



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
Unidade de Avaliação e Controle

Av. Dr. Oscar Pirajá Martins, 1520 – CEP: 13874-000 SJBVISTA -SP  
– Fone (19) 3634-8122 e-mail: saude\_uac@saojoao.sp.gov.br

Vigência do Plano Operativo:

CONTRATO: Convênio 01/2017

INTERESSADO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"

SOLICITAÇÃO: AVALIAÇÃO DE CONTRATO

PERÍODO: 2º quadrimestre 2017

A AVALIAÇÃO apresentou os seguintes resultados:

ITEM	PONTOS POSSÍVEIS	OBTIDOS	% ALCANCE
METAS QUANTITATIVAS	1300	760	58,5
METAS QUALITATIVAS	2650	2245	84,7
<b>TOTAL</b>	<b>3950</b>	<b>3005</b>	<b>76,1</b>

Equipe responsável pela avaliação:

Representantes da avaliada:	ASSINATURAS
Heloísa Aparecida Bernardi Trafani	
Josué Alberto de Melo Junior	
Representantes do Departamento Municipal de Saúde	
Heloísa Helena da Silva Nassar	
Rubya Sanny de Carvalho	
Representante do Conselho Municipal de Saúde	
Juraciara Fonseca dos Santos Morcilio	
Júlio César Batista	

Ciente:

LÚCIO DOVAL  
Diretor Municipal de Saúde

27/1

**MONITORAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO COM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"**

**I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:**

Razão Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"  
 CNES: 2084228 - CNPJ: 59.759.084/0001-94 - Licença de funcionamento:354910290-861-000002-1-3 Prazo de validade: 10/06/2017

Endereço: Rua Carolina Malheiros 92 - Vila Conrado - Município: São João da Boa Vista - SP

Provedor: Antonio Fernandes Filho

Diretor Clínico: Dr. João Vicente M. Oliveira

Diretor Técnico: Dr. Miguel José Coimbra Blazzo

Enfermeiro responsável: Juliana Mousessian Goulart

Unidades vinculadas: ( ) sim (x) não - Se sim, descrever quais são e os respectivos CNES: \_\_\_\_\_

**II - PERÍODO AVALIADO:**

Plano Operativo do período de : 01 de maio de 2016 a 30 de abril de 2018  
 Ano de 2017

**METAS QUANTITATIVAS**

**INDICADORES DAS METAS QUANTITATIVAS - AMBULATORIO**

Ind.	Metas	Aterção	Validação	Fonte do material	Resultados apresentados			Valor máx.	Pontos obtidos		
					1º quad.	2º quad.	3º quad.		1º quad.	2º quad.	3º quad.
1	A relação entre os procedimentos aprovados e os procedimentos conveniados deve ficar acima de 95%.	Procedimentos aprov. x 100 Procedimento conveniados 87.813/64.128x100=137,0%	95 a 105% da meta = 100 pontos; 80 a 94,9% = 50 pontos; 70 a 79,9% = 30 pontos; 70 % = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan=120,8 % Fev=111,1% Mar= 146,6 % Abr= 131,5% Média=127,5%	Maio= 141,7% Jun= 140,0% Jul= 128,1% Ago=137,8% Média= 137,0%	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100	
2	Apresentar no mínimo, 95% das APACs dos tratamentos ocorridos no mês.	95 APACs do mês de atendimento x 100 APAC apresentadas no mês 18.875/18.875x100=100%	95 a 105% da meta = 50 pontos; 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; < 70 % = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 98,78% Fev=98,5 % Mar=98,67 % Abr=97,9 % Média=98,49%	Maio= 100% Jun= 100% Jul=100% Ago= 100% Média= 100%	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50	

