



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

0155

| |
|--|
| Indicador: 2 |
| Objetivo: Acompanhar a apresentação das AIHs na competência subsequente à alta do paciente. |
| Meta: Taxa \geq a 80% |
| Fórmula: Total de AIHs apresentadas para aprovação em competência subsequente à alta do paciente / Total de AIHs apresentadas para aprovação no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|---|
| Indicador: 3 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de <u>ALTA COMPLEXIDADE</u> na área da Traumatologia-ortopedia. |
| Meta: \geq 8 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|---|
| Indicador: 4 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de <u>MÉDIA COMPLEXIDADE</u> contratualizadas na área da Traumatologia-ortopedia. |
| Meta: \geq 12 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Norma: Portaria 90, de 27 de março de 2009 e PPI (Programação Pactuada Integrada). |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|---|
| Indicador: 5 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de <u>ALTA COMPLEXIDADE</u> na área da Neurologia/Neurocirurgia. |
| Meta: \geq 12 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Norma: Portaria 756, de 27 de dezembro de 2005 e PPI (Programação Pactuada Integrada). |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

| |
|--|
| Indicador: 6 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias de ALTA COMPLEXIDADE na área da Oncologia. |
| Meta: ≥ 14 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Norma: Portaria 140, 27 de fevereiro de 2014 e PPI (Programação Pactuada Integrada). |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|--|
| Indicador: 7 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS para o município de São João da Boa Vista. |
| Meta: ≥ 54 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|--|
| Indicador: 8 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS para o município de Aguai. |
| Meta: ≥ 13 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|--|
| Indicador: 9 |
| Objetivo: Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS para o município de Águas da Prata. |
| Meta: ≥ 5 cirurgias mensais |
| Fórmula: Total de cirurgias realizadas no período / Total de cirurgias contratualizadas no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1156

| |
|---|
| Indicador:10 |
| Objetivo: Manter os diagnósticos secundários nas AIHs igual ou superior a 25% discriminados por especialidade - Pediatria. |
| Meta: $\geq 25\%$ |
| Fórmula: Número de AIHs de pediatria com diagnóstico secundários no período/ Total de AIHs de pediatria no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|---|
| Indicador:11 |
| Objetivo: Manter os diagnósticos secundários nas AIHs igual ou superior a 25% discriminados por especialidade - Obstetrícia. |
| Meta: $\geq 25\%$ |
| Fórmula: Número de AIHs de obstetrícia com diagnóstico secundários no período/ Total de AIHs de obstetrícia no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|--|
| Indicador:12 |
| Objetivo: Manter os diagnósticos secundários nas AIHs igual ou superior a 25% discriminados por especialidade – Clínica Médica. |
| Meta: $\geq 25\%$ |
| Fórmula: Número de AIHs de clínica médica com diagnóstico secundários no período/ Total de AIHs de clínica médica no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |

| |
|--|
| Indicador:13 |
| Objetivo: Manter os diagnósticos secundários nas AIHs igual ou superior a 25% discriminados por especialidade – Clínica Cirúrgica. |
| Meta: $\geq 25\%$ |
| Fórmula: Número de AIHs de clínica cirúrgica com diagnóstico secundários no período/ Total de AIHs de clínica cirúrgica no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Metas qualitativas: FINANCEIRAS.

| |
|--|
| Indicador:1 |
| Objetivo: Monitorar a taxa de utilização dos recursos financeiros para os procedimentos de ALTA COMPLEXIDADE (hospitalar/ambulatorial) |
| Meta: $\leq 100\%$ do teto financeiro contratualizado |
| Fórmula: Total do valor faturado no período / Total do valor contratualizado no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: tabwin |

| |
|--|
| Indicador:2 |
| Objetivo: Monitorar a taxa de utilização dos recursos financeiros para os procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE (hospitalar/ambulatorial) |
| Meta: $\geq 95\%$ do teto financeiro contratualizado |
| Fórmula: Total do valor faturado no período / Total do valor contratualizado no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: tabwin |

Metas qualitativas: Operacionais.

