



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Maria Gabriela Junqueira Valim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	155	77,5%
Indicadores Qualitativos	200	140	70,0%
Total	400	295	73,8%

Cecília Mascaro Vieira

Cecília Mascaro Vieira
COREN/OUTROS: 247269

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Maria Gabriela Junqueira Valim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07/01/2020

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: Salute Relatório 250		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	98,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	841	967	792	684	8,2
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	856	983	806	697	8,4
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	98,2%	98,4%	98,3%	98,1%	98,3%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
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 de satisfação na unidade		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	68,1%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	684	690	592	584	638
Total de resultados com conceito "BOM".	44	53	55	66	55
Total de usuários pesquisados x 100	84	85	85	66	80
	52,4%	62,4%	64,7%	100,0%	68,1%
	12,3%	12,3%	14,4%	11,3%	12,5%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

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 de satisfação na unidade	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	72,2%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	684	690	592	584	638
Total de resultados com conceito "BOM"	46	62	57	66	58
Total de usuários pesquisados x 100	84	85	85	66	80
	54,8%	72,9%	67,1%	100,0%	72,2%
	12,3%	12,3%	14,4%	11,3%	12,5%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

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 de satisfação na unidade		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	72,2%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de resultados com conceito "BOM"		51	57	57	66	58
Total de usuários pesquisados x 100		84	85	85	66	80
		0,6	0,5	0,5	0,0	0,4
		60,7%	67,1%	67,1%	100,0%	72,2%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.						

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		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de funcionários capacitados		7	13	13	2	0,1
Total de funcionários existentes		7	13	13	2	0,1
		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 nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.	

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/ DP 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		14	21	36	56	32
Nº de horas trabalhadas x 100		2384	2504	2269	2416	2393
		58,7%	83,9%	158,7%	231,8%	132,7%
< 5%		-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.	

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/ Manutenção DMS	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	6	7	8	8	7
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	6	7	8	8	7
	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 nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.	

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	%
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.	07/10/2019	07/11/2019	07/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	07/12/2019	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 nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

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.	07/10/2019	07/11/2019	07/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	07/12/2019	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 nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
20	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	07/12/2019	07/01/2020	4
		07/10/2019	07/11/2019	07/12/2019	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 nesse indicador.
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.

Cecília Mascaro Vieira

Cecília Mascaro Vieira
COREN/OUTROS: 247269



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Maria Gabriela Junqueira Valim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

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: Salute relatório 6		Meta:	< 2%	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	1048	1098	2378	2215	1685
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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: Salute relatório 6		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	69,7%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)	896	777	978	826	8,7
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	1247	1247	1247	1247	12,5
	0,4	0,6	0,3	0,5	0,4
	71,9%	62,3%	78,4%	66,2%	69,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade estava com 2 agentes comunitárias em gozo do período de férias sem substituição.					
PLANO DE AÇÃO					
Realinhar os processos de trabalho fazendo orientações individuais com cada agente comunitário informando a baixa produtividade. Após enviar comunicado ao DMS.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame citopatológico de colo uterino 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: Salute Painei Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	108,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	26	27	19	23	24
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	22	22	22	22	22
	-0,2	-0,2	0,2	0,0	-0,1
	118,2%	122,7%	86,4%	104,5%	108,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
4	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame laboratorial 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: Salute Painei Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	88,3%	Pontos obtidos:	10	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame laboratorial		133	115	117	101	117
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)		132	132	132	132	132
		0,0	0,1	0,1	0,3	0,1
		100,8%	87,1%	88,6%	76,5%	88,3%
JUSTIFICATIVA						
A unidade não conseguiu pontuação máxima nesse indicador devido resolubilidade na consulta médica.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar resolubilidade em consulta médica.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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 Painel Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes		3	3	3	3	3
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)		3	3	3	3	3
		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 nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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: Salute Painei Gestor		Meta:	100%
		Resultado:	95,7%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico)	235	289	226	238	247
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	258	258	258	258	258
	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,0
	91,1%	112,0%	87,6%	92,2%	95,7%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuação máxima nesse indicador.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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 Painei Gestor		Meta:	100
		Resultado:	99,5%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica	684	684	592	584	6,4
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	639	639	639	639	6,4
	-0,1	-0,1	0,1	0,1	0,0
	107,0%	107,0%	92,6%	91,4%	99,5%

