseguimos lançar a anamnese pois só pode ser preenchida pelo profissional médico que atendeu o paciente. No mês de dezembro observamos uma queda no indicador, no decorrer do mês a unidade ficou várias vezes sem internet, o que refletiu diretamente no indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Avaliar as produções com a diretoria técnica, conversar com os profissionais médicos de pequenas cirurgias e orientar que os lançamentos devem ser feitos no sistema Salute. Com relação aos atendimentos no setor de raio x, estamos aguardando reunião com o Departamento Municipal de Saúde para estruturação da agenda de exames de raio x. Monitorar o indicador para cumprimento da pontuação máxima nos próximos meses. Solicitar apoio da Gerência para avaliar oportunidades de melhorias no sistema e rede junto aos responsáveis, pois quando o sistema ficar fora do ar além de gerar transtorno na unidade, causa retrabalho e atrasos no atendimento.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
12	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Pesquisa / Planilha	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	90,8%	Pontos obtidos:	15	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	8652	9630	8424	8455	8790
Total de resultados com conceito "BOM".	713	1233	1261	1217	1106
Total de usuários pesquisados x 100	748	1345	1490	1288	1218
	95,3%	91,7%	84,6%	94,5%	90,8%
Mínimo 10%:	8,6%	14,0%	17,7%	15,2%	13,9%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador pela primeira vez, no decorrer dos meses foram feitas reuniões com a equipe de recepcionistas e orientado sobre a importância da realização das pesquisas de satisfação, para que pudessemos atingir a meta e identificar os pontos a serem melhorados na Unidade, solicitamos para que cada colaboradora realize em forma de meta diária, no mínimo 10 pesquisas por plantão, não é um número alto e possível de realização.					

PLANO DE AÇÃO					
Monitorar mensalmente os resultados das pesquisas junto com a equipe da recepção para que possamos continuar pontuando o indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
13	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Pesquisa / Planilha	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	92,9%	Pontos obtidos:	15	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	8652	9630	8424	8455	8790
Total de resultados com conceito "BOM"	718	1246	1320	1242	1132
Total de usuários pesquisados x 100	748	1345	1490	1288	1218
	96,0%	92,6%	88,6%	96,4%	92,9%
Mínimo 10%:	8,6%	14,0%	17,7%	15,2%	13,9%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador pela primeira vez, no decorrer dos meses foram feitas reuniões com a equipe de recepcionistas e orientado sobre a importância da realização das pesquisas de satisfação, para que pudessemos atingir a meta e identificar os pontos a serem melhorados na Unidade, solicitamos para que cada colaboradora realize em forma de meta diária, no mínimo 10 pesquisas por plantão, não é um número alto e possível de realização.					

PLANO DE AÇÃO					
Monitorar mensalmente os resultados das pesquisas junto com a equipe da recepção para que possamos continuar pontuando o indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			

Fonte: Pesquisa / Planilha	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	94,3%	Pontos obtidos:	15

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	8652	9630	8424	8455	8790
Total de resultados com conceito "BOM"	702	1251	1403	1239	1149
Total de usuários pesquisados x 100	748	1345	1490	1288	1218
	93,9%	93,0%	94,2%	96,2%	94,3%
	8,6%	14,0%	17,7%	15,2%	13,9%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador pela primeira vez, no decorrer dos meses foram feitas reuniões com a equipe de recepcionistas e orientado sobre a importância da realização das pesquisas de satisfação, para que pudessemos atingir a meta e identificar os pontos a serem melhorados na Unidade, solicitamos para que cada colaboradora realize em forma de meta diária, no mínimo 10 pesquisas por plantão, não é um número alto e possível de realização.					

PLANO DE AÇÃO					
Monitorar mensalmente os resultados das pesquisas junto com a equipe da recepção para que possamos continuar pontuando o indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
15	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			

Fonte: SEC DMS	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	93,3%	Pontos obtidos:	15

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados	5	28	12	11	14
Total de funcionários existentes	7	29	12	12	15
	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1
	71,4%	96,6%	100,0%	91,7%	93,3%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade não conseguiu pontuar o indicador no mês de setembro as colaboradoras Maria Dirce e Daniela Marques não puderam comparecer na capacitação e no mês de outubro a colaboradora Dayane Juliari não pode comparecer na capacitação para realização de teste rápido pois veio cobrir o plantão pois a colaboradora Daniela Marques estava de atestado. No mês de dezembro a unidade não conseguiu pontuação máxima pois a enfermeira RT estava de atestado e a coordenação comunicou o setor de Comunicação que a mesma estava de atestado somente em uma capacitação, esquecendo de enviar e-mail novamente para a segunda convocação.					