3	Realizar, em média, 125 consultas ambulatoriais por mês de traumatologia, em conformidade com a Portaria n° 50 de 27 de março de 2009.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de soc. atendidos no mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de consultas/mês}}$ 1.315/500x100=263,0%	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 409,6 % Fev= 244,8 % Mar= 290,4 % Abr= 317,6 % Média=315,6%	Maio= 380,0 % Jun= 363,3 % Jul= 330,4 % Ago= 459,4 % Média= 389,0%	Set= 380,0 % Out= 363,3 % Nov= 330,4 % Dez= 459,4 % Média= 389,0%	50	50	50
4	Realizar, em média, 35 consultas ambulatoriais por mês de Neurologia/Neurocirurgia, em conformidade com a Portaria n° 756 de 27 de dezembro de 2005	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de soc. atendidos no mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ médio de consultas/mês}}$ 09/140x100= 6,4%	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 8,57% Fev=5,71 % Mar= 5,71 % Abr= 5,71 % Média=6,42%	Maio= 5,7% Jun= 2,9% Jul= 14,3% Ago= 2,9% Média= 6,4%	Set= 5,7% Out= 2,9% Nov= 14,3% Dez= 2,9% Média= 6,4%	50	0	0
5	Realizar, em média, 3710 procedimentos de radioterapia por mês (54 pacientes), conforme pactuado na PPI.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de soc. realizado no mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ médio de procedimentos contratualizados/mês}}$ 16.320/44x100= 370,9%	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 76,9% Fev= 71,7% Mar= 109,5% Abr= 66,1% Média=79,5%	Maio= 115,5% Jun= 122,1% Jul= 85,5% Ago= 122,4% Média= 111,4%	Set= 115,5% Out= 122,1% Nov= 85,5% Dez= 122,4% Média= 111,4%	50	15	50
6	Realizar, em média, 48 pacientes de quimioterapia por mês, conforme pactuado na PPI.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas realizadas no mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ médio de procedimentos contratualizados/mês}}$ 756/152 x 100= 503,7%	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 585,4% Fev= 535,4% Mar=564,5% Abr= 547,9% Média=559,5%	Maio= 402,4% Jun= 393,7% Jul= 377,0% Ago= 402,4% Média= 385,7%	Set= 402,4% Out= 393,7% Nov= 377,0% Dez= 402,4% Média= 385,7%	50	50	50
7	Disponibilizar 29 consultas novas/mês, em conformidade com a Portaria n° 389, de 13 de março de 2004 e/ou Portaria 1631, de 01 de outubro de 2015.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas realizadas/mês} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de consultas contratualizadas/mês}}$ 103/131x100= 82,7%	95 a 100% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 144,8 % Fev= 72,4 % Mar= 34,4 % Abr= 137,9 % Média=97,5%	Maio= 110,3 % Jun= 96,5 % Jul= 96,5 % Ago= 51,7 % Média= 89,7 %	Set= 110,3 % Out= 96,5 % Nov= 96,5 % Dez= 51,7 % Média= 89,7 %	50	50	30
8	Manter o percentual de 75% de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde.	DRC estágios 4 e 5 pré-diálise x 100 DRC diálise/TRS Indicador prejudicado por falta de requisito essencial a sua elaboração	75% = 100 pontos < 75% = não pontua	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 75,0 % Fev= 75,0 % Mar= 75,0 % Abr= 75,0 % Média= 75,0 %	Maio= 75,0 % Jun= 75,0 % Jul= 75,0 % Ago= 75,0 % Média= 75,0 %	Set= 75,0 % Out= 75,0 % Nov= 75,0 % Dez= 75,0 % Média= 75,0 %	0	0	0

Alcance das metas quantitativas - Ambulatorio		Total	400	315	330	0	0
			100%	78,75	82,5	0	0

INDICADORES DAS METAS QUANTITATIVAS - INTERNAÇÃO

Ind.	Metas	Aterção	Valorção	Fonte do material	Resultados apresentados			Valor máx.	Pontos obtidos		
					1º quad.	2º quad.	3º quad.		1º quad.	2º quad.	3º quad.
1	A relação entre as internações aprovadas e as internações conveniadas deve ficar acima de 95%	Índices aprovados x 100 Internações conveniadas (657) 1.812/2.628x100= 69%	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% = 50 pontos; 70 a 79,9% = 30 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 49,6% Fev= 48% Mar= 50,6% Abr= 47,3% Média= 48,9%	Maio= 73,0% Jun= 63,5% Jul= 75,0% Ago= 64,2% Média= 69%	Set= 70,0% Out= 65,0% Nov= 60,0% Dez= 65,0% Média= 65,0%	100	0	0	
2	Apresentar, no mínimo, 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS - na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente.	Alt. do mês x 100 AIH apresentadas 1.456/1.812x100 = 80,3%	95 a 105% da meta = 50 pontos 80 a 94,9% = 30 pontos; 70 a 79,9% = 15 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 61,3% Fev= 79,1% Mar= 78,7% Abr= 85,4% Média= 74,9%	Maio= 75,0% Jun= 83,0% Jul= 80,1% Ago= 84,1% Média= 80,5%	Set= 80,0% Out= 75,0% Nov= 70,0% Dez= 75,0% Média= 76,0%	50	15	30	
3	Realizar, em média, 08 cirurgias de alta complexidade por mês, de Traumatismo - ortopedia.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizada apenas 1 cirurgia no quadrimestre.	30 a 35 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos; 20 a 29 cirurgias = 50 pontos; 10 a 19 cirurgias = 25 pontos; Abaixo de 10 cirurgias = não pontua;	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 50,0% Fev= 50,0% Mar= 50,0% Abr= 50,0% Média= 50,0%	Maio= 18,0% Jun= 20,0% Jul= 28,0% Ago= 25,0% Média= 22,75%	Set= 20,0% Out= 20,0% Nov= 20,0% Dez= 20,0% Média= 20,0%	100	0	0	
4	Realizar, em média, 12 cirurgias de média complexidade por mês de Traumatismo - ortopedia.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 91 cirurgias no quadrimestre.	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias = 50 pontos; 34 a 39 cirurgias = 30 pontos; Abaixo de 34 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 46,0% Fev= 46,0% Mar= 46,0% Abr= 46,0% Média= 46,0%	Maio= 02,0% Jun= 02,0% Jul= 05,0% Ago= 03,0% Total= 12	Set= 02,0% Out= 02,0% Nov= 02,0% Dez= 02,0% Média= 02,0%	100	100	100	
5	Realizar, em média, 12 cirurgias de alta complexidade por mês de neurologia/neurocirurgia.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 12 cirurgias no quadrimestre	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias = 50 pontos; 34 a 39 cirurgias = 30 pontos; Abaixo de 34 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 46,0% Fev= 46,0% Mar= 46,0% Abr= 46,0% Média= 46,0%	Maio= 12,0% Jun= 08,0% Jul= 09,0% Ago= 12,0% Total= 41	Set= 08,0% Out= 08,0% Nov= 08,0% Dez= 08,0% Média= 08,0%	100	0	0	
6	Realizar, em média, 07 cirurgias de alta complexidade por mês de oncologia.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 41 cirurgias no quadrimestre	De 27 a 30 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 23 a 26 cirurgias = 50 pontos; 20 a 22 cirurgias = 25 pontos; Abaixo de 20 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= 27,0% Fev= 27,0% Mar= 27,0% Abr= 27,0% Média= 27,0%	Maio= 12,0% Jun= 08,0% Jul= 09,0% Ago= 12,0% Total= 41	Set= 08,0% Out= 08,0% Nov= 08,0% Dez= 08,0% Média= 08,0%	100	100	100	

7	Realizar 54 cirurgias eletivas mensais de SBo Jobo da Boa Vista, conforme a pactuação.	Planilha de cirurgias mensais efetivadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 32 cirurgias no quadrimestre	206 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 175 e 205 cirurgias = 35 pontos; 152 a 174 cirurgias = 15 pontos; Abaixo de 152 cirurgias = não pontua.	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= Mar= Média=	Mai=09 Jun=04 Jul=04 Ago=15 Total=32	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	0	0		
8	Realizar 13 cirurgias eletivas mensais de Agual conforme pactuação.	Planilha de cirurgias mensais efetivadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 01 cirurgias no quadrimestre	50 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 41 a 49 cirurgias = 35 pontos; 37 a 40 cirurgias = 15 pontos; 37 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai=01 Jun=01 Jul=01 Ago=01 Total=01	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	0	0		
9	Realizar 05 cirurgias eletivas mensais de Aguas da Prata, conforme pactuação.	Planilha de cirurgias mensais efetivadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 01 cirurgias no quadrimestre	19 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 16 a 18 cirurgias = 35 pontos; 14 a 15 cirurgias = 15 pontos; 14 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai=01 Jun=01 Jul=01 Ago=01 Total=01	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	0	0		
<b>Alcance das metas quantitativas - Internação</b>								<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>215</b>	<b>230</b>	<b>0</b>
								<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>30,7</b>	<b>32,56</b>	<b>0</b>

**INDICADORES DAS METAS FINANCEIRAS**

Ind.	Metas	Aterção	Valoração	Fonte do material	Resultados apresentados			Valor máx.	Pontos obtidos			
					1º quad.	2º quad.	3º quad.		1º quad.	2º quad.	3º quad.	
1	A relação entre o faturamento aprovado e o teto SIA mensal devem ficar acima de 95%	Faturamento aprovado x 100 Teto SIA mensal 2.316.417,80/2.353.838,44x100= 98,40%	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai=130,8% Jun=124,9% Jul=113,8% Ago=130,2% Média=125,0%	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100		
2	A relação entre o faturamento aprovado e o teto SIH mensal devem ficar acima de 95%	Faturamento aprovado x 100 Teto SIH mensal 1.844.997,42/3.934.000,00x100= 46,90%	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Hospitalar SHID	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai=212,8% Jun=163,0% Jul=202,2% Ago=213,8% Média=198,0%	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	50	100		
<b>Alcance das metas financeiras</b>								<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>150</b>	<b>200</b>	<b>0</b>
								<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
<b>Total das metas quantitativas (Ambulatório e Internação) e metas financeiras</b>								<b>1300</b>	<b>680</b>	<b>760</b>	<b>0</b>	

Alcance das metas quantitativas (ambulatorio e internação) e metas financeiras

100%

52,3

58,46

0

**INDICADORES DAS METAS QUALITATIVAS**

Ind.	Metas	Aferição	Valorção	Fonte do material	Resultados apresentados			Valor máx.	Pontos obtidos		
					1º quad.	2º quad.	3º quad.		1º quad.	2º quad.	3º quad.
1	Manter de forma integral os plantões das especialidades pactuadas.	<p>Escala das especialidades:</p> <p>1 - Clínica cirúrgica;                      2 - Ginecologia e Obstetrícia;                      3 - Clínica médica;                      4 - Neurologia e Neurocirurgia;                      5 - Ortopedia;                      6 - Anestesiologia;                      7 - Pediatria</p>	Atribuir 14,29 pontos para cada item atendido do indicador.	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100	

Obs: A avaliada enviou as escalas de serviço das especialidades, todavia, foram apresentadas 02 escalas da clínica cirúrgica, as demais estavam em ordem.

2	Manter 100% dos cadastros CNES regularizados em relação ao quadrimestre em avaliação (serviços e equipamentos).	<p>Comprovante:</p> <p>Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.</p>	Meta cumprida = 50 pontos; Não cumprida= não pontua	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----	----	----

3	Manter 100% dos profissionais cadastrados no CNES.	<p>Comprovante:</p> <p>Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.</p>	Meta cumprida = 100 pontos; Não cumprida= não pontua	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100
---	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----	-----	-----

4	Manter atualizada a composição da Comissão de Revisão dos Prontuários e seu Regimento Interno. Quanto aos prontuários examinados - por busca ativa ou por amostragem - 20 % devem ser das ESPECIALIDADES BÁSICAS; 5% de Pediatria, 5% de Obstetrícia, 5% de Clínica Médica; e 10% das Internações de alta complexidade, com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas.	<p>Comprovante:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VI, devidamente assinado em termo de nomeação de Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas.                      2 - Relatório analítico dos prontuários visitados, por especialidades, conforme modelo proposto no anexo III;</p>	Item 1 cumprido = 10 pontos; Item 2 cumprido = 90 pontos; Não comprovou = não pontua.	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----	-----	-----

<p>5</p> <p>Mantém atualizada a Comissão de Óbitos e o Regulamento Interno, apresenta as atas das reuniões, os relatórios dos óbitos conforme modelo proposto (considerando a causa terminal e a causa básica) com análise das reais possibilidades e medidas adotadas. Também, a notificação dos óbitos maternos e neonatais, informando o nome da mãe, endereço, idade e unidade de saúde em que realizou o pré-natal.</p>	<p>Comproventes:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regulamento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de Avaliação, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre;</p> <p>2 - Relatório analítico das causas terminais e básicas dos óbitos e medidas adotadas;</p> <p>3 - Notificação dos óbitos maternos e neonatais.</p>	<p>Item 1 cumprido = 30 pontos; Item 2 cumprido =50 pontos; Item 3 cumprido=20 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>80</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------	------------	-----------

Obs: Não houve reunião no mês de junho por falta de quorum, não enviou as notificações dos óbitos óbito materno e/ou neonatal.

<p>6</p> <p>Mantém atualizada a comissão de controle de Infecção hospitalar e o Regulamento Interno, apresentar as atas das reuniões com análise dos dados epidemiológicos, comparação entre os meses e medidas adotadas (quando houver). Também, apresentar a Planilha Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES, e divulgar os dados às Equipes da Instituição.</p>	<p>Comproventes:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regulamento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de Avaliação, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre com as medidas adotadas;</p> <p>2 - Relatório de mensais devidamente assinado pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais;</p> <p>3 - Termo de divulgação de dados à Vigilância Epidemiológica e às equipes da Instituição;</p>	<p>Item 1 cumprido = 30 pontos; Item 2 cumprido =50 pontos; Item 3 cumprido=20 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>80</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------	------------	-----------

Obs: Não apresentou termo de divulgação dos dados às Equipes da Instituição.

<p>7</p> <p>Mantém atualizada a comissão de ética médica e Regulamento Interno e apresenta lista de presença nas reuniões com data e assinatura dos membros.</p>	<p>Comproventes:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regulamento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de Avaliação, anexo VII, devidamente assinado e termo de nomeação da Comissão;</p> <p>2 - Apresentação das listas de presenças nas reuniões com as assinaturas dos membros;</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido =50 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50</p>	<p>20</p>	<p>20</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------	-----------	-----------

Obs: Enviou o Regulamento e a composição da comissão; Não houve reuniões em nenhum mês "justificou" mês a mês a ausência de reunião sob o argumento de não haver assunto a ser tratado. Pontos descontado.

<p>8</p> <p>Manter atualizada a consistência de Farmacologia e Regimento Interno e apresentar as atas das reuniões realizadas apontando os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.</p>	<p>Compromissos:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos termos apresentados o Termo de Avaliação, anexo VI, devidamente assinado e tomado o conhecimento da Comissão;</p> <p>2 - Apresentação das atas das reuniões com as assinaturas dos membros, relatando os principais problemas e as estratégias adotadas para as resoluções;</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido = 30 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p> <p>Jan= _____ Fev= _____ Mar= _____ Abr= _____ Média= _____</p> <p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p> <p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	<p>50</p> <p>50</p> <p>50</p> <p>50</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--

<p>9</p> <p>Elaborar e cumprir efetivamente o Plano Anual de Capacitações.</p>	<p>Nº de treinamentos realizados, 1.100, Nº de Treinamentos previstos no PAC</p>	<p>90 a 100% = 100 pontos 80 a 89% = 80 pontos 70 a 79% = 60 pontos Abaixo de 70% = não pontua</p>	<p>Relatórios</p> <p>Jan= 94,7% Fev= 93,3% Mar= 100 % Abr= 61,1 % Média= 90,2%</p> <p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p> <p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	<p>100</p> <p>100</p> <p>100</p> <p>100</p>	
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--

Obs: Enviou listas de presenças dos cursos de capacitação ofertados no quadrimestre. Entretanto, em relação ao mês de agosto foram enviadas somente 03 listas de presenças, apesar de terem sido realizadas mais capacitações. Contabilizando os demais meses do quadrimestre conclui-se que houve 38 capacitações previstas e 60 realizadas (157%). A forma que as informações são enviadas é confusa.