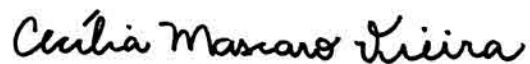
JUSTIFICATIVA	
A unidade não conseguiu pontuação máxima nesse indicador nos meses de novembro e dezembro, devido a feriados e ponto facultativo refletindo na diminuição das consultas. Devido aos dias de ponto facultativo ficamos duas semanas sem pediatra e dois períodos sem ginecologista.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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: Salute Painel Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	86,0%	Pontos obtidos:	10
PRODUÇÃO					
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas		22	18	19	27
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		25	25	25	25
		0,1	0,4	0,3	-0,1
		88,0%	72,0%	76,0%	108,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade não conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido redução no número de gestantes cadastradas e acompanhadas no município.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar o acompanhamento de 100% das gestantes cadastradas e acompanhadas da área de abrangência da unidade.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática 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 Painel Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	98,6%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática		76	76	70	70
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		74	74	74	74
		0,0	0,0	0,1	0,1
		102,7%	102,7%	94,6%	94,6%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.					

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: Salute Painel Gestor		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	90,0%	Pontos obtidos:	15
PRODUÇÃO					
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19
Total de procedimentos realizados		3967	4197	3646	3675
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		4302	4302	4302	4302
		0,1	0,0	0,2	0,2
		92,2%	97,6%	84,8%	85,4%

JUSTIFICATIVA
A unidade não conseguiu pontuação máxima nesse indicador devido aos feriados, pontos facultativos e falta de médicos interferindo na diminuição dos procedimentos realizados na unidade.
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador no próximo quadrimestre.



Cecília Mascaro Vieira
COREN/OUTROS: 247269



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Alex Hakim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. da Silva

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

07/01/2020

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: Salute Relatório 250	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	99,6%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	1382	1502	1174	1119	1294
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	1382	1504	1177	1133	1299
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	99,9%	99,7%	98,8%	99,6%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre reforçando a orientação com a equipe médica sobre a importância do preenchimento adequado, incluindo anamnese e CID, e incluir a verificação semanal de todos os atendimentos através do relatório.					
INDICADORES QUANTITATIVOS					
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 de Satisfação	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	99,7%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	1412	1504	1947	2552	1854
Total de resultados com conceito "BOM".	146	151	238	254	197
Total de usuários pesquisados x 100	146	151	238	256	198
	100,0%	100,0%	100,0%	99,2%	99,7%
	10,3%	10,0%	12,2%	10,0%	10,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre ofertando o formulário a todos os pacientes atendidos na Unidade e buscando suprir as necessidades do paciente com uma consulta de qualidade.					

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 de Satisfação		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	1412	1504	1947	2552	1854
Total de resultados com conceito "BOM"	146	151	238	256	198
Total de usuários pesquisados x 100	146	151	238	256	198
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	10,3%	10,0%	12,2%	10,0%	10,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre ofertando o formulário a todos os pacientes atendidos na Unidade e ofertar um serviço de qualidade por todos da equipe.					

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 de Satisfação		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	1412	1504	1947	2552	1854
Total de resultados com conceito "BOM"	146	151	238	256	198
Total de usuários pesquisados x 100	146	151	238	256	198
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mínimo 10%	10,3%	10,0%	12,2%	10,0%	10,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre ofertando o formulário a todos os pacientes atendidos na Unidade e reforçando com a auxiliar de serviços gerais a importancia da rotina de limpeza.					