| |
|--|
| Indicador:1 |
| Objetivo: Acompanhar a execução do Plano Anual de Capacitação - PAC. |
| Meta: Taxa $\geq 95\%$ |
| Fórmula: Total de treinamentos realizados no período / Total de treinamentos planejados conforme o PAC para o período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: Relatórios |
| Obs: O Plano Anual de Capacitação deverá ser protocolado no Departamento Municipal de Saúde até o dia 31 de janeiro de cada exercício e servirá de parâmetro para as avaliações quadrimestrais. As alterações no Plano deverão ser justificadas por ocasião da avaliação do período de sua ocorrência. |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1157

| |
|---|
| Indicador:2 |
| Objetivo: Monitorar a APLICAÇÃO de pesquisa de satisfação aos pacientes em estado de internação durante o período avaliado. |
| Meta: Taxa \geq 25% dos pacientes |
| Fórmula: Total de pacientes pesquisados no período / Total de internações registradas no período avaliado x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: Relatórios |

| |
|--|
| Indicador:3 |
| Objetivo: Monitorar o RESULTADO da pesquisa de satisfação aplicada aos pacientes em estado de internação durante o período avaliado. |
| Meta: Taxa \geq a 80% com conceitos bom/ótimo |
| Fórmula: Total de Pacientes internados pesquisados com conceito bom e ótimo no período / Total de pacientes internados pesquisados no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: Relatórios |

| |
|---|
| Indicador: 4 |
| Objetivo: Monitorar o percentual de partos vaginais em relação ao total de partos realizados. |
| Meta: 42% |
| Fórmula: Total de partos vaginais realizados no período / Total de partos realizados no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: 95 a 105%: 10 pts ; 80 a 94,9%: 5 pts ; 70 a 79,9%: 3 pts ; < 70%: 0 pt. |
| Fonte: Relatórios |

| |
|--|
| Indicador: 5 |
| Objetivo: Avaliar a caracterização das AIH utilizando amostra aleatória de no mínimo 10% do total de AIH apresentadas, avaliando uma a uma, se o caráter registrado é compatível com o registro correto da internação: Urgência (caráter 2 à 6)/ Eletiva (caráter 1). |
| Meta: \geq 80 % caracterização correta |
| Fórmula: Número de AIHs com caracterização correta/ Total de AIHs selecionadas no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: \geq 80: 10 pts ; 79 a 65%: 5 pts ; < 65%: 0 pt. |
| Fonte: SIHD |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1158

| |
|---|
| Indicador: 10 |
| Objetivo: Monitorar a taxa de mortalidade Institucional (óbitos após 24 horas). |
| Meta: $\leq 3\%$ |
| Fórmula: Total de óbitos após ≥ 24 horas de internação no no período / Total de saídas no mesmo período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: $\leq 3\%$: 10 pts ; $> 3\%$ e $< 5\%$: 5 pts ; $> 5\%$: 0 pt. |
| Fonte: Relatório da Instituição |

| |
|---|
| Indicador: 11 |
| Objetivo: Monitorar a taxa de ocupação dos leitos operacionais. |
| Meta: Taxa $\geq 85\%$ |
| Fórmula: Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos-dia no período x 100 |
| Parâmetros de pontuação: $\geq 85\%$: 10 pts ; $< 85\%$ - $> 65\%$: 5 pts ; $< 65\%$: 0 pt. |
| Fonte: Relatórios |

ANÁLISE DE DOCUMENTOS

| |
|---|
| Bloco: 1 |
| Objetivo: Examinar as escalas dos plantões das especialidades pactuadas. |
| Documentos: 1- Apresentar as escalas mensais dos plantões das seguintes especialidades: Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Neurocirurgia; Ortopedia; Anestesiologia; Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Buco Maxilo; Vascular; Cirurgia Oncológica; Urologia; Neurologia Clínica. 2 – Apresentar as escalar mensais dos plantões das Especialidades de Apoio: Radiologia; Unidade de Terapia Intensiva; |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Infectologia;
Fisioterapia.
3- Declaração elaborada pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico assegurando a plena assistência das especialidades pactuadas.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco:2

Objetivo: Acompanhar as atualizações promovidas no cadastro do CNES nas modalidades: cadastro dos serviços e equipamentos e cadastro de profissionais.