<p>10</p> <p>Realizar pesquisa de satisfação de no mínimo, 25 % das internações do período e tabular os dados, conforme o modelo proposto e informar as ocorrências correlatas registradas no setor de ouvidoria.</p>	<p>Nº de clientes externos pesquisados, x 100 número de internações no período.</p>	<p>Acima 75% de bom a ótimo = 50 pontos; Entre 50 a 74% de bom e ótimo = 25 pontos; Entre 50% a 30% a 10 pontos Abaixo de 30% de bom e ótimo ou menos que 25% da taxa de retorno das internações ou não implementado = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p> <p>Jan= _____ Fev= _____ Mar= _____ Abr= _____ Média= _____</p> <p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p> <p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	<p>50</p> <p>50</p> <p>50</p> <p>50</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--

Obs: Foram enviadas as planilhas que demonstram os resultados da pesquisa.

<p>11</p> <p>Apresentar, no prazo de 15 dias, justificativas e medidas resolúvas adotadas sobre os fatos que, devidamente documentados pelos gestores, não observaram os preceitos elencados neste Plano Operativo.</p>	<p>Nº de reclamações atendidas, x 100 Nº de reclamações apresentadas</p>	<p>Atendeu de: 95% a 100% = 100 pontos 80% a 94% = 70 pontos 70% a 79% = 20 pontos &lt;70% = não pontua</p>	<p>Relatórios</p> <p>Jan= _____ Fev= _____ Mar= _____ Abr= _____ Média= _____</p> <p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p> <p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	<p>100</p> <p>100</p> <p>100</p> <p>100</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--

Obs: Não houve nenhuma ocorrência registrada.

<p>12</p> <p>Manter dois horários de visita hospitalar, sendo 01 horário após as 18 horas e placa indicativa visível, garantindo 04 horas diárias.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação de regulamentação dos horários de visitas estabelecidas e decorrido os critérios adotados para a visita ampliada, 2 - Instalação da placa indicativa dos horários de visitas, em local visível.</p>	<p>Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p> <p>Jan= _____ Fev= _____ Mar= _____ Abr= _____ Média= _____</p> <p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p> <p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	<p>50</p> <p>50</p> <p>50</p> <p>50</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--



Obs: Visita aberta adotada pela avaliada.

13	<p>Comprovar:</p> <p>1 - Descrição das ações praticadas visando a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e a elaboração de planos;</p> <p>2 - Elaboração de protocolos de atuação.</p>	<p>Item 1 cumprido = 30 pontos; Item 2 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua;</p>	<p>Relatórios</p>	Jan=	Mar=	Maio=	Sete=	<p>50</p>	<p>50</p>	<p>20</p>
				Fev=	Abr=	Jun=	Out=			

Obs: Enviou alguns protocolos relacionados à segurança do paciente, da mesma forma anexou alguns indicadores, que talvez sejam usados nas avaliações do serviço, sem assinatura dos responsáveis e inacabado.

14	<p>Comprovar:</p> <p>1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VI, devidamente assinado.</p> <p>2 - Relatório de visita do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer favorável.</p> <p>3 - Manutenção de profissional farmacêutico.</p>	<p>Item 1 cumprido = 40 pontos; Item 2 cumprido = 40 pontos; Item 3 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	Jan=	Mar=	Maio=	Sete=	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>60</p>
				Fev=	Abr=	Jun=	Out=			

Obs: Anexou um relatório de visita da Vigilância Sanitária que ao final solicitava providências para a regularização às normas, enviou um relatório endereçado ao Grupo de Vigilância Sanitária XXVI das providências adotadas que ao final consta assinatura de uma funcionária.

15	<p>Comprovar:</p> <p>1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado.</p> <p>2 - Apresentar os protocolos clínicos nutricionais e cardápios nutricionais e cardápios.</p> <p>3 - Relatório de visita do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer favorável.</p> <p>4 - Manutenção de profissional nutricionista.</p>	<p>Item 1 cumprido = 30 pontos; Item 2 cumprido = 20 pontos; Item 3 cumprido = 30 pontos; Item 4 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	Jan=	Mar=	Maio=	Sete=	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>100</p>
				Fev=	Abr=	Jun=	Out=			

Obs: Anexou relatório de visita do grupo de Vigilância não houve apontamento relevante, somente orientações a respeito de certificados de manutenção.

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

<p>Manter o Centro de Material Especializado funcionando adequadamente com manual de normas e rotinas e capacidade técnica operacional necessária (fornecedora física adequada conforme legislação, recursos materiais e equipamentos - com manutenção preventiva e pontual), Trabalho com o bloco da Vigilância Sanitária Iparatingá.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação da regulamentação do Manual de Normas e Rotinas devidamente atualizado para a validação do 1º quadrimestre, nos demais meses e Termo de Avaliação, Anexo VII, devidamente assinado; 2 - Laudo atualizado da Vigilância Sanitária com análise favorável quanto à infraestrutura; 3 - Equipamentos com manutenção preventiva e pontual.</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido = 10 pontos; Item 3 cumprido = 20 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50 40 50</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------

Obs: Enviar Manual de Normas e Rotinas. Em relação às manutenções, a avaliada junto o contrato com a Empresa ME Amanda dos Santos Gianini para manutenções da autoclave de marca Ortosintese e algumas notas referente a manutenção corretiva realizada no período avaliado. Laudo da Vig. Sanitária atualizado apontando algumas irregularidades e apresentado relatório da instituição informando as pendências apontadas.