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:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados	10	20	19	8	14
Total de funcionários existentes	10	20	19	8	14
	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 nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, realizando a inscrição de todos os colaboradores convocados e disponibilizando e reforçando sobre a importância da participação do colaborador.					

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: Relatório de Gestão		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		39	104	72	40	64
Nº de horas trabalhadas x 100		3400	3506	3287	2740	3233
		87,2	33,7	45,7	68,5	50,7
<5%		-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, conscientizando todos os colaboradores sobre a importância da finalização.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, realizando orientações com os colaboradores sobre a importância e necessidade do cumprimento da carga horária e da sua importância/função na equipe.						

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/ Manutenção DMS		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Qtde. Total
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período		7	7	6	5	6
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		7	7	6	5	6
		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 nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.	

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: Relatório de Gestão	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.	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 conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.	

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: Relatório de Gestão	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20

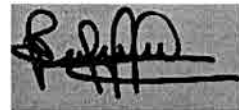
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Relatório de Gestão		Meta:	100%		
		Resultado:	Cumpriu		
		Valor Máximo:	20		
		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 conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					



Fernanda Cavalcante de Lucca
Coren: 158.231



Vanessa Francisco de Paula
Coren: 192.153



RESPONSÁVEL: Gisella Terezinha Tomaz Franco Anacleto
COREN/OUTROS: 274.850



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Alex Hakim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

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: Salute Relatório 6		Meta:	< 2%	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	4318	4476	3815	3332	3985
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, conscientizando todos os colaboradores sobre a importância da finalização.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, mantendo orientações em reuniões de equipe e feed back aos colaboradores.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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: Salute Relatório 6		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	57,1%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)	1146	1031	898	750	956
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	1674	1674	1674	1674	1674
	0,7	0,6	0,5	0,4	0,6
	68,5%	61,6%	53,6%	44,8%	57,1%
JUSTIFICATIVA					
Indicador prejudicado devido estar com redução no quadro de ACS, sendo apenas três colaboradores, ressaltando que nossa FPO estima pontuação baseado em nove colaboradores. Informamos que nesse mês de dezembro a colaboradora Reni gozou quinze dias de férias.					
PLANO DE AÇÃO					
Adequar a FPO para que o convênio possa atingir o indicador de acordo com a realidade do quadro de colaboradores; realizar reuniões mensais com os agentes, apontando resultados individuais das visitas realizadas, buscando estratégias para o melhor desempenho.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame citopatológico de colo uterino 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: Salute Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	102,7%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	44	66	33	46	0,5
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	46	46	46	46	0,5
	0,0	-0,3	0,4	0,0	0,0
	95,7%	143,5%	71,7%	100,0%	102,7%

JUSTIFICATIVA					
Nesse indicador, observamos a não adesão da população feminina bem como o absenteísmo permanente. Destacamos também as condições físicas da unidade que nos força a flexibilidade para trabalhar em horários disponíveis.					

PLANO DE AÇÃO					
Trabalhar a população feminina sobre a conscientização e a importância do procedimento através de atividades educativas em sala de espera e atendimento individualizado entre eles consulta médica, pós consulta e consulta de enfermagem.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame laboratorial 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: Salute Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	118,0%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame laboratorial	379	366	366	281	348
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	295	295	295	295	295
	-0,2	-0,2	-0,2	0,0	-0,2
	128,5%	124,1%	124,1%	95,3%	118,0%

JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					

PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre de acordo com as solicitações.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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 Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes	6	8	11	7	8
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	8	8	8	8	8
	0,3	0,0	-0,3	0,1	0,0
	75,0%	100,0%	137,5%	87,5%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
Houve a redução da demanda de gestante acompanhadas pela unidade, não sendo possível atingir o indicador todos os meses do quadrimestre.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar acompanhando todas as gestantes, realizando o primeiro teste na Abertura do Pré Natal , na vigésima segunda semana realizar o segundo teste e inserir na rotina do pré natal o terceiro teste, quando estiver no final da gestação.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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: Salute Painei Gestor		Meta:	100%
		Resultado:	112,9%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico)	410	532	448	444	459
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	406	406	406	406	406
	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9
	101,0%	131,0%	110,3%	109,4%	112,9%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, realizando atendimentos, acolhimentos e orientações conforme demanda.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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 Painei Gestor		Meta:	100
		Resultado:	120,6%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica	1342	1412	1104	1042	1225
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	1016	1016	1016	1016	1016
	-0,2	-0,3	-0,1	0,0	-0,2
	132,1%	139,0%	108,7%	102,6%	120,6%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, atendendo a demanda e buscando solicitar as necessidades do paciente.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, utilizando a mesma proposta; não dispensando pacientes das quais podemos trata - los com os recursos oferecidos na Atenção Basica, educando a população a procurar a Unidade Básica, ao invés de se deslocar a Unidade de Pronto Atendimento.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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: Salute Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	98,9%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas	22	59	55	50	47
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	47	47	47	47	47
	1,1	-0,2	-0,1	-0,1	0,0
	46,8%	125,5%	117,0%	106,4%	98,9%

JUSTIFICATIVA

Houve a redução da demanda de gestante acompanhadas pela unidade, não sendo possível atingir o indicador no mês de setembro.

PLANO DE AÇÃO

Em outubro iniciamos como plano de ação a consulta de enfermagem a todas gestantes após a consulta de rotina com a ginecologista. Com esta ação podemos observar que atingimos a meta nos meses seguintes, contudo, manteremos a conduta. Ressaltamos que diante de todas as faltas, as mesmas são convocadas e orientadas quanto a importancia do seguimento.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática 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 Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	99,7%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática	170	170	168	170	170
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	170	170	170	170	170
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	98,8%	100,0%	99,7%

JUSTIFICATIVA

A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.

PLANO DE AÇÃO

Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre de acordo com a demanda.

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: Salute Painei Gestor	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	109,1%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos realizados	8022	8378	6757	6248	73,5
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	6735	6735	6735	6735	67,4
	-0,2	-0,2	0,0	0,1	-0,1
	119,1%	124,4%	100,3%	92,8%	109,1%

JUSTIFICATIVA

Conseguimos pontuar este indicador nos três primeiros meses, porém no mês de dezembro não atingimos a pontuação, pois estavam de férias um médico (Dr. Mario) e uma Agente Comunitária de Saúde (Reni); além disso houve os feriados e ponto facultativos.

PLANO DE AÇÃO

Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, deixando ciente a equipe sobre a importância dos lançamentos de todos os procedimentos realizados, e continuar prestando assistência a toda demanda.



Fernanda Cavalcante de Lucca
Coren: 158.231



Vanessa Francisco de Paula
Coren: 192.153



RESPONSÁVEL: Gisella Terezinha Tomaz Franco Anacleto
COREN/OUTROS: 274.850



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Sebastião José Rodrigues

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07 / 01 /2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	180	90,0%
Indicadores Qualitativos	200	195	97,5%
Total	400	375	93,8%

RESPONSÁVEL: Michelly Tiense Poletini

COREN/OUTROS: 184389

RESPONSÁVEL: Tathiana Cristina Canal Gumieri Gomes

COREN/OUTROS: 171831

COORDENADOR RESPONSÁVEL

Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Sebastião José Rodrigues

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07 / 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: SALUTE - relatório 250		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	97,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	1.189	1.306	956	973	11,1
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	1.228	1.344	981	1007	11,4
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	96,8%	97,2%	97,5%	96,6%	97,0%
JUSTIFICATIVA					
Set/ Out/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Nov/19 o sistema SALUTE não está computando a médica pediatra que realizou atendimentos na Unidade, enviado e-mail ao setor acompanhamento, mas sem solução até o fechamento do indicador 6/12/19. Dez/19 foi solucionada a dificuldade de novembro, a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
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 DE SATISFAÇÃO		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	98,7%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	1169	1250	1014	923	1089
Total de resultados com conceito "BOM".	118	124	109	94	111
Total de usuários pesquisados x 100	118	126	111	96	113
	100,0%	98,4%	98,2%	97,9%	98,7%
	10,1%	10,1%	10,9%	10,4%	10,4%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					