Documentos: Declaração de regularidade e atualização das informações registradas no CNES (Serviços e equipamentos e cadastro de profissionais).

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Bloco:3

Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão de Revisão de Prontuários.

Documentos:

- 1 - Regimento Interno;
- 2 - Termo de nomeação da Comissão de Revisão de Prontuários;
- 3 – Cópias das atas das reuniões realizadas no quadrimestre.
- 4 - Relatório analítico dos prontuários vistoriados, por especialidades.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Obs: Deverão ser verificados no mínimo 50 prontuários/mês, de acordo com os critérios:

Especialidades básicas:

Pediatria 20%; Clínica médica 20%, Clínica Cirúrgica 20% e Obstetrícia 20%.

Internações de Alta Complexidade: 20%

Bloco:4

Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão de Óbitos.

Documentos:

- 1 - Regimento Interno;
- 2 - Termo de nomeação da Comissão de Óbitos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1159

| |
|---|
| 3 - Cópias das atas das reuniões realizadas no quadrimestre; 4 - Relatório analítico das causas terminais e básicas dos óbitos e medidas adotadas; 5 - Notificações dos óbitos maternos e neonatais. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts ; Atendido parcialmente: 5 pts ; Não atendido: 0 pt. |
| Obs: Os relatórios dos óbitos devem considerar a causa terminal e a causa básica, com análise dos itens solicitados na planilha e medidas adotadas. Também deverão ser apresentadas as notificações dos óbitos maternos e neonatais, informando o nome da mãe, endereço, idade e unidade de saúde em que realizou o pré-natal. |

| |
|---|
| Bloco: 5 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. |
| Documentos: 1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; 3 - Atas das reuniões realizadas no quadrimestre. 4 - Relação de remessa devidamente assinada pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais; 5 - Termo de divulgação de dados à Vigilância Epidemiológica (Deverão ser apresentadas as Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES) |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts ; Atendido parcialmente: 5 pts ; Não atendido: 0 pt. |

| |
|--|
| Bloco:6 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão de Ética Médica. |
| Documentos: 1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Ética; 3 - Lista de presença das reuniões ocorridas no período avaliado. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts ; Atendido parcialmente: 5 pts ; Não atendido: 0 pt. |

| |
|---|
| Bloco:7 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão de Farmacologia. |
| Documentos: 1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Farmacologia; 3 - Atas das reuniões realizadas no quadrimestre. |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco:8

Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente .

Documentos:

- 1 - Regimento Interno;
- 2 - Termo de nomeação da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente;
- 3 – Cópia da atas das reuniões realizadas no quadrimestre.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco: 9

Objetivo: Verificar o exercício das atividades do serviço de Farmácia e suas adequações às normas vigentes.

Documentos:

- 1 - Declaração descrevendo o nome do farmacêutico
- 2 – Manual de normas e rotinas atualizado;
- 3 – Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco:10

Objetivo: Verificar o exercício das atividades do serviço de Nutrição e suas adequações às normas vigentes.

Documentos:

- 1 - Declaração descrevendo o nome do Nutricionista responsável;
- 2 – Manual de normas e rotinas atualizado;
- 3 – Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1960

Bloco:11

Objetivo: Verificar o exercício das atividades do serviço da Central de Material Esterilizado e suas adequações às normas vigentes.

Documentos:

- 1 - Declaração descrevendo o nome e o cargo do profissional responsável;
- 2 – Manual de normas e rotinas atualizado;
- 3 – Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco:12

Objetivo: Verificar as condições de segurança e bem estar dos funcionários, juntamente com as medidas adotadas para atingir esse objetivo. Monitorar o envio das notificações de acidentes de trabalho ao Serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador, nos relatórios predeterminados.

Documentos:

- 1 – Apresentação de relatório mensal dos acidentes e doenças do trabalho;
- 2 - Apresentação de relatório com as medidas estabelecidas para minimizar o absenteísmo e os riscos no trabalho;
- 3 - Apresentação de relatório com ausência e dias de afastamento.
- 4 - Relatórios sobre as notificações e planilhas enviadas;
- 5 - Cópia das Relações de Remessas enviadas ao Serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador com o visto de recebimento.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco”

Bloco:13

Objetivo: Verificar o exercício das atividades do Comitê Transfusional.

Documentos:

- 1 - Regimento Interno;
- 2 – Composição do Comitê;
- 3 – Atas das reuniões realizadas no período.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges
saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

| |
|--|
| Bloco: 14 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades do serviço de HEMOTERAPIA |
| Documentos: 1– Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável. 2 - Declaração com o nome do responsável técnico; 3 – Manual de normas e rotinas atualizado. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |

| |
|--|
| Bloco: 15 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades da Comissão Intra-hospitalar de captação de órgãos. |
| Documentos: 1 - Declaração descrevendo a composição atual da Comissão; 2 – Regimento interno; 3 – Atas das reuniões realizadas no quadrimestre; 4 – Planilha de controle CIHDOTT. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |

| |
|---|
| Bloco:16 |
| Objetivo: Verificar o exercício das atividades do Comitê de mortalidade materno e infantil implantado na Instituição. |
| Documentos: 1 - Declaração sobre a composição do Comitê da Instituição; 2 – Regimento interno; 3 – Atas das reuniões realizadas no quadrimestre. 4 – Planilha sintética descrevendo os eventos registrados no período. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |

| |
|---|
| Bloco:17 |
| Objetivo: Monitorar a oferta de diagnóstico de DST/HIV/AIDS para gestantes e tratamento para os recém-nascidos de mães soropositivas. |
| Documentos: 1 - Apresentação de planilha sintética com os percentuais sobre as realizações de testes rápidos para HIV nas parturientes; |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1661

- 2 - Apresentação de planilha sintética com os percentuais sobre as realizações de exames de VDRL e TPHA nas parturientes;
3 - Relatório sintético sobre a administração de AZT xarope aos recém-nascidos de mães soropositivas.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco: 18

Objetivo: Verificar a atualização dos Protocolos de condutas das patologias mais frequentes na Urgência e Emergência, Ginecologia/Obstetrícia, Traumato-ortopedia e Neurologia/Neurocirurgia.

Documentos: Declaração assinada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico sobre a atualização dos protocolos de Urgência e Emergência, Ginecologia/Obstetrícia, Traumato-ortopedia e Neurologia/Neurocirurgia.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Dependência: “avaliação in loco” para validar as informações declaradas

Bloco:19

Objetivo: Verificar o cumprimento dos prazos determinados à Instituição para a remessa de informações para as avaliações periódicas e designação de representantes para acompanhar o processo de avaliação.

Documentos:

- 1- Relação de remessa do envio das informações da Instituição para o processo de avaliação, com o visto de recebimento.
- 2 - Declaração sobre o nome dos representantes da Instituição para acompanhar a avaliação periódica.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**

Bloco:20

Objetivo: Verificar a regularidade da Instituição junto à Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros

Documentos:

- 1 - Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência;
- 2 – Laudo de vistoria do Corpo de Bombeiros dentro do prazo de vigência.

Parâmetros de pontuação:

Atendido: **10 pts;** Atendido parcialmente: **5 pts;** Não atendido: **0 pt.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

| |
|---|
| Bloco: 21 |
| Objetivo: Verificar os contratos de manutenção preventiva em vigência e o cronograma de manutenção periódica. |
| Documentos: 1–Apresentar cópia de todos os contratos de manutenção preventiva vigentes; 2 – Relatórios de atividades executadas; 3 - Cronograma anual de manutenção. Obs: O cronograma deverá ser protocolado no Departamento Municipal de Saúde até o dia 31 de janeiro de cada exercício e servirá de parâmetro para as avaliações quadrimestrais. As alterações deverão ser justificadas por ocasião da avaliação do período de sua ocorrência. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |

| |
|--|
| Bloco: 22 |
| Objetivo: Examinar os contratos de limpeza das caixas d'água e controle de pragas em vigência e o cronograma das atividades. |
| Documentos: 1 – Cópia dos Contratos em vigor; 2 - Laudos atualizados sobre as limpezas das caixas d'água, expedidos pelas empresas contratadas; 3 - Laudos referentes ao efetivo controle de pragas, expedidos pelas empresas contratadas. 4 – Cronograma anual das atividades. Obs: O cronograma deverá ser protocolado no Departamento Municipal de Saúde até o dia 31 de janeiro de cada exercício e servirá de parâmetro para as avaliações quadrimestrais. As alterações deverão ser justificadas por ocasião da avaliação do período de sua ocorrência |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |

| |
|--|
| Bloco: 23 |
| Objetivo: Verificar a qualificação da atenção ao parto e o direito da parturiente a 1 (um) acompanhante de livre escolha durante o período de trabalho de parto. |
| Documentos: 1 – Apresentar o relatório dos cursos para gestantes realizados no quadrimestre, discriminando a frequência e o tema abordado; 2 – Documento que comprove a concessão do direito a 1 acompanhante de livre escolha durante o período de trabalho de parto, devidamente assinado pela interessada ou a rogo. |
| Parâmetros de pontuação: Atendido: 10 pts; Atendido parcialmente: 5 pts; Não atendido: 0 pt. |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1162

VIII – DETALHAMENTO DO SISTEMA DE PAGAMENTO E DOS RECURSOS
FINANCEIROS.

| PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | | |
|---|---------------------|----------------------|
| Pós-fixado | Mensal | Anual |
| Alta Complexidade Hospitalar | 131.667,43 | 1.580.009,16 |
| Alta Complexidade Ambulatorial | 313.512,87 | 3.762.154,44 |
| FAEC | 130.329,79 | 1.563.957,48 |
| Pré-fixado | Mensal | Anual |
| Média Complexidade Hospitalar* | 449.984,49 | 5.399.813,88 |
| Média Complexidade Ambulatorial | 171.033,36 | 2.052.400,32 |
| INTEGRASUS | 14.503,01 | 174.036,12 |
| IAC | 207.591,81 | 2.491.101,72 |
| Recurso Financeiro de fonte Municipal | Mensal | Anual |
| Plantões médicos | * 557.296,67 | 6.687.560,04 |
| * Serviços Terceiros Assistenciais e Insumos | * 221.115,33 | 2.653.383,96 |
| Custeio | 28.898,50 | 346.782,00 |
| Cateterismo e angioplastia ** | * 40.000,00 | 480.000,00 |
| Ecocolor Doppler cardiograma*** | * 3.600,00 | 43.200,00 |
| Incentivo às Redes Temáticas de Atenção à Saúde | Mensal | Anual |
| Rede de Urgência e Emergência – RUE | 111.551,79 | 1.338.621,48 |
| TOTAL | 2.381.085,05 | 28.573.020,60 |

* Já incluído o teto do município de Aguaí (R\$ 94.459,60)/mês.

** Serão realizados os procedimentos de Cateterismos Cardíacos e Angioplastias aos munícipes de São João da Boa Vista, pelo qual a executora será ressarcida de acordo com os documentos comprobatórios enviados ao Departamento Municipal de Saúde (DMS) para a conferência. Os valores serão preferencialmente pela Tabela do Ministério da Saúde – SUS, salvo os casos específicos que serão deliberados pela Direção do DMS.

*** Serão realizados 30 (trinta) exames de ecocolor doppler cardiograma por mês aos munícipes de São João da Boa Vista, pelo qual a executora será ressarcida de acordo com os documentos comprobatórios enviados ao Departamento Municipal de Saúde para a conferência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

A contrapartida do Município referente ao Pró Santa Casa II é de R\$ 18.847,76 (dezoito mil, oitocentos e quarenta e sete reais e setenta e seis centavos) sendo que este valor já está incluído nos R\$ 439.305,19 (quatrocentos e trinta e nove mil, trezentos e cinco reais e dezenove centavos) demonstrados na tabela acima.

Caso os recursos financeiros federais destinados aos procedimentos de alta complexidade (pós fixados) sejam insuficientes para custear o mês de competência, haverá a suplementação com recursos municipais.

VII – DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Compete à Instituição:

- Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (art. 8º, IV, Portaria 3.410/2013).

- Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (art. 8º, XV, Portaria 3.410/2013).

As atividades contratualizadas serão avaliadas por Comissão de Avaliação nomeada para tal fim e composta por representantes do Município de São João da Boa Vista, representantes da convenente e do Conselho Municipal de Saúde.

As avaliações serão realizadas quadrimestralmente, onde serão analisados os indicadores de desempenho e o cumprimento das metas pactuadas.

O cronograma para a entrega do material para avaliação seguirá o cronograma abaixo.

| AVALIAÇÕES | PERÍODO | PRAZO FINAL PARA ENTREGA |
|-----------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1º quadrimestre | 01 de janeiro a 30 de abril | 31 de maio |
| 2º quadrimestre | 01 de maio a 31 de agosto | 30 de setembro |
| 3º quadrimestre | 01 de setembro a 31 de dezembro | 31 de janeiro |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

1763

A avaliação de desempenho consiste na análise dos resultados obtidos através do sistema de indicadores quantitativos e qualitativos e também da análise de documentos que serão validados através de avaliação “in loco”.

De acordo com a portaria 3410, de 30 de dezembro de 2013, o valor pré-fixado dos recursos será repassado mensalmente distribuindo o **valor total do recurso** em 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas, devendo ser observado os parâmetros de aferição dos resultados atingidos, nos moldes dos quadros seguintes.

METAS QUANTITATIVAS (60% do recurso)

| Objeto de avaliação | Pontos possíveis | Pontos obtidos | (%) |
|---|------------------|----------------|-----|
| Procedimentos Ambulatoriais | 80 | | |
| Procedimentos hospitalares (Internações) | 130 | | |
| TOTAL | 210 | | |

Parâmetros de aferição

| Percentual de cumprimento das metas quantitativas | Percentual referente ao repasse do recurso |
|---|--|
| 70% a 100% | 100% |
| 60% a 69% | 75% |
| Menor que 60% | 50% |

METAS QUALITATIVAS (40% do recurso)

| Objeto de avaliação | Pontos possíveis | Pontos obtidos | (%) |
|---------------------|------------------|----------------|-----|
| Metas operacionais | 110 | | |
| Metas financeiras | 20 | | |
| TOTAL | 130 | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

| Objeto de avaliação | Pontos possíveis | Pontos obtidos | (%) |
|-------------------------|------------------|----------------|-----|
| Análise de documentação | 230 | | |
| TOTAL | 230 | | |

Parâmetros de aferição

| Percentual de cumprimento das metas qualitativas | Percentual referente ao repasse do recurso |
|--|--|
| 70% a 100% | 100% |
| 60% a 69% | 75% |
| Menor que 60% | 50% |

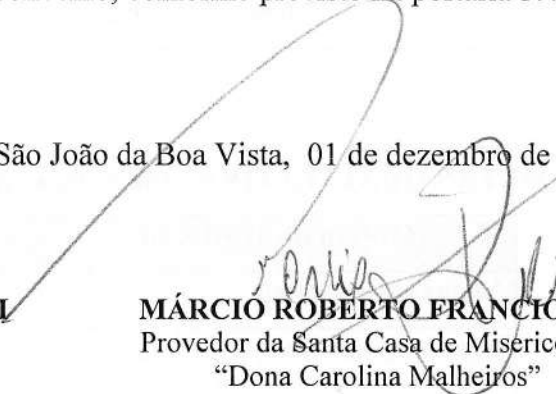
Se a Conveniada não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas e quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e o Plano Operativo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção apresentada, mediante aprovação do gestor local.

Se a Conveniada apresentar o percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Plano Operativo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.

O cumprimento das metas pactuadas e estabelecidas no Plano Operativo deverá ser atestado pela Comissão de Avaliação do convênio, conforme previsto na portaria 3.410, de 30 de dezembro de 2013.

São João da Boa Vista, 01 de dezembro de 2020.


HELOÍSA APARECIDA B. TRAFANI
Diretora Municipal de Saúde


MÁRCIO ROBERTO FRANCIOLLI
Provedor da Santa Casa de Misericórdia
“Dona Carolina Malheiros”