<p>Minimizar o absenteísmo na instituição reduzindo o sparecimento de doenças do trabalho, diminuir 5%, em relação ao quadrimestre anterior, a ocorrência de acidentes de trabalho.</p>	<p>Componentes (Anexo VII): 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.</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido = 20 pontos; Item 3 cumprido = 10 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50 30 0</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------

Obs: Relatório sobre absenteísmo pretende suprir a demanda do indicador quanto às medidas adotadas para diminuir o absenteísmo na instituição, todavia, mostra-se inconsistente em sua proposta, pois retrata apenas três casos com medidas indicadas; junto relatório de absenteísmo na instituição, estes somente relatam as ocorrências( ausências e dias de afastamento) e não dão conta das providências que foram adotadas para minimizar a situação.

<p>Notificar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme modelo proposto pelo CEREST, e de acordo com legislação vigente (Portaria 1.271, de 06 de Junho de 2014); Enviar para o CEREST planilha e ficha de notificação de acidente de trabalho completamente preenchida, conforme modelo proposto, toda segunda-feira.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação de relatório das notificações; 2 - Apresentação de relação de remessa assinado pelo CEREST, referente ao envio das planilhas, nos termos do plano operativo;</p>	<p>Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50 50 50</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------

<p>Manter atualizado o Comitê Transfuncional e o Regulamento Interno; Apresentação das atas das reuniões realizadas apontando os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação atualizada do Regulamento Interno e Termo de nomeação do Comitê Transfuncional na avaliação do 1º quadrimestre, nos demais meses e Termo conforme o Anexo VIII; 2 - Apresentação das atas relativas de frequência das reuniões com as assinaturas dos membros e relatório descrevendo os principais problemas e as estratégias adotadas.</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido = 30 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50 0 0</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------

*[Handwritten signatures and initials]*

Obs: Enviou Manual de condutas Hemoterápicas no lugar de Relatório Interno; Anexou cronograma de reuniões trimestrais com uma observação que foi transferida a reunião prevista no quadrimestre por solicitação da equipe médica.

<p>Manter o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, atualizado, conforme legislações vigentes; Possuir uma ficha de acordo com a legislação RDC 30/2002. Apresentar relatório anual de vitória pela equipe de Vigilância Sanitária; Manter a presença do responsável técnico.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão atualizado, de acordo com as normas vigentes, para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais trimestres e Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado; 2 - Relatório de vitória do Grupo de Vigilância Sanitária, com parecer favorável; 3 - Manutenção de responsável técnico.</p>	<p>Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido = 40 pontos; Item 3 cumprido = 40 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>100</p>	<p>100</p>	<p>60</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------	------------	-----------

Obs: Juntou POP atualizado em 17/08/2016; O relatório do Grupo de Vigilância Sanitária, em inspeção, realizada em 21/01/2017 deixou consignado que deveriam ter sido tomadas providências em 15 dias acerca de pontos críticos encontrados, embora a licença de funcionamento tenha validade até 01/11/2017.

<p>Manter a comissão instituída com a manutenção de seus membros atualizada; Manter Relatório Interno atualizado; Apresentação de relatórios das atividades desenvolvidas pela Comissão.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação atualizada do Relatório Interno e termo de nomeação da Comissão para a avaliação do 1º quadrimestre, para as demais avaliações serem o termo do anexo VII. 2 - Apresentação das listas de frequência das reuniões com as assinaturas dos membros, relatórios elaborados referentes as atividades desenvolvidas pela Comissão e Planilha de controle CHODIT, conforme anexo XII.</p>	<p>Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------	----------	----------

Obs: Juntou Relatório Interno datado em 02/04/2012 com permanência da Comissão por 02 anos e reconduzido por mais 02 anos; Não apresenta nomeação da Comissão; Apresenta apenas Relatórios Mensal de atividades, assinado pelo enf. da UTI.

<p>Aumentar em 2% por quadrimestre o percentual de partos vaginais, até atingir no mínimo 75% do total de partos vaginais; Realizar curso para gestantes e conselheiras das dos beneficiários do parto normal.</p>	<p>Componentes: Número de partos vaginais: X 100 Número total de partos E mais: Relatório dos cursos para gestantes distribuindo a frequência e o tema abordado.</p>	<p>Comprovação baseada no quadrimestre anterior, de aumento de 2% de partos vaginais = 60 pontos; Apresentação dos cursos para gestantes, nos moldes do indicador = 40 pontos; Não apresentou comprovação conforme solicitado = 00 pontos.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>100</p>	<p>40</p>	<p>40</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------	-----------	-----------

Obs: Apresentou planilha com o seguinte resultado: total de partos no período = 404; partos normais 32,5% no quadrimestre anterior o resultado de partos normais foi de 33,3%, o que demonstra uma redução no percentual de partos normais, contrariando o objetivo da meta que é o aumento em 2% sobre o resultado do quadrimestre anterior. Apresentou os cursos para as gestantes, bem como as listas de presença.

<p>Manter, no mínimo 2, representantes da Comissão no Comitê de Morbidade Materna e Infantil; Manter o número de ocorrências dentro do padrão de redução progressiva.</p>	<p>Componentes: 1 - Apresentação de Relatório atualizado com os nomes dos representantes da Comissão que atuam como membros do Comitê de Morbidade Materna e Infantil; 2 - Apresentação das estatísticas ocorridas no quadrimestre avaliado.</p>	<p>Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.</p>	<p>Relatórios</p>	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	<p>50</p>	<p>50</p>	<p>50</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------	-----------	-----------

*[Handwritten signatures and initials]*

24	Realização de teste rápido para HIV em sangue perfêrito em 100% das parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal. Realização de VDRL e TPHA confirmatório (seguinte para VDRL) em 100% das gestantes que ingressaram na maternidade para parto com parto normal. 2.104/GM de 19/11/2002; Disponibilizar AZT soropositiva para HIV diagnosticada no pré-natal ou na hora do parto, garantido-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.	<p>Componentes:</p> <p>1 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de testes rápidos para HIV nas parturientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal, anexo X;</p> <p>2 - Apresentação de planilha analítica com os percentuais sobre as realizações de exames de VDRL e TPHA nas gestantes que ingressaram na maternidade para parto, anexo X;</p> <p>3 - Relatório analítico sobre a administração de AZT soropos. ao HIV de mães soropositivas, anexo X.</p>	Item 1 cumprido = 20 pontos; Item 2 cumprido =20 pontos; Item 3 cumprido = 10 pontos; Não comprovou = não pontua.	Relatórios	Jan=	Ma=	Set=	100	100	50	0	50
					Fev=	Jun=						
				Relatórios	Mar=	Jul=	Nov=					
					Abr=	Ago=	Dez=					
					Média=	Média=	Média=					

25	Manter atualizados os Protocolos de Condutas das Patologias mais frequentes na urgência e emergência, ginecologia/obstetria, Traumatologia e Neurologia/neurocirurgia.	<p>Componentes:</p> <p>Protocolos atualizados para a avaliação de 1º quadrante, nos demais apresentar o Termo de avaliação, anexo VII, devidamente assinado:</p> <p>1 - Urgência/Emergência;</p> <p>2 - Ginecologia/Obstetria;</p> <p>3 - Trauma-ortopedia;</p> <p>4 - Neurologia/Neurocirurgia.</p>	Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido =25 pontos; Item 3 cumprido= 25 pontos; Item 4 cumprido = 25 pontos; Não comprovou = não pontua.	Relatórios	Jan=	Ma=	Set=	100	100	100	100	
					Fev=	Jun=						Out=
				Relatórios	Mar=	Jul=	Nov=					
					Abr=	Ago=	Dez=					
					Média=	Média=	Média=					

26	Manter Enfermaria Clínica de Referência com os leitos clínicos existentes (habilitados e qualificados, nos termos da Portaria n.º 2395, de 11 de outubro de 2011). Enviar relatório diário para a UAC, enquanto não houver a identificação dos leitos pelo sistema do Ministério da Saúde, com as internações realizadas nos leitos de enfermaria clínica de referência.	<p>Componentes:</p> <p>- Relatórios diários para a UAC com as internações realizadas nos leitos de enfermaria clínica de referência.</p>	Meta cumprida = 100 pontos; Não cumprida = não pontua.	Relatórios	Jan=	Ma=	Set=	100	100	100	100	
					Fev=	Jun=						Out=
				Relatórios	Mar=	Jul=	Nov=					
					Abr=	Ago=	Dez=					
					Média=	Média=	Média=					

27	A relação entre o número de pacientes-dia e os leitos operacionais deve ficar acima de 80%	R. Pacientes/dia x100 Leitos operacionais	Taxa de ocupação acima de 80% = 100 pontos; de 60% a 80% = 50 pontos; abaixo de 60 % = não pontua.	Relatórios	Jan= 77,3 %	Ma= 69,1%	Set=	100	100	50		
					Fev= 78 %	Jun= 70%					Out=	
				Relatórios	Mar= 83,5%	Jul= 68,2%	Nov=					
					Abr= 83,3%	Ago= 69%	Dez=					
					Média=80,6%	Média= 69,6%	Média=					

Obs: 7.935/11.526x100= 68,84%

28	A relação entre o número de pacientes-dia internados na clínica médica e o número de pacientes saídos no mesmo período devem resultar no tempo médio de permanência menor que 5 dias	n° pacientes dia internado na clínica médica, durante determinado período N° pacientes saídos no mesmo período	Tempo médio de permanência menor que 5 dias = 100 pontos; Tempo médio de permanência de 5 a 7 dias = 50 pontos; Tempo médio de permanência maior que 7 dias = não pontua.	Relatórios	Jan= 4,23 Fev= 3,99 Mar= 4,86 Abr= 4,44 Média=4,38	Mai= 4,8 Jun= 4,7 Jul= 4,4 Ago= 5,2 Média= 4,79	Set= 4,8 Out= 4,7 Nov= 4,4 Dez= Média=	100	100	100
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----	-----	-----

29	A relação entre o número de pacientes-dia internados na clínica cirúrgica e o número de pacientes saídos no mesmo período devem resultar no tempo médio de permanência menor que 5 dias	n° pacientes dia internado na clínica cirúrgica, durante determinado período N° pacientes saídos no mesmo período	Tempo médio de permanência menor que 5 dias = 100 pontos; Tempo médio de permanência de 5 a 7 dias = 50 pontos; Tempo médio de permanência maior que 7 dias = não pontua.	Relatórios	Jan= 2,22 Fev= 1,73 Mar= 1,88 Abr= 1,71 Média=1,87	Mai= 2,4 Jun= 2,4 Jul= 2,2 Ago= 2,4 Média= 2,3	Set= 2,4 Out= 2,4 Nov= 2,4 Dez= Média=	100	100	100
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----	-----	-----

Obs: 1.268/545=2,32

30	Diminuir a taxa em relação ao quadrimestre anterior	Qtd. de horas sob 24 horas em determinado estado x 100 N° de saídas no mesmo período	Taxa diminuída= 100 pontos; Taxa mantida = 50 pontos; Taxa aumentada = não pontua.	TABWIN	Jan=9,38% Fev= 6,74 % Mar= 9,09% Abr= 7,66 % Média=8,2%	Mai= 6,2% Jun= 6,6% Jul= 5% Ago= 7,9% Média= 6,4%	Set= 6,2% Out= 6,6% Nov= 5% Dez= Média=	100	0	100
----	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----	---	-----

Obs: 180/2.823x100=6,4% - Taxa diminuída em relação ao quadrimestre anterior (8,2%)

31	Mantiver a taxa de ocupação de leitos de UTI acima de 80%.	N° paciente-dia na UTI em determinado período x 100 N° de leitos de UTI ocupados no mesmo período	Taxa acima de 80% = 100 pontos; Taxa de 60% a 80% = 50 pontos; Taxa abaixo de 60% = não pontua.	TABWIN	Jan= 87,5% Fev= 84,8 % Mar= 102 % Abr= 104,1 % Média=94,7%	Mai= 85,8% Jun= 84,1% Jul= 87,5% Ago= 87,5% Média= 88%	Set= 85,8% Out= 84,1% Nov= 87,5% Dez= Média=	100	100	100
----	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----	-----	-----

Obs: 874/984x100= 88,82%

32	Mantiver representantes efetivos no processo de avaliação. Cumprir os prazos fixados para a remessa de material para avaliação.	Comprovação de: 1- Relatório atualizado com os nomes dos representantes; 2- Entrega do material no prazo fixado;	Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido =25 pontos; Não comprovou = não pontua.	TABWIN	Jan= Média= Fev= Média= Mar= Média= Abr= Média=	Mai= Média= Jun= Média= Jul= Média= Ago= Média=	Set= Média= Out= Média= Nov= Média= Dez= Média=	50	50	100
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----	----	-----

33	Mantiver as licenças/Alvarás regulamentados nos termos das leis vigentes, em laudo emitido pelo Grupo de Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros apresentados para avaliação.	Comprovação de: Licenças/Alvarás regulamentados dentro do prazo legal;	Comprovante apresentado = 50 pontos; Não apresentou = não pontua.	TABWIN	Jan= Média= Fev= Média= Mar= Média= Abr= Média=	Mai= Média= Jun= Média= Jul= Média= Ago= Média=	Set= Média= Out= Média= Nov= Média= Dez= Média=	50	50	50
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----	----	----

35 Manter limpeza das calças d'água, controle de pragas, de acordo com as normas específicas.

Comprovação de: 1 - laudos atualizados sobre as limpezas das calças d'água, expedidos pelas empresas contratadas; 2 - laudos referentes ao efetivo controle de pragas, expedidos pelas empresas contratadas;	Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 25 pontos; Não cumprido = não pontua.	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50															
	<table border="1"> <tr> <td>Total</td> <td>2650</td> <td>2280</td> <td>2245</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alcance das metas qualitativas</td> <td>100%</td> <td>86,0</td> <td>84,72</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Total	2650	2280	2245	0	0				Alcance das metas qualitativas	100%	86,0	84,72	0	0		
Total	2650	2280	2245	0	0																		
Alcance das metas qualitativas	100%	86,0	84,72	0	0																		

Resultado Final		Valor matr.	1º quard.	2º quard.	3º quard.
Metas quantitativas (Ambulatório, Internação e Financeira)		1300	680	760	0
Alcance das metas quantitativas		100%	52,3	58,46	0
Metas qualitativas		2650	2280	2245	0
Alcance das metas qualitativas		100%	86,0	84,72	0

Equipe responsável pela avaliação:

Representantes da avaliada:	Assinaturas:
Heloisa Aparecida Bernardi Trifani	
Josué Alberto de Melo Junior	
Representantes do Departamento Municipal de Saúde:	Assinaturas:
Heloisa Helena da Silva Nassar	
Rubya Sammy de Carvalho	
Representante do Conselho Municipal de Saúde	Assinatura:
Juraciara Fonseca dos Santos Morchio	
Julio Cesar Batista	

Lúcio DOVA  
Diretor do Departamento Municipal de Saúde

ANTONIO FERNANDES FILHO  
Provedor da Santa Casa "Dona Carolina Malheiros"