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 DE SATISFAÇÃO		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	99,8%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos		1169	1250	1014	923	1089
Total de resultados com conceito "BOM"		118	126	110	96	113
Total de usuários pesquisados x 100		118	126	111	96	113
		100,0%	100,0%	99,1%	100,0%	99,8%
		10,1%	10,1%	10,9%	10,4%	10,4%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar atingindo meta proposta.						

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 DE SATISFAÇÃO		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	98,2%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Atendimentos		1169	1250	1014	923	1089
Total de resultados com conceito "BOM"		118	123	107	95	111
Total de usuários pesquisados x 100		118	126	111	96	113
		100,0%	97,6%	96,4%	99,0%	98,2%
		10,1%	10,1%	10,9%	10,4%	10,4%
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar atingindo meta proposta.						

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:	91,5%	Pontos obtidos:	15	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados		10	16	13	4	11
Total de funcionários existentes		10	17	15	5	12
		0,0	0,1	0,2	0,3	0,1
		100,0%	94,1%	86,7%	80,0%	91,5%
JUSTIFICATIVA						
Set/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Out/19 o Colaborador cedido convocado com diversas orientações, mesmo assim não compareceu a capacitação. Nov/19 a Unidade conseguiu pontuação neste indicador. Dez/19 Substituição médica no período da capacitação, não enviada médica substituta para convocação.						
PLANO DE AÇÃO						
Sensibilizar a equipe da importância das capacitações ofertadas pelo município na reunião de equipe e individualmente para a melhoria da qualidade deste indicador no próximo quadrimestre.						

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:		Meta:	<5%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	-1,0	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Nº de horas ausentes		60	186	196	160	1,5
Nº de horas trabalhadas x 100		3568	3736	4027	3409	36,9
		168,2%	497,9%	486,7%	469,3%	408,4%
		-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
JUSTIFICATIVA						
A Unidade conseguiu pontuação neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.						

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: 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		4	4	5	7	5
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		4	4	5	7	5
		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.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar atingindo meta proposta.	

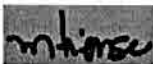
Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
18	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.		cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumpriu	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
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.		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 conseguiu pontuação máxima neste indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar atingindo meta proposta.	

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.		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 conseguiu pontuação máxima neste indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar atingindo meta proposta.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual			cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	.Cumpriu	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 conseguiu pontuação máxima neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar atingindo meta proposta. *						