PLANO DE AÇÃO					
Reforçar com a equipe a importância da participação nas capacitações , e monitorar os resultados todo mês para que possamos atingir pontuação máxima nos próximos meses.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
16	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: DP Santa Casa e DMS		Meta:	<5%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	-1,0	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes	455	802	756	833	712
Nº de horas trabalhadas x 100	14424	14706	14280	14988	14600
	315,4%	545,4%	529,4%	555,8%	487,3%
<5%	-1,0	-0,9	-0,9	-0,9	-1,0
JUSTIFICATIVA					
Mesmo com o aumento no taxa de absenteísmo a Unidade conseguiu pontuação máxima no indicador. Observamos um aumento do absenteísmo da Unidade a partir do mês de outubro, um fator que elevou este índice foi a falta de reposição da servidora Patricia Primo Amorim que está de atestado médico desde o mês de setembro, e também os atestados da enfermeira Camila Garcia Penha que no período de novembro e dezembro ficou afastada por aproximadamente 40 dias.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio e fazer reposição da servidora Patricia Primo Amorim o mais breve possível.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
17	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Manutenção Santa Casa		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	98,7%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	11	11	42	12	19
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	11	11	42	13	19
	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	92,3%	98,7%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Equipamentos vistoriados no período: bisturi da sala de sutura, inter 5, eletro ecafex, bisturi pequenas cirurgias, DEA Samaritan, cardioversor TEB, oxímetro portátil, auto chave, ar condicionado da farmácia, CME e almoxarifado da farmácia, climatizador da recepção, grupo gerador. No mês de dezembro foi encaminhado para a empresa Inter CTI o inter 5 reserva da Unidade para análise e apresentação de laudo do equipamento.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
18	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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 nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
19	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratuais.		cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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).		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		06/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Urgência/Emergência

UNIDADE: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

COORDENADOR (A) RESP.: Vânia C. V. M. Bordão

E-MAIL: coordenacaoupa@santacasasaojoao.com.br

DATA: 11 / 01 / 2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
1	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema SALUTE.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	< 1%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	0	0	0	0	0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	10144	10993	9557	9666	10090
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Diarismo a auxiliar administrativa faz a conferência dos atendimentos que estão aberto e faz a finalização.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Acompanhar o percentual de atendimentos de Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) em relação ao total de pacientes em observação.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 225 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de SAE realizadas	234	301	349	286	293
Total de pacientes em observação até 24 horas faturados neste período	234	301	349	286	293
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. A enfermeira responsável técnica e a coordenação fazem verificação diária das SAEs realizadas para identificar possíveis erros de lançamentos.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio, através de acompanhamento diário dos lançamentos realizados no sistema Salute.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de procedimentos de glicemia capilar realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute, conforme anexo.		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	128,6%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de glicemia capilar realizados	1010	1058	921	798	947
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	736	736	736	736	736
	-0,3	-0,3	-0,2	-0,1	-0,2
	137,2%	143,8%	125,1%	108,4%	128,6%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador, a demanda de atendimentos na Unidade foi que levou ao cumprimento da meta.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando os faturamentos deste procedimento para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico) realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	99,8%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico).	353	451	476	420	425
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	426	426	426	426	426
	0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,0
	82,9%	105,9%	111,7%	98,6%	99,8%
JUSTIFICATIVA					
É o primeiro quadrimestre que a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Ao longo do ano a equipe de enfermagem foi orientada sobre a importância do faturamento do procedimento e os resultados foram sendo monitorados, atingindo nosso objetivo neste quadrimestre. No mês de setembro houve uma queda no faturamento do procedimento, a equipe foi orientada pela enfermeira RT sobre a importância do faturamento do procedimento.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando a equipe e monitorando este indicador para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Atendimentos de Urgências com observação até 24 horas em Atenção Especializada realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	85,6%	Pontos obtidos:	10

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Atendimentos de Urgências com observação até 24 horas em Atenção Especializada.	234	301	349	287	293
Total do mesmo procedimento, determinada pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	342	342	342	342	342
	0,5	0,1	0,0	0,2	0,2
	68,4%	88,0%	102,0%	83,9%	85,6%

JUSTIFICATIVA					
No primeiro e segundo quadrimestres não conseguimos pontuar este indicador, a equipe vem sendo orientada sobre a importância da realização do faturamento do procedimento, observamos um evolução nos resultados ao longo do quadrimestre, porém ainda é preciso continuar monitorando a equipe para realização do faturamento correto. Estamos fazendo tratativas do assunto nas reuniões mensais com a equipe de enfermagem.					
PLANO DE AÇÃO					
Orientar equipe de enfermagem para realizar o lançamento correto dos procedimentos na FAA, continuar monitorando o indicador para atingir pontuação máxima nos próximos meses.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
6	Monitorar a quantidade de Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	109,5%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento	8652	9630	8424	8455	8790
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	8028	8028	8028	8028	8028
	-0,1	-0,2	0,0	-0,1	-0,1
	107,8%	120,0%	104,9%	105,3%	109,5%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador, a demanda de atendimentos na Unidade foi que levou ao cumprimento da meta.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando os faturamentos deste procedimento para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.					

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
7	Monitorar a quantidade de Acolhimentos com classificação de risco realizados , em relação ao descrito em FPO.		Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	109,9%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Acolhimento com classificação de risco		8916	9893	8570	8426	8951
Total de procedimentos de Acolhimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		8146	8146	8146	8146	8146
		-0,1	-0,2	0,0	0,0	-0,1
		109,5%	121,4%	105,2%	103,4%	109,9%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador, a demanda de atendimentos na Unidade foi que levou ao cumprimento da meta.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando os faturamentos deste procedimento para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
8	Monitorar a quantidade de Aferição de pressão arterial realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	112,2%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Aferição de pressão Arterial		6718	7252	6395	6324	6672
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		5945	5945	5945	5945	5945
		-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1
		113,0%	122,0%	107,6%	106,4%	112,2%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador, a demanda de atendimentos na Unidade foi que levou ao cumprimento da meta.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando os faturamentos deste procedimento para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
9	Monitorar a quantidade de Curativos Grau I com ou semm debridamento realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	102,7%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Curativo Grau I com ou sem debridamento		376	354	350	353	358
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		349	349	349	349	349
		-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
		107,7%	101,4%	100,3%	101,1%	102,7%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador, a demanda de atendimentos na Unidade foi que levou ao cumprimento da meta.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando os faturamentos deste procedimento para manter a pontuação dentro do estipulado pelo convênio.						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação			
10	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20		
		Resultado:	94,2%	Pontos obtidos:	15		
PRODUÇÃO							
Fórmula			set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados			31347	33623	29634	29443	31012
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			32912	32912	32912	32912	32912
			0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
			95,2%	102,2%	90,0%	89,5%	94,2%
JUSTIFICATIVA							
A Unidade não conseguiu pontuação máxima neste indicador. Observado queda do faturamento nos meses de novembro e dezembro, um fator que impactou esta queda é que o quadro de colaboradores da enfermagem está incompleto, neste período o absenteísmo da Unidade aumentou muito, tivemos muitas faltas e atestados, com o quadro incompleto os colaboradores se dedicam mais ao atendimento a população. Não estão sendo considerados para fechamento da produção os procedimentos de Administração de Medicamentos na Atenção Especializada, apesar da equipe fazer o lançamento códigos próprios de lançamento das medicações no Salute.							
PLANO DE AÇÃO							
Já fizemos tratativa de faturamento na reunião com as enfermeiras na data de 09-01-20. Também estaremos implantando com os auxiliares administrativos da Unidade rotina de conferencia diária de faturamento. Continuar acompanhando este indicador para manter a pontuação máxima nos próximos meses.							

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL

LIDER RESPONSÁVEL

afuasa

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Palmyro Ferranti

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 01 / 2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	100	95	95,0%
Indicadores Qualitativos	200	195	97,5%
Total	300	290	96,7%

LIDER RESPONSÁVEL
Giovani Barbosa Manco
CRO 63547

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Palmyro Ferranti

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 01 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
13	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 250 Salute		Meta:	100%
		Resultado:	98,5%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	410	293	188	554	361
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	420	298	192	557	367
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	97,6%	98,3%	97,9%	99,5%	98,5%

JUSTIFICATIVA

A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.

PLANO DE AÇÃO

Monitorar o indicador para manter a meta e continuar incentivando os colaboradores para melhor preenchimento de suas atividades atendidas no sistema Salute.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%
		Resultado:	100,3%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	636	468	431	557	523
Total de resultados com conceito "BOM".	49	59	56	55	55
Total de usuários pesquisados x 100	52	60	56	58	57
	94,0%	101,7%	100,0%	105,5%	100,3%
Mínimo 10%	8,2%	12,8%	13,0%	10,4%	10,8%

JUSTIFICATIVA

A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador, porem no mês de setembro não atingiu os 10% em relação ao atendimento odontológico, orientado a equipe, onde obtivemos resultado positivo nos outros meses.

PLANO DE AÇÃO

Orientar a equipe da importância de manter a avaliação do atendimento e fomentar os usuários.

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
15	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	99,9%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19 Média
Atendimentos		636	468	431	557 523
Total de resultados com conceito "BOM"		52	60	56	55 56
Total de usuários pesquisados x 100		52	60	56	58 57
		94,0%	100,0%	100,0%	105,5% 99,9%
Mínimo 10%		8,2%	12,8%	13,0%	10,4% 10,8%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador, porem no mês de setembro não atingiu os 10% em relação ao acolhimento, orientado a equipe, onde obtivemos resultado positivo nos outros meses.					
PLANO DE AÇÃO					
Orientar a equipe da importância de manter a a avaliação do atendimento e fomentar os usuários.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
16	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	101,2%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19 Média
Atendimentos		636	468	431	557 523
Total de resultados com conceito "BOM"		49	57	56	55 54
Total de usuários pesquisados x 100		52	60	56	58 57
		94,0%	105,3%	100,0%	105,5% 101,2%
		8,2%	12,8%	13,0%	10,4% 10,8%
JUSTIFICATIVA					
.A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador, porem no mês de setembro não atingiu os 10% em relação a limpeza do ambiente, orientado a equipe, onde obtivemos resultado positivo nos outros meses.					
PLANO DE AÇÃO					
Orientar a equipe da importância de manter a a avaliação do atendimento e fomentar os usuários.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
17	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: Setor de Educação e Comunicação do DMS.		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	92,3%	Pontos obtidos:	15	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados		8	13	2	1	6
Total de funcionários existentes		8	15	2	1	7
		0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
		100,0%	86,7%	100,0%	100,0%	92,3%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Monitorar o indicador para manter a meta e dar ciência a todos os colaboradores sobre a importância de participar das capacitações e de justificar a ausência quando necessário.						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
18	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: Santa Casa/DMS - Serviço Pessoal		Meta:	<5%	Valor Máximo:		20
		Resultado:	-1	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes		45	76	23	12	39
Nº de horas trabalhadas x 100		2203	2241	2017	2060	2130
		204,3%	339,1%	114,0%	60,2%	183,5%
		-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
JUSTIFICATIVA						
A Unidade atingiu a pontuação. Houve pouca entrega de atestado e declarações dos colaboradores.						
PLANO DE AÇÃO						
Monitorar o indicador para manter a meta.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
19	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	2	3	4	3	3
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	2	3	4	3	3
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA					
Manutenção Preventiva Predial não é realizada.					
PLANO DE AÇÃO					
Monitorar o cumprimento do cronograma apresentado pela empresa do convênio.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Qtde.
Encaminhar mensalmente até o <u>5º dia útil</u> as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade do Centro de Especialidades, acompanhada de lista com nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2010	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2010	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA					
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter o compromisso de enviar na data estipulada.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
21	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Qtde.
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter o compromisso de enviar na data estipulada.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
22	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Qtde.
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).	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2010	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2010	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter o compromisso de enviar na data estipulada.					

LIDER RESPONSÁVEL
Giovani Barbosa Manco
CRO 63547

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Palmyro Ferranti

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07/01/2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
	Acompanhar o percentual de atendimentos médicos finalizados em relação ao número de pacientes que procuram por atendimentos médicos na Unidade.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Relatório 6- Salute	Meta:	< 1%	Valor Máximo:		20
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:		#DIV/0!
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos médicos finalizados	0	0	0	0	0
Total de pacientes registrados para atendimentos médicos x 100	0	0	0	0	0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do Centro de Especialidades Médicas.					
PLANO DE AÇÃO					
Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
	Monitorar a quantidade de Consultas médicas em atenção especializada realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Tabwin	Meta:	100%	Valor Máximo:		20
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:		#DIV/0!
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico)	0	0	0	0	0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do Centro de Especialidades Médicas.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação		
3	Monitorar a quantidade de Consultas médicas em atenção especializada realizadas, tendo como parâmetro a capacidade de consulta instalada para o serviço.		Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
	Fonte: Tabwin	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consultas médicas em atenção especializada	0	0	0	0	0
Total da capacidade de consultas instalada no serviço x 100	0	0	0	0	0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do Centro de Especialidades Médicas.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) realizadas, tendo como parâmetro a capacidade de consulta instalada por CBO (exceto Enfermeiro).	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!	
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico)	0	0	0	0	0
Total da capacidade de consulta instalada por CBO (exceto Enfermeiro) x 100	0	0	0	0	0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do Centro de Especialidades Médicas.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
7	Monitorar a quantidade de Primeiras consultas odontológicas programática realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,0%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira consulta odontológica programática	0	0	0	0	0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	17	17	17	17	17
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
Indicador prejudicado, pois esse procedimento não é realizado na Atenção Especializada, e sim na Atenção Básica.					
PLANO DE AÇÃO					
Substituir Indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de restaurações de dentes permanentes anteriores realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Painel do Gestor da Saúde		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	92,2%	Pontos obtidos:	15
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Restauração de dente permanente anterior	13	26	5	15	15
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	16	16	16	16	16
	0,2	-0,4	2,2	0,1	0,1
	81,3%	162,5%	31,3%	93,8%	92,2%
JUSTIFICATIVA					
Especificamente no mês de novembro o aparelho fotopolimerizador estava quebrado afetando o rendimento de restauração de dente, demais meses não houve demanda.					
PLANO DE AÇÃO					
O aparelho fotopolimerizador foi reparado no mês de Dezembro, normalizando as quantidades de restaurações . Para prevenir que tenha novamente uma baixa no indicador caso o aparelho volte a precisar de reparo, seria necessário a compra de um novo aparelho fotopolimerizador para reserva.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Raspagem corono-radicular (por sextante) realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Painei do Gestor da Saúde		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	83,5%	Pontos obtidos:	0

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Raspagem corono-radicular (por sextante)	510	288	126	438	341
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	408	408	408	408	408
	-0,2	0,4	2,2	-0,1	0,2
	125,0%	70,6%	30,9%	107,4%	83,5%

JUSTIFICATIVA	
Raspagem corono- radicular é um procedimento periodontal. Em alguns meses há um período de revisão de Raspagem corono- radicular em pacientes que já estão em tratamento, para avaliação será necessário uma nova raspagem, nesse período de revisão os indicadores sofrem uma queda. Também houve o período de férias do Profissional que foi iniciado no meio de outubro até novembro, não havendo substituição, sendo assim os atendimentos aos pacientes nos meses citados foram menores.	
PLANO DE AÇÃO	
Como não há substituição do profissional especializado, com o retorno do profissional das férias as metas normalizaram.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
10	Monitorar a quantidade de Restaurações de dentes permanentes posteriores realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Painei do Gestor da Saúde		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	102,8%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Total de procedimentos de Restauração de dente permanente posterior	38	32	17	24	28
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	27	27	27	27	27
	-0,3	-0,2	0,6	0,1	0,0
	140,7%	118,5%	63,0%	88,9%	102,8%

JUSTIFICATIVA	
Especificamente no mês de novembro o aparelho fotopolimerizador estava quebrado afetando o rendimento de restauração de dente, demais meses não houve demanda.	
PLANO DE AÇÃO	
O aparelho fotopolimerizador foi reparado no mês de Dezembro, normalizando as quantidades de restaurações . Para prevenir que tenha novamente uma baixa no indicador caso o aparelho volte a precisar de reparo, seria necessário a compra de um novo aparelho fotopolimerizador para reserva.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
11	Monitorar a quantidade de Total de procedimentos de selamento provisório de cavidade dentária / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100 realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Painel do Gestor da Saúde	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	80,1%	Pontos obtidos: 0

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de selamento provisório de cavidade dentária	56	44	45	44	47
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	59	59	59	59	59
	0,1	0,3	0,3	0,3	0,2
	94,9%	74,6%	76,3%	74,6%	80,1%

JUSTIFICATIVA	
O Selamento provisório de cavidade dentária é o fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário provisório, é uma etapa intermediária até que a restauração definitiva seja executada. Tivemos problemas com o consultório de Endodontia em manutenção, sendo utilizado outro consultório apenas quando este estava disponível, houve também a falta de profissional especializado que foi contratado no mês de novembro, e profissional especializado em Endodontia de férias. Todos esses fatores levaram a baixa dos nossos indicadores.	
PLANO DE AÇÃO	
Após conserto do consultório, contratação de profissional e retorno do profissional de férias os indicadores devem ser normalizados. Para prevenir a queda do indicador novamente, deverá ser mantido em dia a manutenção dos consultórios, substituição do profissional no período de férias e manter a demanda de pacientes do profissional contratado.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
12	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Painel do Gestor da Saúde	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	103,2%	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados	1785	1350	1152	1609	1474
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	1428	1428	1428	1428	1428
	-0,2	0,1	0,2	-0,1	0,0
	125,0%	94,5%	80,7%	112,7%	103,2%

JUSTIFICATIVA	
Durante o período tivemos problemas com consultório em manutenção, como já foi citado acima os atendimentos de Endodontia estavam sendo realizados em outro consultório, quando este estava disponível, houve férias de profissionais das especialidades de Endodontia e Périoendodontia e especificamente no mês de Novembro e fotopolimerizador ficou quebrado por volta de um mês. Todos estes fatores levaram a diminuição dos procedimentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas.	
PLANO DE AÇÃO	
Os indicadores serão normalizados após conserto do consultório e fotopolimerizador e a volta das férias dos profissionais especializados. Substituição dos profissionais em período de férias, manter a manutenção e preventiva dos consultórios e equipamentos ajudarão para que não haja diminuição dos indicadores, mantendo assim os atendimentos e procedimentos realizados.	



LIDER RESPONSÁVEL
Giovani Barbosa Manco
CRO 63547



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de especialidades Dr. João Batista de Figueiredo Costa

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07/ 01 / 2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	60	35	58,3%
Indicadores Qualitativos	200	180	90,0%
Total	260	215	82,7%

LIDER RESPONSÁVEL

Elaine Cristina Cibuim dos Santos
COREN 008003

COORDENADOR RESPONSÁVEL

Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de especialidades Dr. João Batista de Figueiredo Costa

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 01 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
13	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Salute - Relatório 250		Meta:	100%
		Resultado:	97,8%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	879	926	843	737	846
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	914	933	851	764	866
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	96,2%	99,2%	99,1%	96,5%	97,8%

JUSTIFICATIVA

A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.

PLANO DE AÇÃO

Monitorar para manter a meta e ressaltar a importância dos profissionais de preencherem todos os campos necessários nos atendimentos.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%
		Resultado:	99,8%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	917	899	850	764	858
Total de resultados com conceito "BOM".	89	60	116	145	103
Total de usuários pesquisados x 100	89	61	116	145	103
	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	99,8%
Mínimo 10%	9,7%	6,8%	13,6%	19,0%	12,0%

JUSTIFICATIVA

A Unidade atingiu a pontuação, porém nos meses de setembro e outubro não atingiram os 10% dos atendimentos médicos realizados, porém realizado conversa para realinhamento do processo, onde obtivemos resultado positivo nos meses de novembro e dezembro.

PLANO DE AÇÃO

Reorientar a equipe da importância de manter a avaliação do atendimento e fomentar os usuários. E sugerimos que seja realizada apenas na 1ª consulta e não nos retornos.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
15	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	88,5%	Pontos obtidos:	10

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	917	899	850	764	858
Total de resultados com conceito "BOM"	88	59	116	145	102
Total de usuários pesquisados x 100	89	61	166	145	115
	98,9%	96,7%	69,9%	100,0%	88,5%
Mínimo 10%	9,7%	6,8%	19,5%	19,0%	13,4%

JUSTIFICATIVA	
A Unidade atingiu a pontuação, porem nos meses de setembro e outubro não atingiram os 10% em relação ao Acolhimento recebido, porém realizado conversa para realinhamento do processo, onde obtivemos resultado positivo nos meses de novembro e dezembro.	
PLANO DE AÇÃO	
Manter que nosso plano de ação mantenha com conceito bom e não deixar cair a qualidade do atendimento prestado pelos colaboradores.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
16	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Unidade - Pesquisa de Satisfação Manual		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	97,2%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	917	899	850	764	858
Total de resultados com conceito "BOM"	88	60	116	145	102
Total de usuários pesquisados x 100	89	61	116	145	103
	98,9%	98,4%	100,0%	100,0%	99,5%
Mínimo 10%	9,7%	6,8%	13,6%	19,0%	12,0%

JUSTIFICATIVA	
A Unidade atingiu a pontuação, porem nos meses de setembro e outubro não atingiram os 10% em relação a Limpeza do Ambiente, porém realizado conversa para realinhamento do processo, onde obtivemos resultado positivo nos meses de novembro e dezembro.	
PLANO DE AÇÃO	
Reorientar a equipe da importância de manter a avaliação do atendimento e fomentar os usuários.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
17	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Setor de Educação e Comunicação do DMS	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	87,5%	Pontos obtidos:	10	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Total de funcionários capacitados	3	6	7	0	5
Total de funcionários existentes	4	8	7	0	6
	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2
	75,0%	75,0%	100,0%	100,0%	87,5%

JUSTIFICATIVA					
Esse mês de dezembro não houve capacitação para os colaboradores do Centro de Especialidades.					
PLANO DE AÇÃO					
Incentivar os colaboradores a participarem das capacitações quando houver, e dar ciência a todos da importância de justificar quando ausente ao Setor de Educação e Comunicação do DMS em tempo hábil.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
18	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Serviço pessoal Santa Casa/DMS	Meta:	<5%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	-0,9	Pontos obtidos:	20	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Nº de horas ausentes	35	57	282	253	1,6
Nº de horas trabalhadas x 100	2682	2720	2160	1979	23,9
	130,5%	209,6%	1305,6%	1279,9%	657,5%
	-1,0	-1,0	-0,9	-0,9	-0,9

JUSTIFICATIVA					
Colaboradores de licença no período (Dra Maristela e Juliana - T.O., licença para cuidar de familiar); Dr. Nicola (licença saúde).					
PLANO DE AÇÃO					
Realizar a substituição dos profissionais, para não prejudicar a assistência ao paciente e também ao cumprimento das metas e indicadores.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
19	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: Cronograma - Convênio	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	1	1	2	2	2
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	1	1	2	2	2
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA				
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.				
PLANO DE AÇÃO				
Monitorar para que continue sendo realizada as manutenções preventivas nos prazos estipulados pelas empresas contratadas.				

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
20	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma - Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
Encaminhar mensalmente até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade do Centro de Especialidades, acompanhada de lista com nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.		07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA				
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.				
PLANO DE AÇÃO				
Manter o compromisso de enviar na data estipulada (5º dia útil).				

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
21	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma - Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.		07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA				
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.				
PLANO DE AÇÃO				
Manter o compromisso de enviar na data estipulada.				

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
22	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua	
Fonte: Cronograma - Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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).	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade atingiu a pontuação nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter o compromisso de enviar na data estipulada.					



LIDER RESPONSÁVEL
Elaine Cristina Cibuim dos Santos
COREN 008003



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Especialidades

UNIDADE: Centro de especialidades Dr. João Batista de Figueiredo Costa

COORDENADOR (A) RESP.: Fernanda Peres Dornellas

E-MAIL: coord.esp@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 01 / 2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
1	Acompanhar o percentual de atendimentos médicos finalizados em relação ao número de pacientes que procuram por atendimentos médicos na Unidade.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	90,1%	Pontos obtidos:	15
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos médicos finalizados	917	899	851	764	858
Total de pacientes registrados para atendimentos médicos x 100	997	1015	841	956	952
	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1
	92,0%	88,6%	101,2%	79,9%	90,1%
JUSTIFICATIVA					
A produção mostra uma porcentagem abaixo do recomendado, devido faltas de alguns médicos neste mês, e devido ao decreto do natal e ano novo. No dia 23/12 o Gastroenterologista e a Cardiologista não realizaram atendimento e também não houve a substituição, sendo descontado essas horas. Como há uma taxa alta de absenteísmo, aproveitamos para fazer encaixes afim de diminuir a demanda reprimida. Quando separado por especialidade a taxa de absenteísmo foi a seguinte do mês de dezembro: otorrino 40,53%, dermato 34,67%, reumato 30,37%, médica clínica (tabaco) 36,36, cardio 36,44%, oftalmologista 37,04%, gastroentetologista 26,78. Consideração final: Total Estabelecimento: absenteísmo 323, pacientes agendados 956 e a porcentagem de 33,79 % (retirado essas informações do Salute relatório 223. As especialidades reumatologia, alergista e tabaco possuem vagas nas agendas, pois, não possui demanda/agendamento.					
PLANO DE AÇÃO					
Realizar campanha de divulgação na imprensa, informando os números de absenteísmo e reforçar com as USF e UBS a importância no ato da entrega do encaminhamento: o local, data e principalmente o horário; e quando houver a necessidade de passar a vaga para o agendamento, deverá ser com tempo hábil para ser agendado outro paciente. E reforçar junto ao paciente que o Centro de Especialidades trabalha aos sábados. Enviar ao setor de Educação e Comunicação solicitando uma roda de conversa com os responsáveis por entregar as guias com as necessidades citadas acima.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Consultas médicas em atenção especializada realizadas, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 6 - Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	7,8%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico)	1	12	15	17	11
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	144	144	144	144	144
	0,7%	8,3%	10,4%	11,8%	7,8%

JUSTIFICATIVA					
Indicador prejudicado, pois a FPO incluía os demais profissionais de nível superior exceto médico, porém indicador referente as consultas realizadas somente pelo Enfermeiro.					
PLANO DE AÇÃO					
Registrar todos os atendimentos realizados e rever FPO.					
INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
3	Monitorar a quantidade de Consultas médicas em atenção especializada realizadas, tendo como parâmetro a capacidade de consulta instalada para o serviço.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Salute - Relatório 6		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	73,1%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Total de procedimentos de Consultas médicas em atenção especializada	917	933	851	764	866
Total da capacidade de consultas instalada no serviço x 100	1308	1328	900	1332	1217
	0,4	0,4	0,1	0,7	0,4
	70,1%	70,3%	94,6%	57,4%	73,1%

JUSTIFICATIVA					
Médica alergista e tisiologia de licença. Oftalmologista de férias . E algumas especialidades não preenchem a agenda devido baixa demanda (Reumatologia, Clínica Médica - Programa Tabaco) e as faltas dos médicos e pacientes que foram citadas acima.					
PLANO DE AÇÃO					
Reforçar no ato da entrega da guia se não for na consulta médica ligar na unidade para passar a vaga em tempo hábil, para evitar lacunas na agenda e reforçar os médicos especialistas quanto as faltas , fazer cronograma para evitar que agende os pacientes evitando assim futuros transtornos e realizar a substituição dos especialistas.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
4	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico) realizadas, tendo como parâmetro a capacidade de consulta instalada por CBO (exceto Enfermeiro).			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Salute - Relatório 6		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	65,9%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Total de procedimentos de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico)	295	276	214	207	248
Total da capacidade de consulta instalada por CBO (exceto Enfermeiro) x 100	420	386	320	380	377
	0,4	0,4	0,5	0,8	0,5
	70,2%	71,5%	66,9%	54,5%	65,9%

JUSTIFICATIVA					
Indicador prejudicado devido a ausência da Terapeuta Ocupacional no periodo de 01 à 16/12 (licença saúde família) e da Nutricionista no periodo de 26/12 à 31/12/19 (atestado). E absenteísmo da nutricionista neste mês foi de 56,29% de 151 agendamentos (fonte salute 223).					
PLANO DE AÇÃO					
Reorientar a Terapeuta Ocupacional e Fonoaudióloga sobre a importância de realizar os agendamentos via Salute e serem de responsabilidade do Auxiliar Administrativo. Reforçar junto as unidades a necessidade de avisar sobre as consultas. Sugestão é que o agendamento para Nutricionisa seja feito no ato do					

encaminhamento, já que as unidades quem agendam.

E solicitar ao serviço de Educação e Comunicação nova roda de conversa sobre o protocolo de encaminhamento para o nutricionista.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
	Monitorar a quantidade de próteses dentárias requisitadas pelo serviço e o total de instalação de prótese dentária realizadas.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de instalações de próteses dentárias no mês	0	0	0	0	0,0
Total de requisições de próteses dentárias no mesmo período x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

JUSTIFICATIVA					
---------------	--	--	--	--	--

Indicador do CEO.

PLANO DE AÇÃO					
---------------	--	--	--	--	--

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
	Monitorar a quantidade de Exodontia de dente permanente realizadas, em relação ao descrito em FPO. Aplicado ao serviço de odontologia	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Exodontia de dente permanente	0	0	0	0	0,0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

JUSTIFICATIVA					
---------------	--	--	--	--	--

Indicador do CEO.

PLANO DE AÇÃO					
---------------	--	--	--	--	--

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
	Monitorar a quantidade de Primeiras consultas odontológicas programática realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:	Meta:	100	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Primeira consulta odontológica programática	0	0	0	0	0,0

Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

JUSTIFICATIVA					
Indicador do CEO.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de restaurações de dentes permanentes anteriores realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Restauração de dente permanente anterior	0	0	0	0	0,0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

JUSTIFICATIVA					
Indicador do CEO.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Raspagem corono-radicular (por sextante) realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Raspagem corono-radicular (por sextante)	0	0	0	0	0,0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

JUSTIFICATIVA					
Indicador do CEO.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
10	Monitorar a quantidade de Restaurações de dentes permanentes posteriores realizados, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Restauração de dente permanente posterior	0	0	0	0	0,0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do CEO.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
11	Monitorar a quantidade de Total de procedimentos de selamento provisório de cavidade dentária / Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100 realizados, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	#DIV/0!	Pontos obtidos:	#DIV/0!
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de selamento provisório de cavidade dentária	0	0	0	0	0,0
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	0	0	0	0	0,0
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
JUSTIFICATIVA					
Indicador do CEO.					
PLANO DE AÇÃO					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
12	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Painel Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	113,5%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos realizados	4028	4146	3719	3190	37,7
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	3323	3323	3323	3323	33,2
	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	-0,1
	121,2%	124,8%	111,9%	96,0%	113,5%

JUSTIFICATIVA
Indicador com pontuação máxima.
PLANO DE AÇÃO
Manter todos os atendimentos realizados digitalizados no Salute.



LIDER RESPONSÁVEL
Elaine Cristina Cibuim dos Santos
COREN 008003



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Fernanda Peres Dornellas
COREN 0139935