



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: 3º quadrimestre de 2017

A AVALIAÇÃO apresentou os seguintes resultados:

ITEM	PONTOS POSSÍVEIS	OBTIDOS	% ALCANCE
METAS QUANTITATIVAS	1300	725	55,8
METAS QUALITATIVAS	2650	2460,1	92,8
TOTAL	3950	3185,1	80,6

Equipe responsável pela avaliação:

Representantes da avaliada:	ASSINATURAS
Heloisa Aparecida Bernardi Trafani	
Josué Alberto de Melo Junior	
Representantes do Departamento Municipal de Saúde	
Heloísa Helena da Silva Nassar	
Rubya Sanny de Carvalho	
Representantes do Conselho Municipal de Saúde	
Juraciara Fonseca dos Santos Morcillo	
Julio Cesar Batista	

Ciente:

LÚCIO DEVAL
Diretor Municipal de Saúde

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"

CNPES: 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 Biazzo

Enfermeiro responsável: Juliana Moussessian 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 - AMBULATÓRIO

Ind.	Metas	Aferição	Valoração	Fonte do material	Resultados apresentados				Pontos obtidos		
					1º quad.	2º quad.	3º quad.	Valor máx.	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 80.647/64.123x100=125,7%	95 a 105% da meta = 100 pontos; 80 a 94,5% = 50 pontos; 70 a 79,5% = 30 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan=120,8 % Fev=111,1% Mar= 148,6 % Ab= 131,5% Média=127,5%	Mai= 141,7% Jun= 140,5% Jul= 128,1% Ago=137,8% Média= 137,0%	Set= 124,0% Out= 142,6% Nov= 114,5% Dez= 121,8% Média= 125,7%	100	100	100	
2	Apresentar no mínimo, 95% das APACs dos tratamentos ocorridos no mês.	nº de APAC do mês do atendimento x 100 de APAC apresentadas no mês 16.110/16.110x100=100%	95 a 105% da meta = 50 pontos; 80 a 94,5% = 30 pontos; 70 a 79,5% = 15 pontos; < 70% = não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 98,78% Fev=98,5 % Mar=98,67 % Ab=97,9 % Média=98,49%	Mai= 100% Jun=100% Jul=100% Ago= 100% Média= 100%	Set= 100% Out= 100% Nov= 100% Dez= 100% Média= 100%	50	50	50	

AB

[Handwritten signatures and initials]

3	Realizar, em média, 125 consultas ambulatoriais por mês de traumatologia ortopédica, em conformidade com a Portaria n° 90 de 27 de março de 2005.	$\frac{\text{n.º de consultas ambulatoriais/mês} \times 100}{\text{n.º médio de consultas/mês}}$ 1.750/14000 = 125,0%	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= 409,6 % Fev= 244,8 % Mar= 290,4 % Abr= 317,6 % Média= 315,6%	Maio= 380,0% Jun= 363,5% Jul= 330,4 % Ago= 458,4% Média= 383,0%	Set= 300% Out= 285,6% Nov= 390,4% Dez= 481,2% Média= 351,8%	50	50	50	50	50	50	0	0
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	$\frac{\text{n.º de consultas ambulatoriais/mês} \times 100}{\text{n.º médio de consultas/mês}}$ 35/14000 = 11,8%	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= 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= 20% Out= 11,4% Nov= 11,4% Dez= 8,5% Média= 12,8%	50	50	50	50	50	0	0	0
5	Realizar, em média, 3710 procedimentos de reoterapia por mês (54 pacientes), conforme pactuado na PPI.	$\frac{\text{n.º de procedimentos realizados no mês} \times 100}{\text{n.º médio de procedimentos contratualizados/mês}}$ 13.453/14.840 = 90,6%	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= 76,5% Fev= 71,7% Mar= 103,5% Abr= 66,1% Média= 79,5%	Maio= 115,5% Jun= 122,1% Jul= 85,5% Ago= 122,4% Média= 111,4%	Set= 105,5% Out= 113,0% Nov= 78,2% Dez= 65,8% Média= 90,6%	50	50	50	50	50	50	30	30
6	Realizar, em média, 48 pacientes de quimioterapia por mês, conforme pactuado na PPI.	$\frac{\text{n.º de pacientes realizados no mês} \times 100}{\text{n.º médio de procedimentos contratualizados/mês}}$ 1.043/192 x 100 = 543,2%	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= 585,4% Fev= 535,4% Mar= 564,5% Abr= 547,9% Média= 558,5%	Maio= 54,7% Jun= 53,5% Jul= 51,3% Ago= 54,6% Média= 53,5%	Set= 556,2% Out= 560,4% Nov= 543,7% Dez= 512,5% Média= 543,2%	50	50	50	50	50	50	50	50
7	Disponibilizar 29 consultas novas/mês, em conformidade com a Portaria n° 389, de 13 de março de 2014 e/c portaria 1631, de 01 de outubro de 2015.	$\frac{\text{n.º de consultas ambulatoriais/mês} \times 100}{\text{n.º médio de consultas contratualizadas/mês}}$ 90/11600 = 77,5%	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= 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= 88,7%	Set= 113,8% Out= 48,2% Nov= 103,4% Dez= 44,8% Média= 77,5%	50	50	50	50	50	30	30	15
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 estágio 4 e 5 pré-diálise x 100 DRC diálise/TRS indicador prejudicado por falta de requisito essencial à sua elaboração	75% = 100 pontos < 75% = não pontua	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	Jan= 75% Fev= 75% Mar= 75% Abr= 75% Média= 75%	Maio= 75% Jun= 75% Jul= 75% Ago= 75% Média= 75%	Set= 75% Out= 75% Nov= 75% Dez= 75% Média= 75%	50	50	50	50	50	0	0	0
Total								400	315	330	315	330	315	295	
Alcance das metas quantitativas - Ambulatório								100%	78,75	82,5	78,75	82,5	78,75	73,75	

(Handwritten signatures and initials)

INDICADORES DAS METAS QUANTITATIVAS - INTERNAÇÃO

ID	Metas	Aferição	Valoração	Fonte do material	Resultados apresentados				Pontos obtidos		
					1º quad.	2º quad.	3º quad.	Valor mês.	1º quad.	2º quad.	3º quad.
1	A relação entre as internações aprovadas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS - na própria competência, ou seja, no início do mês subseqüente. e as internações conveniadas deve ficar acima de 95%	Internações autorizadas x 100 Internações convêniciadas (EST) 1.454/1.520x100=95,3%	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 SIHD	Jan= 49,6% Fev= 48% Mar= 50,6% Abr= 47,3% Média= 48,9%	Mai= 73,0% Jun= 63,5% Jul= 75,0% Ago= 64,2% Média= 69%	Set= 52,2% Out= 60,7% Nov= 69,5% Dez= 58,8% Média= 59,3%	100	0	0	0
2	Apresentar, no mínimo, 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS - na própria competência, ou seja, no início do mês subseqüente.	AH de mês x 100 AH apresentadas 1.454/1.504x100 = 96,8%	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 SIHD	Jan= 61,3% Fev= 79,1% Mar= 80,1% Abr= 85,4% Média= 74,9%	Mai= 75,0% Jun= 83,0% Jul= 80,1% Ago= 84,1% Média= 80,3%	Set= 88,2% Out= 82,2% Nov= 84,0% Dez= 73,3% Média= 82,8%	50	15	30	30
3	Realizar, em média, 08 cirurgias de alta complexidade por mês, de traumatismo ortopédico.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II); Total de cirurgias mensais x 4 apenas 2 cirurgias 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 SIHD	Jan= 0 Fev= 0 Mar= 0 Abr= 01 Média= 0	Mai= 0 Jun= 0 Jul= 0 Ago= 01 Média= 0	Set= 0 Out= 0 Nov= 1 Dez= 1 Média= 0	100	0	0	0
4	Realizar, em média, 12 cirurgias de média complexidade por mês de traumatismo ortopédico.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II); Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 105 cirurgias no quadrimestre.	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias = 50 pontos; 30 a 39 cirurgias = 30 pontos; Abaixo de 30 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SIHD	Jan= 18 Fev= 20 Mar= 28 Abr= 25 Média= 22,75	Mai= 18 Jun= 20 Jul= 28 Ago= 25 Média= 22,75	Set= 18 Out= 22 Nov= 41 Dez= 24 Média= 26,2	100	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 24 cirurgias no quadrimestre	De 46 a 50 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 40 a 45 cirurgias = 50 pontos; 30 a 39 cirurgias = 30 pontos; Abaixo de 30 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SIHD	Jan= 02 Fev= 02 Mar= 05 Abr= 03 Média= 3	Mai= 02 Jun= 02 Jul= 05 Ago= 03 Total= 12	Set= 8 Out= 5 Nov= 8 Dez= 3 Média= 6	100	0	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 34 cirurgias no quadrimestre	De 27 a 30 cirurgias no quadrimestre = 100 pontos 23 a 26 cirurgias = 50 pontos; 22 cirurgias = 25 pontos; Abaixo de 20 cirurgias = não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SIHD	Jan= 12 Fev= 08 Mar= 10 Abr= 12 Média= 11	Mai= 12 Jun= 08 Jul= 10 Ago= 12 Total= 41	Set= 10 Out= 9 Nov= 10 Dez= 5 Média= 8,5	100	100	100	100
7	Realizar 54 cirurgias eletivas mensais de São João da Boa Vista, conforme a pactuação.	Planilha de cirurgias mensais efetuadas (anexo II); Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 124 cirurgias no quadrimestre	206 ou mais cirurgias no quadrimestre = 50 pontos; 175 a 205 cirurgias = 35 pontos; 152 a 174 cirurgias = 15 pontos; Abaixo de 152 cirurgias = não pontua.	Sistema de Informação Hospitalar SIHD	Jan= 09 Fev= 04 Mar= 04 Abr= 15 Média= 8	Mai= 09 Jun= 04 Jul= 04 Ago= 15 Média= 8	Set= 18 Out= 28 Nov= 43 Dez= 35 Média= 31	50	0	0	0

[Handwritten signatures and initials]

Ind.	Metas	Planilha de cirurgias mensais efetivadas (anexo II): Total de cirurgias mensais x 4 Realizadas 00 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 e não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHD	jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Maio= 01 Jun= Jul= Ago= Total = 01	Set= 0 Out= 0 Nov= 0 Dez= 0 Média= 0	50	0	0	0	0						
													Total	700	215	230	32,86	230
8	Realizar 13 cirurgias eletivas mensais de Aqueil conforme pactuação.																	
9	Realizar 05 cirurgias eletivas mensais de Agues da Prita, 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 e não pontua	Sistema de Informação Hospitalar SHD	jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Maio= 01 Jun= Jul= Ago= Média = 0	Set= 0 Out= 1 Nov= 0 Dez= 0 Média= 0	50	0	0	0	0						
Alcance das metas quantitativas - Internação												Total	700	215	230	32,86	230	32,86

INDICADORES DAS METAS FINANCEIRAS

Ind.	Metas	Aferição	Valorização	Fonte do material	Resultados apresentados				Pontos obtidos											
					1º quad.	2º quad.	3º quad.	Valor máx.	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 3.420.816,37/3.583.838,44=95,14%	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; não pontua.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA	jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= 130,6% Jun= 124,5% Jul= 113,8% Ago= 130,2% Média= 125,0%	Set= 199,3% Out= 218,2% Nov= 154,8% Dez= 171,2% Média= 186,14%	100	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 1.444.462,31/1.944.000,00=74,31%	95 a 105% da meta = 100 pontos 80 a 94,9% da meta = 50 pontos; 70 a 79,9% da meta = 30 pontos; 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= 159,9% Out= 155,2% Nov= 182,9% Dez= 120,7% Média= 154,7	100	50	100	100									
Alcance das metas financeiras												Total	200	150	200	200	100%	75	100	100
Total das metas quantitativas (Ambulatório e Internação) e metas financeiras												Total	1300	680	760	725	100%	52,3	58,46	55,77

INDICADORES DAS METAS QUALITATIVAS

Ind.	Metas	Aferição	Valorização	Fonte do material	Resultados apresentados			Pontos obtidos												
					1º quad.	2º quad.	3º quad.	Valor máx.	1º quad.	2º quad.	3º quad.									
Total das metas quantitativas (Ambulatório e Internação) e metas financeiras												Total	1300	680	760	725	100%	52,3	58,46	55,77

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1	Manter de forma integral os plantões das especialidades pactuadas.	Escalas das especialidades: 1 - Clínica cirúrgica; 2 - Ginecologia e Obstetrícia; 3 - Clínica médica; 4 - Neurologia e Neurocirurgia; 5 - Ortopedia; 6 - Anestesiologia; 7 - Pediatría	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	85,1
---	--	---	---	------------	--	-----	-----	-----	------

Obs: A avaliada enviou as escalas dos plantões, todas com assinatura do responsável técnico pelo serviço. Há que se apontar o fato de que o Dr. Sebastião José Rodrigues, falecido em 02/08/2017, consta nas escalas de GO P1 de setembro e outubro.

2	Manter 100% dos cadastros CNES regularizados em relação ao quadrimestre em avaliação (serviços e equipamentos).	Comprovante: Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.	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	50
---	---	---	---	------------	--	----	----	----	----

3	Manter 100% dos profissionais cadastrados no CNES.	Comprovante: Relatório completo, atualizado e devidamente assinado pelo responsável.	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	100
---	--	---	--	------------	--	-----	-----	-----	-----

4	Manter atualizada a composição da Comissão de Revisão de Prontuários e seu Regimento Interno. Quanto aos prontuários examinados - por busca ativa ou por amostragem - 20 % devem ser das ESPECIALIDADES BÁSICAS: 5% de Pediatría, 5% de Obstetrícia, 5% de Clínica Médica; e 10% das Interações de alta complexidade, com apresentação de relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas.	Comprovante: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, por demais apresentar o Termo de atualização, anexo VII, devidamente assinado, termo de nomeação da Comissão e as atas das reuniões realizadas no quadrimestre com apresentação do relatório mensal dos principais problemas encontrados e soluções propostas; 2 - Relatório analítico dos prontuários selecionados, por especialidades, conforme modelo proposto no anexo III.	Item 1 cumprido = 10 pontos; Item 2 cumprido = 50 pontos; Não aprovada = não pontua.	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média= Mai= Jun= Jul= Ago= Média= Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100	100
---	---	--	--	------------	--	-----	-----	-----	-----

Obs: Não houve reunião em setembro por falta de membros, haja vista, o presidente e o vice se desligaram. Foram enviadas as atas dos meses de outubro, novembro e dezembro com as assinaturas dos participantes; Quanto aos relatórios das análises dos prontuários, foram enviados os meses de referência outubro e novembro. Apontadas inconsistências em relação ao preenchimento das planilhas do relatório (quantitativo de prontuários analisados). Apresentado documento que informa a nova composição da Comissão, entretanto, sem evidência de assinatura do responsável, no caso, o diretor técnico; a rigor deveria ser enviado o termo de nomeação da comissão e não a simples informação acerca dos seus componentes. (Pontua com ressalvas)

<p>5</p> <p>Mantém atualizada a Comissão de Óbitos e o Regimento Interno, apresentar as atas das reuniões, os relatórios dos óbitos conforme modelo proposto (considerando a causa terminal e a causa básica) com análise dos itens solidários 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>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, 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>	<p>80</p>
---	--	--	-------------------	---	---	---	------------	------------	-----------	-----------

Obs: Não evidência de reunião mensais no mês de setembro e dezembro. Relação descritiva de óbitos em planilha excel, sem evidência de informações sobre óbito de recém-nascido ou óbitos infantil. Não evidência de análises de casos. Não há referência a notificação dos óbitos maternos e neonatais. Apresentado documento que informa a composição da Comissão, entretanto, sem assinatura do responsável pelo documento. a rigor deveria ser enviado o termo de nomeação da comissão e não a simples informação acerca dos seus componentes.

<p>6</p> <p>Mantém atualizada a comissão de controle de infecção hospitalar e o Regimento Interno, apresentar as atas das reuniões com análise dos dados epidemiológicos, comparação entre os meses e medidas adotadas (quando houver). Também, apresentar as Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CIVE/SES, e divulgar os dados às Equipes de Instituição.</p>	<p>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, 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 emissão de relatório assinado pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais;</p> <p>3 - termo de delegação de dados à Vigilância Epidemiológica e às equipes de 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>	<p>100</p>
--	---	--	-------------------	---	---	---	------------	------------	-----------	------------

Obs: Requisitos cumpridos nos termos do Indicador.

<p>7</p> <p>Mantém atualizada a comissão de ética médica e Regimento Interno e apresentar lista de presença nas reuniões com data e assinatura dos membros.</p>	<p>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de atualização, 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 = 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>20</p>	<p>20</p>	<p>20</p>
---	---	--	-------------------	---	---	---	-----------	-----------	-----------	-----------

Obs: Sem evidências de reuniões mensais. Presidente e vice atestam que a falta de assuntos pertinentes à Comissão de Ética são motivos que obstruíram a realização das reuniões de outubro e novembro, mas na ata do mês de novembro da Comissão de óbitos encaminhada dois casos à Comissão de ética. Quanto as reuniões de setembro e dezembro não houve referências. enviada uma folha de presença com data de 28/12/2017, assinada pelo presidente e vice, com horário anotado das 17 h às 17:30 h, sem mais informações. Apresentado documento que informa a Composição da Comissão, entretanto, sem assinatura do responsável pelo documento. A rigor deveria ser enviado o termo de nomeação da comissão e não a simples informação acerca dos seus componentes. Pontos descontados.

8	Mantém atualizada a comissão de Farmacologia e Regimento Interno e apresentar as atas das reuniões realizadas espontaneamente os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.	Comprovantes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais meses o Termo de Avaliação, anexo VII, devidamente assinado e termo de nomeação da Comissão; 2 - Apresentação das atas das reuniões com as assinaturas dos membros, relatando os principais problemas e as estratégias adotadas para as resoluções;	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50	50
---	--	--	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----	----	----	----

Obs.: Não houve reunião mensal no mês de novembro, conforme atesta o presidente da comissão. Apresentado documento que informa a Composição da Comissão, entretanto, sem assinatura do responsável pelo documento. A rigor deveria ser enviado o termo de nomeação da comissão e não a simples informação acerca dos seus componentes.

9	Elaborar e cumprir efetivamente o Plano Anual de Capacitações.	NR de treinamentos realizados x 100, NR de treinamentos previstos no PAC	Relatórios	Jan= 94,7% Fev= 93,3% Mar= 100 % Abr= 61,1 % Média=90,2%	25/31 x 100= 80,6%	Set= 100% Out= 55% Nov= 100% Dez= 95,4% Média= 87,6%	100	100	100	60
---	--	--	------------	--	--------------------	--	-----	-----	-----	----

10	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 ocorrência.	NR de clientes externos satisfeitos x 100 número de internações no período	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50	50
----	---	--	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----	----	----	----

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

11	Apresentar, no prazo de 15 dias, justificativas e medidas resolutorias adotadas sobre os fatos que, devidamente documentados pelos setores, não observarem os preceitos elencados neste Plano Operativo.	NR de reclamações atendidas x 100 NR de reclamações apresentadas	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	100	100	100	100
----	--	--	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----	-----	-----	-----

Obs: Não houve nenhuma ocorrência registrada.

12	Mantém dois horários de visita hospitalar, sendo 01, horário após as 18 horas e placa indicativa visível, garantindo 04 horas diárias.	Comprovantes: 1 - Apresentação da regulamentação dos horários de visitas estabelecidas descrevendo os critérios adotados para a visita ampliada; 2 - Instalação de placa indicativa dos horários de visitas, em local visível.	Relatórios	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	50	50
----	--	--	------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----	----	----	----

Handwritten initials and signatures at the bottom right of the page.

Obs: Requisitos cumpridos nos termos descritos pelo indicador, juntou o protocolo de visita aberta.

13	<p>Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente, a elaboração de planos para a segurança do paciente e os protocolos de atuação.</p>	<p>Comprovações:</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>	Relatórios	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	50	50	20	20
----	---	---	--	------------	---	---	---	----	----	----	----

Obs: O núcleo de segurança do paciente foi implantado e, para esta avaliação, foi apresentado o Plano Institucional de Segurança do paciente elaborado pela avaliada.

14	<p>Mantém o Manual de normas e rotinas atualizado, contendo o controle, distribuição e padronização de medicamentos, regularizados pela Portaria 344/98. Também, apresentar relatório de visita do Grupo de Vigilância Sanitária com parecer favorável e manutenção de presença do profissional farmacêutico.</p>	<p>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de avaliação, anexo VII, 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>	Relatórios	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	100	100	60	100
----	---	---	---	------------	---	---	---	-----	-----	----	-----

Obs: A avaliada apresentou o POP do setor, porém, sem constar as assinaturas dos autores.

15	<p>Mantém o Manual de normas e rotinas atualizado, possui protocolo clínico nutricionais e cardápio atualizado. Manter a área física de acordo com a legislação (RDC 50/2002). Também, apresentar relatório de visita do Grupo de Vigilância Sanitária com parecer favorável e manutenção de presença do profissional nutricionista.</p>	<p>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação do Manual de normas e rotinas atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de avaliação, anexo VII, devidamente assinado.</p> <p>2 - Apresentar os protocolos clínicos nutricionais e cardápio;</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>	Relatórios	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	100	100	100	100
----	--	--	--	------------	---	---	---	-----	-----	-----	-----

Obs.: A avaliada apresentou o POP do setor, porém, sem constar as assinaturas dos autores.

16	<p>Mantém o Centro de Material Esterilizado funcionando adequadamente com manual de normas e rotinas e capacidade técnica operacional necessária (infraestrutura física adequada conforme legislação, recursos materiais e equipamentos - com manutenção preventiva e pontual). Também, com o laudo de Vigilância Sanitária favorável.</p>	<p>Comprovações:</p> <p>1 - Apresentação do regulamento do Manual de Normas e Rotinas devidamente atualizado para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de avaliação, anexo VII, devidamente assinado;</p> <p>2 - Laudo atualizado da Vigilância Sanitária com avaliação favorável quanto à infraestrutura;</p> <p>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>	Relatórios	<p>Jan= Fev= Mar= Abr= Média=</p>	<p>Mai= Jun= Jul= Ago= Média=</p>	<p>Set= Out= Nov= Dez= Média=</p>	50	40	50	50
----	--	--	---	------------	---	---	---	----	----	----	----

(Handwritten signatures and initials)

Obs: A avaliação apresentou o POP do setor, porém, sem constar as assinaturas dos autores. Constatada manutenção preventiva do aparelho Sterrad - NX - esterilização no mês de setembro.

17	<p>Minimizar o absenteísmo na Instituição reduzindo o aparchecimento de coqueiras do trabalho, diminuir 5%, em relação ao quadrimestre anterior, a ocorrência de acidentes de trabalho.</p>	<p>Comproventes (anexo VII): 1 - Apresentação de relatório mensal de admissões e doenças de 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>	50	30	0	50
----	---	---	--	-------------------	---	---	---	----	----	---	----

Obs: A avaliação apresentou os relatórios determinados para o indicador, porém, sem as assinaturas dos responsáveis.

18	<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 completadas preenchidas, conforme modelo proposto, toda segunda-feira.</p>	<p>Comproventes: 1 - Apresentação de relatório das notificações; 2 - Apresentação da 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>	50	50	0	50
----	--	--	--	-------------------	---	---	---	----	----	---	----

Obs.: Requisitos cumpridos nos termos descritos pelo indicador.

19	<p>Mantém atualizado o Comitê Transfissional e o Regimento Interno; Apresentação de atas das reuniões realizadas pontuando os principais problemas e estratégias adotadas para resolução.</p>	<p>Comproventes: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno e termo de nomeação do Comitê Transfissional no avaliado de 1º quadrimestre, mas demais apresentar termo conforme o anexo VII; 2 - Apresentação dos relatórios 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 = 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>	50	0	0	50
----	---	---	--	-------------------	---	---	---	----	---	---	----

Obs: O que a avaliação denominou "Regimento" não está assinado. Pontua com ressalva.

20	<p>Mantém o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, atualizado, conforme legislação vigente. Possui área técnica de acordo com a legislação RDC 50/2002. Apresentar relatório anual de visita pela equipe de Vigilância Sanitária; Manter a presença do responsável técnico.</p>	<p>Comproventes: 1 - Apresentação do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão atualizado, de acordo com as normas vigentes, para a avaliação do 1º quadrimestre, nos demais apresentar o Termo de avaliação, anexo VII, devidamente assinado; 2 - Relatório de visita 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 = 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>	100	100	60	80
----	---	---	--	-------------------	---	---	---	-----	-----	----	----

Obs: Juntou POP atualizado em 17/08/2016;

<p>Membro e comissão instituída com a manutenção de seus membros atualizada; Manter Regimento Interno atualizado; Apresentação de relatórios das atividades desenvolvidas pela Comissão.</p>	<p>Comprovações: 1 - Apresentação atualizada do Regimento Interno a termo de renomeação da Comissão para a avaliação do 1º quadrimestre, para as demais avaliações enviar o termo do anexo VII; 2 - Apresentação das listas de frequência das reuniões com as assinaturas dos membros, relatórios elaborados referentes às atividades desenvolvidas pela Comissão e planilha de controle CHODTT, conforme anexo XII.</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>0</p>	<p>0</p>	<p>25</p>
--	--	-------------------	---	---	---	----------	----------	-----------

Obs: A avaliação enviou uma declaração assinada pelo Diretor Administrativo e pela Auxiliar Administrativa mencionando que não houve alteração na redação do Regimento Interno da Comissão, porém nas últimas avaliações sequer enviaram as informações para serem avaliadas. A folha de descrição a composição da Comissão não foi assinada pelos responsáveis. enviou planilha de relatório de atividades sem a respectivas assinaturas e não apresentou as listas de frequências das reuniões. Pontua com ressalvas

<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 conscientizá-las dos benefícios do parto normal.</p>	<p>Número de partos vaginais x 100 número total de partos E mais: Relatório dos cursos para gestantes discriminando a frequência e o tema abordado.</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>40</p>	<p>40</p>	<p>100</p>
---	---	-------------------	---	---	---	-----------	-----------	------------

Obs: número de partos vaginais/número total de partos x 100+ 115/319x100=36,0%. Na avaliação anterior o resultado foi de 32,6%, o que demonstra um aumento de 10,4%. As listas de frequência dos cursos ministrados forma enviados nos termos prescritos.

<p>Manter, no mínimo 2, representantes da Comissão no Comitê de Moralidade Materno e Infantil. Manter o número de ocorrências dentro do padrão de redução progressiva.</p>	<p>Comprovações: 1 - Apresentação de relatório atualizado com os nomes dos representantes da Comissão que atuam como membros do Comitê de Moralidade Materno e Infantil; 2 - Apresentação das atas das reuniões ocorridas no quadrimestre avaliado.</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]

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= 4,69 Out= 3,19 Nov= 3,93 Dez= 3,54 Média= 3,84	100	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 Out= 1,8 Nov= 1,9 Dez= 2 Média= 1,9	100	100	100	100
----	---	---	---	------------	---	--	--	-----	-----	-----	-----

Obs.: 1.283/653=1,9

30	Diminuir a taxa em relação ao quadrimestre anterior	Qtd. de óbitos após 24 horas em determinado período 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= 6,8% Out= 4,7% Nov= 6,5% Dez= 6,5% Média= 6,1%	100	0	100	100
----	---	--	--	--------	---	---	---	-----	---	-----	-----

Obs.: 174/2.883x100=6,1% - Taxa diminuída em relação ao quadrimestre anterior (6,4%)

31	Mantiver a taxa de ocupação de leitos de UTI acima de 60%	N° pacientes-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= 97,5% Média= 88%	Set= 84,1% Out= 89% Nov= 105,8% Dez= 83,8% Média= 90,6%	100	100	100	100
----	---	---	---	--------	---	--	---	-----	-----	-----	-----

Obs.: 885/976x100= 90,6%

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= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	100	100
----	---	--	---	--------	--	--	--	----	----	-----	-----

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

Obs.: Juntou AVCB (válido até 2020) e Protocolo de solicitação de visita à Vigilância Sanitária (09/06/2017). Pontua com ressalva.

34	Mantém os contratos de manutenção preventiva em estado de vigência e o respectivo cronograma de manutenção atualizado.	<p>Comprovação de:</p> <p>1 - Todos os contratos de manutenção vigentes;</p> <p>2 - Cronograma de manutenção preventiva atualizado; e</p> <p>3 - Relatórios das atividades executadas.</p>	Item 1 cumprido = 25 pontos; Item 2 cumprido = 10 pontos; Item 3 cumprido = 15 pontos; Não comprovou = não pontua.	Santa Casa	Jan= Fev= Mar= Abr= Média=	Mai= Jun= Jul= Ago= Média=	Set= Out= Nov= Dez= Média=	50	50	35	40
----	--	--	---	------------	--	--	--	----	----	----	----

Obs.: A avaliada apresentou 2 contratos em vigor: GIANNINI MANUTENÇÃO ME - vigente 12 meses: 8/12/17 a 7/12/2018; Relatórios ref.: vistas em 13/1; 9/2; 4/3 e 2/4/2017; JOHNSON & JOHNSON DO BRASIL LTDA- vigente 1/8/2017 a 31/7/2018; relatórios: não apresentou;

Handwritten signatures and initials, including a large signature and several smaller ones, some with arrows pointing to specific parts of the document.

35	<p>Mantém limpeza das cabas d'água, controle de pragas, de acordo com as normas específicas.</p>	<p>Comprovação de: 1 - laudos atualizados sobre as limpezas das cabas d'água, expedidos pelas empresas contratadas; 2 - laudos referentes ao efetivo controle de pragas, expedidos pelas empresas contratadas;</p>	Relatórios	<p>Jan= _____ Fev= _____ Mar= _____ Abr= _____ Média= _____</p>	<p>Mai= _____ Jun= _____ Jul= _____ Ago= _____ Média= _____</p>	<p>Set= _____ Out= _____ Nov= _____ Dez= _____ Média= _____</p>	50	50	50
----	--	--	------------	---	---	---	----	----	----

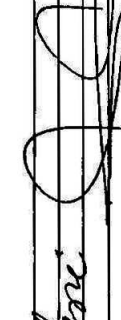

Obs.: Apresentou comprovante de limpeza dos reservatórios de água realizada com validade até nov/2017, portanto o mês de dezembro ficou fora da validade do serviço. Apresentou comprovantes de controle de pragas realizados em 19/9; 17/10; 21/11 e 19/12.

Total	2650	2280	2245	2460,1
Alcance das metas qualitativas	100%	86,0	84,72	92,83

Resultado Final	Valor mds.	1º quad.	2º quad.	3º quad.
Metas quantitativas (Ambulatório, Internação e Financeira)	1300	680	760	725
Alcance das metas quantitativas	100%	52,3	58,46	55,77

Metas qualitativas	2650	2280	2245	2460,1
Alcance das metas qualitativas	100%	86,0	84,72	92,83

Equipe responsável pela avaliação:

Representantes da avaliada:
 Heloisa Aparecida Bernardi Trafani
 Josué Alberto de Melo Junior
 Assinaturas: 
 Representantes do Departamento Municipal de Saúde:
 Heloisa Helena da Silva Nassar
 Rubya Sanny de Carvalho
 Assinaturas: 

Representante do Conselho Municipal de Saúde:
 Juraciara Fonseca dos Santos Morgesio
 Julio Cesar Batista
 Assinatura: 

ANTONIO D'AVILA
 Diretor do Departamento Municipal de Saúde
 Assinatura: 
ANTONIO FERNANDES FILHO
 Provedor da Santa Casa "Dona Carolina Malheiros"