RESPONSÁVEL: Michelly Tiense Poletini
COREN/OUTROS: 184389



RESPONSÁVEL: Tathiana Cristina Canal Gumieri Gomes
COREN/OUTROS: 171831



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Sebastião José Rodrigues

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07 / 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: SALUTE - relatório 6		Meta:	< 2%	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	4.902	4.662	4.468	4390	4606
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Na reunião de equipe reforçar a importância de finalizar todos os atendimentos no sistema SALUTE e continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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: SALUTE - Relatório 6		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	97,9%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)	2.310	2.165	2.453	2485	2353
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	2.404	2.404	2.404	2404	2404
	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	96,1%	90,1%	102,0%	103,4%	97,9%
JUSTIFICATIVA					
Houve uma redução no quadro de ACS na Unidade. Out/19 férias na microárea 01 e 03 equipe 02, sem substituições. Nov/19 a Unidade conseguiu pontuação neste indicador. Dez/19 a Unidade conseguiu pontuação neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Readequar a FPO de acordo com o número de ACS para o próximo quadrimestre, pois a meta de visitas está sobrecarregando as 07 ACS, afetando drasticamente a qualidade das visitas domiciliares das ACS. Há 01 área descoberta, e as agentes frequentam a área conforme necessidades.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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 GESTOR		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	150,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes	9	5	1	3	5
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	3	3	3	3	3
	-0,7	-0,4	2,0	0,0	-0,3
	300,0%	166,7%	33,3%	100,0%	150,0%
JUSTIFICATIVA					
Set./Out/19. A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Nov/19 - A Unidade não atingiu indicador neste mês devido falta de procura de abertura de pré-natal. Dez/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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: PAINEL GESTOR		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	66,7%	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 Básica (exceto médico)	312	278	235	159	246
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	369	369	369	369	369
	0,2	0,3	0,6	1,3	0,5
	84,6%	75,3%	63,7%	43,1%	66,7%
JUSTIFICATIVA					
Houve realinhamento nos processos de trabalho realizados pela Unidade que impactaram no comportamento da FPO. A partir do mês de março a prevenção odontológica não é mais uma estratégia, acarretando na diminuição deste procedimento.					
PLANO DE AÇÃO					
Nova reformulação do FPO.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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 GESTOR		Meta:	100	Valor Máximo:	20
		Resultado:	109,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica	1.169	1.250	1014	923	1089
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	996	996	996	996	996
	-0,1	-0,2	0,0	0,1	-0,1
	117,4%	125,5%	101,8%	92,7%	109,3%
JUSTIFICATIVA					
set/19 e out/19. A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Nov /19 A Unidade não conseguiu pontuação neste indicador devido a taxa de absenteísmo. Dez/19 A Unidade não conseguiu pontuação neste indicador devido a taxa de absenteísmo, mês sazonal e 6 dias não faturáveis.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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: PAINEL GESTOR		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	129,7%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas	47	45	41	33	42
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	32	32	32	32	32
	-0,3	-0,3	-0,2	0,0	-0,2
	146,9%	140,6%	128,1%	103,1%	129,7%
JUSTIFICATIVA					
A Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Conforme a demanda da população de gestantes da unidade, continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática 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 GESTOR	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	109,4%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática	153	105	161	150	142
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	130	130	130	130	130
	-0,2	0,2	-0,2	-0,1	-0,1
	117,7%	80,8%	123,8%	115,4%	109,4%

JUSTIFICATIVA					
Set/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Out/19 a colaboradora responsável por este atendimento apresentou falta justificada por oito dias, não havendo substituição da profissional. Nov/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Dez/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador.					

PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					

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: PAINEL GESTOR	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	100,8%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados	7.081	6.763	6.167	5873	6471
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	6.421	6.421	6.421	6421	6421
	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0
	110,3%	105,3%	96,0%	91,5%	100,8%

JUSTIFICATIVA					
Set/19, out/19 e nov/19 a Unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador. Dez/19 A Unidade não conseguiu pontuação neste indicador, quadro de colaborador reduzido, mês sazonal de férias da população com aumento da taxa de abseteismo e 6 dias não faturáveis.					

PLANO DE AÇÃO					
Continuar atingindo meta proposta para o próximo quadrimestre.					



RESPONSÁVEL: Michelly Tiense Poletini
COREN/OUTROS: 184389



RESPONSÁVEL: Tathiana Cristina Canal Gumieri Gomes
COREN/OUTROS: 171831



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018
SERVIÇOS: Atenção Básica
UNIDADE: USF Dr. Alex Hakim

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva
E-MAIL: coord.ab@santacasasaojoao.com.br
07/01/2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	180	90,00%
Indicadores Qualitativos	200	200	100,00%
Total	400	380	95,00%

Fernanda Cavalcante de Lucca
Coren: 158.231

Vanessa Francisco de Paula
Coren: 192.153

RESPONSÁVEL: Gisella Terezinha Tomaz Franco Anacleto
COREN/OUTROS: 274.850

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva