



ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

OBJETO: AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 104/2022 PARA O GERENCIAMENTO DO COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES - AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL DO ALCANCE DE METAS E RESULTADOS DOS INDICADORES DO POA - REFERENTE AOS MESES SETEMBRO, OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2024 (3º QUADRIMESTRE).

No dia 18 de fevereiro de 2025, às 15:00 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS, reuniram-se os presentes, ao final assinados, para avaliação das metas do Contrato de Gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores, conforme indicadores a seguir elencados:

INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS				
Nº	INDICADORES	AÇÃO	META/PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
1	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	Executar ações da Comissão de Humanização de acordo com a política nacional de humanização do SUS:	<p>1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição.</p> <p>3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição Apresentar: Cronograma, Composição dos membros, Regimento, Calendário a ser executado no ano seguinte.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentada pelo CHE, anexando fotos, lista de presença, dentre outros.

(Handwritten signatures and initials at the bottom of the page)



Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (setembro 25/09, outubro 31/10, novembro 27/11 e dezembro 26/12/2024.)

Setembro: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 14; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta;

Outubro: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 14; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta; Promover ações complementares e campanhas de conscientização – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta 01.

Novembro: Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 14; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: treinamentos in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta 01.

Dezembro: Promover a educação continuada sobre PNH para os membros da Comissão – Quantidade de ações realizadas: 01 Promover espaço de integração e troca de informações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde – Quantidade de ações realizadas: 24; Promover ações educativas a fim de apoiar cuidadores na alta hospitalar – Quantidade de ações realizadas: Treinamento in loco, realizado pela equipe multiprofissional no momento da alta.

As atividades propostas segundo o Planejamento Anual do Indicador foram executadas, acrescidas de ações complementares conforme detalhamento.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado documentação com todas as atividades efetuadas bem como as listas de presenças. A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

2	SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Realizar pesquisa de satisfação do usuário garantindo amostragem de no mínimo 4% do número total de atendimento/mês.	<p>1º Quadrimestre Apresentar ferramentas de avaliação de satisfação do usuário, a ser aplicado na unidade, e relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas.</p> <p>2º e 3º Quadrimestres: Apresentar o relatório consolidado, mantendo como meta a média quadrimestral de 90% de satisfação. Apresentar o relatório global consolidado com todos os itens das ferramentas.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta,</p>	Relatório estratificado e detalhado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês apresentados pela Instituição. E subscritos por 2 representantes legais
---	---	--	---	---

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



			10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	
--	--	--	--	--

Foi apresentado pela Instituição o painel de monitoramento dos indicadores com os seguintes números de pesquisas efetuadas

Setembro: Número de atendimentos: 6.800; Pesquisas realizadas: 497 (7,31%); Índice de Satisfação Positiva: 97,55%

Outubro: Número de atendimentos: 7.577; Pesquisas realizadas: 534 (7,05%); Índice de Satisfação Positiva: 97,53%

Novembro: Número de atendimentos: 7.116; Pesquisas realizadas: 451 (6,34%); Índice de Satisfação Positiva: 97,31%

Dezembro: Número de atendimentos: 6.275; Pesquisas realizadas: 414 (6,60%); Índice de Satisfação Positiva: 96,90%

Total de atendimentos: 27.768; Pesquisas realizadas: 1.896
Média do Quadrimestre: 97,32%

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

3	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	Manter o serviço de atendimento ao usuário durante as 24 horas de funcionamento da unidade	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestres:</p> <p>Responder 95% das queixas/elogios recebidas em até 72h.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Abaixo de 100% da meta não pontua.</p>	<p>Relatório mensal constando os tipos de queixas/elogios, agrupados nos seguintes: tempo de espera, ambiência, higiene, relação profissionais X clientes, assistência e outros apresentados pela Unidade, incluso data/hora de abertura, identificação do assunto e devolutiva ofertada ao usuário com data/hora.</p>
---	--	--	---	--

Serviço de Atendimento ao Usuário

Setembro: Foram realizados 13 registros sendo pontuados:
Elogio: 01 assistência; 04 relações profissional x cliente.
Queixas: 06 assistências; 02 em relação tempo de espera.

Outubro: Foram realizados 14 registros sendo pontuados:
Elogio: 01 relação profissional x cliente; 01 assistência.
Queixas: 02 relações profissional x cliente; 04 em relação ao tempo de espera; 06 assistências.

Novembro: Foram realizados 12 registros sendo pontuados:

(Handwritten signatures and initials)



Elogio: 0

Queixas: 08 assistências; 03 em relação ao tempo de espera; 01 relação profissional x cliente.

Dezembro: Foram realizados 22 registros sendo pontuados:

Elogio: 04 bom atendimento.

Queixas: 15 assistência, 03 em relação ao tempo de espera.

Setembro: Foram efetuadas 08 reclamações e 05 elogios, respondido dentro do prazo: 07 e fora do prazo: 06.

Outubro: Foram efetuadas 12 reclamações e 02 elogios, respondido dentro do prazo: 10 e fora do prazo: 04.

Novembro: Foram efetuadas 12 reclamações, respondido dentro do prazo: 11 e fora do prazo 01.

Dezembro: Foram efetuadas 18 reclamações e 4 elogios, respondido dentro do prazo: 21 e fora do prazo 01.

Total de manifestações: 61

Sendo respondido dentro das 72 horas preconizada: 49 – 81,67%.

Fora do prazo: 12 – 18,03%.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 00 PONTOS.

4	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	Executar ações na área de Educação Permanente.	<p>1º e 2º quadrimestre: Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição.</p> <p>3º quadrimestre: Realizar 100 % das atividades programadas para o período, lista de presença e cronograma das ações do quadrimestre, apresentados pela Instituição. Elaborar o plano anual das atividades relativas a Educação Permanente contemplando ações voltadas a educação continuada de todas as categorias e revisão de processos de trabalho para o ano seguinte.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Plano de trabalho executado de acordo com o calendário das atividades realizadas no período e lista de presença apresentados pela Instituição.
---	--	--	--	--

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Apresentado o plano de Educação Permanente para o exercício de 2024, detalhando a metodologia empregada nos macros temas de treinamentos e desenvolvimentos de pessoal. Cronograma de atividades previstas e realizadas, especificando quantidade de turmas e total de participantes treinados nos temas que esta metodologia foi utilizada conforme consolidado abaixo:

Número de colaboradores treinados X Número de treinamentos aplicados – Índice de treinamentos (Hora x Homem)

Setembro: Colaboradores treinados: 694/ treinamentos aplicados: 46 - índice 1,52.

Outubro: Colaboradores treinados: 743 / treinamentos aplicados: 59 – índice 1,57.

Novembro: Colaboradores treinados: 425 / treinamentos aplicados: 42 – índice: 1,28.

Dezembro: Colaboradores treinados: 205 / treinamentos aplicados:21 – índice: 1,03.

Colaboradores treinados quadrimestre: 2.067; treinamentos aplicados: 168 – índice 1,35.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 Pontos.

5	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	5.1 Demonstrar tempo de resposta da solicitação de vagas hospitalares municipais.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre: Manter tempo resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.</p> <p>Pontuação: Respondeu acima de 90% da solicitação em até 1 (uma) hora, 20 pontos.</p> <p>Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em até 1 (uma) hora, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 80%, não pontua</p>	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.
		5.2 Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Encaminhar diariamente censo com distribuição de leitos ocupados e disponíveis para a Central de Regulação de Vagas Municipal.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos</p> <p>Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 90%, não pontua.</p>	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.
		5.3 Garantir o armazenamento das informações	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Registrar 100% do atendimento no sistema INTEGRA SAÚDE</p> <p>Pontuação:</p>	Relatório emitido pela Unidade e ratificado pelo Dereg/SMS, através de consulta

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



	em prontuário eletrônico.	Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos. Abaixo de 90%, não pontua	ao sistema INTEGRA SAÚDE.		
	5.4 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares estratificados por Alojamento Conjunto e Gestão de Alto Risco como se segue: <table border="1" data-bbox="774 757 1161 801"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 1.080</td> </tr> </table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Obstétrica	Até 1.080	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS
Clínica Obstétrica	Até 1.080				
	5.5 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue: <table border="1" data-bbox="774 1265 1161 1310"> <tr> <td>Clínica Médica</td> <td>812</td> </tr> </table> Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Médica	812	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Médica	812				
	5.6 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de	1º, 2º e 3º Quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue: como se segue: <table border="1" data-bbox="774 1960 1161 2004"> <tr> <td>Clínica Cirúrgica Eletiva</td> <td>540</td> </tr> </table>	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através
Clínica Cirúrgica Eletiva	540				

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



		Regulação Municipal.	<p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	do Dereg/SMS.
--	--	----------------------	--	---------------

5.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Setembro: 00:42:54;
Outubro: 00:26:38
Novembro: 00:30:38
Dezembro: 00:26:38

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = média do quadrimestre: 00:31:42

Quando ao subitem 1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.2 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Setembro: 100%, **Outubro:** 100%, **Novembro:** 100%, **Dezembro:** 100%

Quando ao subitem 2 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.3 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Setembro: 100%, **Outubro:** 100%, **Novembro:** 100%, **Dezembro:** 100%

Quando ao subitem 3 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

5.4 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Obstétrica
Setembro: 289, **Outubro:** 282, **Novembro:** 176, **Dezembro:** 341.
Total: 1.088.

Quando ao subitem 4 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.5 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Médica:
Setembro: 214, **Outubro:** 203, **Novembro:** 275, **Dezembro:** 223.
Total: 915.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Quanto ao subitem 5 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

5.6 Foram apresentados os seguintes dados relatório pelo Dereg.

Clínica Cirúrgica Eletiva:

Setembro: 148, Outubro: 151, Novembro: 158, Dezembro: 126.

Total: 583

***Total de saídas: 2.586**

Total de saídas pactuadas: 2.432

Quanto ao subitem 6 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 125 PONTOS

6	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO	Manter a Comissão de Revisão de Prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 5% da produção do quadrimestre.	<p>1º e 2º, quadrimestre: Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p>3º, quadrimestre: Apresentar: Cronograma do quadrimestre, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas e critérios utilizados (subscritos por 2 representantes legais) e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte. Avaliar 100% da amostragem de no mínimo 5% da produção mensal e apresentar 85% dos resultados positivos, juntamente com as respectivas atas de reunião e relatórios</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p>	Relatório mensal emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões.
---	--	--	---	---

(Handwritten signatures and initials at the bottom of the page)



			Abaixo de 70%, não pontua.	
--	--	--	----------------------------	--

Número de prontuários avaliados:

Setembro: Total de saídas 653 / Total analisados 33 (5,05%); Outubro: Total de saídas 631 / Total analisados 32 (5,07%); Novembro: Total de saídas 671 / Total analisados 34 (5,07%); Dezembro: Total de saídas 631 / Total analisados 32 (5,07%)

Total: Total de saídas no quadrimestre 2.586 / Total analisados 131 – (5,07%)

Índice de Resultados Positivos:

Setembro: 86,62%; Outubro: 89,38%; Novembro: 89,71%; Dezembro: 88,82%

Média: 88,63%

O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador comprovando que 100% das atividades programadas foram efetuadas.

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

7	COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	Manter a comissão de revisão de óbito em funcionamento, analisando 100% dos prontuários de óbitos, apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de óbito e eventuais inconsistências	<p>1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais).</p> <p>3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório mensal emitido pela Unidade respeitando o exigido no Quadrimestre, incluindo Atas das Reuniões, e relatórios das ações desenvolvidas.
---	-------------------------------------	--	---	---

Avaliados 100% dos prontuários de óbitos conforme relatório com os seguintes números:

Setembro: Adulto – 25; Neonatal – 01; Fetal – 00 – Total de Óbitos: 26 - 100% analisados

(Handwritten signatures and initials)



Outubro: Adulto – 22; Neonatal – 01; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 25 - 100% analisados
Novembro: Adulto – 18; Neonatal – 00; Fetal – 00 – Total de Óbitos: 18 - 100% analisados
Dezembro: Adulto – 20; Neonatal – 01; Fetal – 00 – Total de Óbitos: 21 - 100% analisados

Total do quadrimestre: Números de óbitos: 90; Números de óbitos avaliados: 90 -100% dos prontuários analisados.

AValiação DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

8	<p>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</p>	<p>Apresentar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação em vigor, mantendo a taxa de Infecção Hospitalar em até 2%.</p>	<p>1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, atas das reuniões, resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais)</p> <p>3º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões, resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais). Apresentar: Cronograma, Composição, Regimento, Calendário, e ações a serem desenvolvidas no ano seguinte.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório mensal respeitando o exigido no Quadrimestre, emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões e relatório das ações desenvolvidas.</p>
---	--	--	---	---

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Apresentada as Atas das reuniões e as informações transmitidas a Vigilância conforme estipulado pelo indicador.

Taxa bruta
Setembro: 0,31%, Outubro: 0,32%, Novembro: 0,60%, Novembro: 1,27%

Média: 0,62

Nota – relatório parcial devido as infecções de sítio cirúrgico serem contabilizadas em até 30 dias de vigilância pós cirúrgica

Considerações: Dezembro 2024 – aumento considerável em relação aos outros meses, mesmo estando dentro da meta pactuada

[Multiple handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO

9	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	1º, 2º e 3º Quadrimestre		Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos exames regulados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			<u>Ofertar 100% das metas quantitativas por exames pactuados:</u>		
			USG SISREG: 5568 CROSS (SIRESP): 0	5568	
			ECO / Doppler SISREG: 2600 CROSS (SIRESP): 0	2.600	
			Tomografia SISREG: 5.440 CROSS(SIRESP):4 80	5.920	
			Endoscopia: SISREG: 680 CROSS(SIRESP):3 20	1.000	
			Colonoscopia: SISREG: 540 CROSS(SIRESP): 160	700	
			Broncoscopia: SISREG: 44 CROSS(SIRESP): 28	72	
			Mamografias SISREG: 5280 CROSS (SIRESP): 0	5.280	
			Raio X SISREG: 2400 CROSS (SIRESP): 0	2.400	
			Pontuação: Atingiu 100% da meta média quadrimestral por exame, 80 pontos.		

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



		<p>Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por exame, 60 pontos.</p> <p>Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por exame, não pontua.</p>	
--	--	--	--

Total de exames efetuados:

Setembro: USG: 1.356, ECO/DOPPLER: 660, Endoscopia: 270, Colonoscopia: 181, Broncoscopia: 05, Tomografia: 1.483; Raio X: 600; Mamografia: 1.320
Total: 5.875.

Outubro: USG: 1.664, ECO/DOPPLER: 701, Endoscopia: 309, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.820.
Total: 6.767.

Novembro: USG: 1.280, ECO/DOPPLER: 630, Endoscopia: 260, Colonoscopia: 172, Broncoscopia: 31, Tomografia: 1.481; Raio X: 600; Mamografia: 1.820.
Total: 6.274.

Dezembro: USG: 1.388, ECO/DOPPLER: 662, Endoscopia: 181, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.550; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.894.

Total quadrimestre:

USG: 5.688 (102%)
ECO/DOPPLER: 2.653 (102%)
Endoscopia: 1.020 (102%)
Colonoscopia: 703 (100%)
Broncoscopia: 72 (100%)
Tomografia: 5.994 (101%)
Mamografia: 6.280 (119%)
Raio X: 2.400 (100%)

Total: 24.810 (105%)

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 80 PONTOS.

	<p>10.1 Taxa de Ocupação UTI Adulto. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SRESP).</p>	<p>Manter Taxa de Ocupação de leitos da UTI Adulto igual ou superior a 85%, na média quadrimestral.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos.</p>	<p>Relatório emitido pelo Dereg/SMS com extração dos sistemas oficiais. E Relatório da Instituição demonstrando a ocupação dos leitos regulados pelo</p>
--	---	---	--

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



10	TAXAS HOSPITALARES		Abaixo de 70%, não pontua	CROSS (SIRESP) Estado.				
		10.2 Taxa de Ocupação Hospitalar – TOH.	Manter a TOH da Clínica Médica igual ou superior a 85%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais.				
		10.3 Tempo Médio de Permanência – TMP.	Manter TMP da: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Clínica Obstétrica</td> <td style="width: 50%;">Até 04 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).</td> <td>Até 09 dias</td> </tr> <tr> <td>Clínica Cirúrgica</td> <td>Até 03 dias</td> </tr> </table> Apresentar demonstrativos diferenciados dos leitos regulados pelo SISREG e pelo CROSS. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Clínica Obstétrica	Até 04 dias	Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).	Até 09 dias	Clínica Cirúrgica
Clínica Obstétrica	Até 04 dias							
Clínica Médica (estratificando e excluindo os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).	Até 09 dias							
Clínica Cirúrgica	Até 03 dias							

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



	<p>10.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar – TMH.</p>	<p>Manter a TMH inferior a 4,5%.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório emitido pela Instituição.</p>
	<p>10.5 Taxa de Mortalidade Institucional – TMI.</p>	<p>Manter a TMI inferior a 4%.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório emitido pela Instituição.</p>
	<p>10.6 Taxa de Reinternação pelo mesmo diagnóstico, em 30 dias.</p>	<p>Manter a TR inferior a 5%.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório emitido pela Instituição.</p>
	<p>10.7 Taxa de Parto Cesário – TPC.</p>	<p>10.7.1 Manter a TPC inferior a 35% em relação ao número total de partos, excetuando as indicações cesarianas no cumprimento da Lei Estadual 17137/2019 devidamente comprovada conforme regulamentação da Lei.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	<p>Relatório de procedimentos realizados através do Dereg/SMS, incluindo apresentação de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" das parturientes, apresentado pela Instituição, com os pré-requisitos legais atendidos e apresentar relatório com Classificação de Robson de I a IV excetuando as cesáreas a pedido.</p>
		<p>10.7.2 Apresentar 100% de CID secundário nas AIH de parto cesáreo.</p>	<p>Relatório informado através do Dereg/SMS.</p>

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



			<p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos.</p> <p>Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 70%, não pontua.</p>	
--	--	--	--	--

10.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto

Setembro: CROOS: 82,86%; SISREG: 110,47%. Total: 100,21% - número de pacientes dia: 335; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês: 120,07%

Outubro: CROOS: 82,70%; SISREG: 104,22%. Total: 96,15% número de pacientes dia: 293; número de leitos dia: 270; Porcentagem por mês 108,52%

Novembro: CROOS: 102,22%; SISREG: 95,32%. Total: 97,91% número de pacientes dia: 274; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês 98,21%

Dezembro: CROOS: 105,38%; SISREG: 89,68%. Total: 95,56% número de pacientes dia: 315; número de leitos dia: 279; Porcentagem por mês 112,90%

Média: CROOS: 93,29%; SISREG: 99,92%. Total: 97,46%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

10.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH

Clínica Médica

Setembro: CROOS: 81,98%; SISREG: 79,72%. Total: 80,63%

Outubro: CROOS: 72,85%; SISREG: 92,26%. Total: 84,39%

Novembro: CROOS: 70,45%; SISREG: 91,38%. Total: 82,98%

Dezembro: CROOS: 53,24%; SISREG: 85,48%. Total: 73,84%

Média: CROOS: 70,38%; SISREG: 87,21%. Total: 80,46%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador
PONTUAÇÃO: 15 PONTOS

10.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Obstétrica

Setembro: 3,64; Outubro: 3,16; Novembro: 3,50; Dezembro: 3,14

Média: 3,36

Clínica Médica

Setembro: CROOS: 9,40%; SISREG: 7,71%. Total: 8,32% 12,44;

Outubro: CROOS: 8,92%; SISREG: 9,16%. Total: 9,07% 8,92;

Novembro: CROOS: 10,48%; SISREG: 9,64%. Total: 9,91% 8,26;

Dezembro: CROOS: 7,58%; SISREG: 8,26%. Total: 8,04% 9,63

Média: CROOS: 9,10%; SISREG: 8,69%. Total: 8,84% 9,81

***Clínica Médica: atualmente com 08 pacientes de longa permanência.**

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais

Setembro: CROOS: 9,13%; SISREG: 6,83%. Total: 7,66% 9,87

Outubro: CROOS: 8,34%; SISREG: 8,15%. Total: 8,22% 7,35;

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



Novembro: CROOS: 9,97%; SISREG: 7,84%. Total: 8,52% 6,68;
Dezembro: CROOS: 6,88%; SISREG: 6,87%. Total: 6,87% 8,33
Média: CROOS: 8,58%; SISREG: 7,42%. Total: 7,82% 8,06

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia

Setembro: CROOS: 18,72%; SISREG: 9,04%. Total: 11,56%
Outubro: CROOS: 23,91%; SISREG: 12,13%. Total: 14,55%
Novembro: CROOS: 20,96%; SISREG: 10,02%. Total: 12,34%;
Dezembro: CROOS: 14,58%; SISREG: 8,77%. Total: 9,92%
Média: CROOS: 19,54%; SISREG: 9,99%. Total: 12,09%

Clínica Cirúrgica

Setembro: CROOS: 1,85%; SISREG: 2,13%. Total: 2,01% 2,04;
Outubro: CROOS: 1,87%; SISREG: 2,24%. Total: 2,11% 1,75;
Novembro: CROOS: 1,94%; SISREG: 1,75%. Total: 1,80% 1,94;
Dezembro: CROOS: 2,02%; SISREG: 2,04%. Total: 2,03% 1,79

Média: CROOS: 1,92%; SISREG: 2,04%. Total: 1,99% 1,88

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcial ao indicador.
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

10.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

Setembro: 3,98%; Outubro: 3,65%; Novembro: 2,68%; Dezembro: 3,33%

Média do quadrimestre: 3,41%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Setembro: 3,52%; Outubro: 3,33%; Novembro: 2,68%; Dezembro: 2,85%

Média do quadrimestre: 3,10%

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.6 – Taxa de Reinternação - TR

Setembro: Taxa reinternação: 3,83. Executando as reinternações programadas e partos: 2,60%;
Outubro: Taxa reinternação: 4,60%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,74%; Novembro: Taxa reinternação: 5,22%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,53%;
Dezembro: Taxa reinternação: 2,85%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,43%

Média do quadrimestre: Taxa reinternação: 4,12%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,08%.

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.



10.7.1 – Taxa de Parto Cesáreo – TPC - Excetuando os casos por lei
Setembro: 33,15%, Outubro: 30,94%, Novembro:30,63 %, Dezembro: 28,43%

Média do quadrimestre: 30,68%

10.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.
Setembro: 100%; Outubro: 100%; Novembro: 100%; Dezembro: 100%

Média: 100%

10.7.1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.7.2 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores
TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 245 PONTOS.

11	GESTÃO DA CLÍNICA	Manter ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	Manter Protocolos de Segurança do Paciente de forma Institucional, bem como manter sistemática de monitoramento e gestão de riscos apresentando passo a passo para acreditação. Pontuação: Atingiu 100% das ações, 40 pontos; Atingiu entre 80% e 99%, 30 pontos; Abaixo de 80%, 20 pontos.	Relatório de visita in loco realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	--------------------------	--	--	--

O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador para comprovação do seu atendimento. O Departamento de Regulação Municipal apresentou o relatório de avaliação ratificando o atendimento ao indicador.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador:
PONTUAÇÃO:40 PONTOS.

12	CIRURGIAS AGENDADAS E SUSPENSAS	Monitorar, identificar e gerenciar eventuais cancelamentos de procedimentos cirúrgicos.	Notificar cirurgias agendadas e suspensas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório informando o quantitativo de cirurgias agendadas e suspensas estratificando os motivos administrativos e outros emitidos pela instituição.
----	--	---	--	--

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



Setembro: Cirurgias agendas: 180 – Cirurgias suspensas: 23 - Sendo: 12 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 07 (fatores internos) e 04 (falta do paciente).

Outubro: Cirurgias agendas: 185 – Cirurgias suspensas: 20 - Sendo: 12 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 07 (fatores internos) e 01 (falta do paciente).

Novembro: Cirurgias agendas: 178 – Cirurgias suspensas: 14 - Sendo: 04 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 08 (falta do paciente).

Dezembro: Cirurgias agendas: 152 – Cirurgias suspensas: 23 - Sendo: 05 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 06 (fatores internos) e 12 (falta do paciente).

Total de cirurgias cancelas: 80

Nota da unidade:

***Instabilidade clínica:** condições que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do paciente a saber: pico hipertensivo com encaminhamento ao cardiologista (13), síndrome gripal (06), cabelo sintético (03), abscesso dentário (01), taquicardia (02), risco anestésico (01), alteração laboratorial (03), cirurgia recente (01), quebra do jejum (01), abscesso na pele (01) e Bêta HCG (01).

**** Relacionadas a Instituição:** tempo de cirurgia excedeu o horário programado em 18 pacientes, ocasionando o reagendamento das cirurgias posteriores, lotação da UTI Adulto inviabilizando a reserva técnica da vaga para transferência do RPA (03), reprogramação da cirurgia por complexidade do diagnóstico (01)

Dos 22 procedimentos cirúrgicos suspensos por motivo institucional, 15 procedimentos foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre, 1 desistência, permanecendo 06 pacientes agendados para janeiro de 2025.

***Nesse quadrimestre, 31,5% dos procedimentos cirúrgicos eletivos não foram realizados em virtude de falta dos pacientes, em especial no mês de dezembro. Foram 25 faltas, sendo que destes, 16 pacientes ao serem novamente contactados manifestaram desejo de cancelamento do procedimento cirúrgico.

****Também observamos 27,5% de remanejamentos relacionados à fatores internos, o que nos levou à alteração do processo de gestão no Centro Cirúrgico. Importante destacar que o dimensionamento do tempo médio cirúrgico foi um fator determinante nos reagendamentos dos segundos pacientes, visto a complexidade dos casos na hora da abordagem.

Providências para regularização das cirurgias suspensas:

Cirurgias realizadas: 26

Pacientes reavaliados e aguardando nova data de cirurgia: 18

Pacientes agendado aguardando avaliação: 06

Pacientes com desistência: 16

Pacientes aguardando liberação médica: 14

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.



13	PLANEJAMENTO FAMILIAR	Disponibilizar agenda para procedimento cirúrgico em atendimento ao Planejamento Familiar.	<p>Manter no quadrimestre a disponibilização da agenda dos procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="772 456 1139 501"> <tr> <td>Laqueadura Tubária</td> <td>100</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Laqueadura Tubária	100	Relatório fornecido pela SEAGEN através do Dereg/SMS.
Laqueadura Tubária	100					

Apresentados os seguintes dados:

Laqueadura

Setembro: 25, Outubro: 25, Novembro: 25, Dezembro: 25

Total: 100

AValiação do Indicador: A comissão atribuiu atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 40 PONTOS.

14	PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES	Realizar cirurgias de alta complexidade endovascular encaminhados pela Regulação Municipal – Dereg.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar 100 % das metas quantitativas por procedimento pactuado quadrimestralmente:</p> <table border="1" data-bbox="772 1375 1139 1563"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Número de Arteriografias</td> <td>44</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta média quadrimestral por procedimento, 50 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por procedimento, 25 pontos. Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por procedimento, não pontua.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36	Número de Arteriografias	44	Relatório informado através do Dereg/SMS.
Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36							
Número de Arteriografias	44							

(Handwritten signatures and marks at the bottom of the page)



Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)
Setembro: 12, Outubro: 11, Novembro: 16, Dezembro: 05
Total: 44

Número Arteriografias
Setembro: 12, Outubro: 09, Novembro: 18, Dezembro: 05
Total: 44

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

15	CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE	Realizar Cirurgias de Endometriose conforme atendimento no Ambulatório Pré-Cirúrgico de Ginecologia, cujo o número de vagas são previamente definidas pelo Dereg.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente os procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:		Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos procedimentos realizados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			Número de Saídas Cirúrgicas	16	

W

Setembro: 05, Outubro: 04, Novembro: 14, Dezembro: 10
Total: 33

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.
Inserir consideração

di

16	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL	Disponibilizar Transporte em Viatura Móvel adequado ao perfil da remoção com Recursos Humanos completos e compatíveis com o porte da Remoção.	Transportar os pacientes internados que necessitem de Remoção para outros Serviços, inclusive para realização de eventuais Exames Subsidiários ou Interconsultas fora do ambiente hospitalar. Informar todos os casos pontuais de exceção.	Apresentar planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do
			Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos.	

W

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]



			Abaixo de 100%, não pontua.	destino, estratificando os tipos de remoção.
--	--	--	-----------------------------	--

Apresentado planilha mensal com todas as remoções realizadas no período, informando data, horário de saída/chegada, sigla do nome dos pacientes, da equipe profissional e indicação do destino estratificando os tipos de remoção

Setembro: 37 remoções

Outubro: 36 remoções

Novembro: 46 remoções

Dezembro: 32 remoções

Total Quadrimestre: 151 remoções

AValiação DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS

17	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17.1 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico após acolhimento na classificação de risco, estratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente.	<p>Apresentar os demonstrativos mensais estratificados conforme protocolo de classificação de risco estabelecido pelo município, monitorando tempo de espera para consulta médica no PA Obstétrico após respectivo acolhimento.</p> <p>Atendimento em até:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Vermelho – Imediato * Laranja – até 15 minutos * Amarelo – até 30 Minutos. * Verde – até 120 minutos. * Azul – até 240 minutos. <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.</p>	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.
			Apresentar os demonstrativos mensais estratificados	

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



		<p>17.2 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.</p>	<p>de monitoramento de intervalo de tempo entre a chegada do usuário na Unidade e o início da classificação de risco em até 10 minutos.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.</p>	<p>Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.</p>
--	--	--	--	--

Avaliação do Indicador:

17.1 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico

Setembro: Vermelho: 00:36:00 – Laranja: 00:13:00 - Amarelo: 00:41:00 – Verde: 01:00:00 – Azul: 00:51:00
 Outubro: Vermelho: 00:05:00 - Laranja: 00:31:00 - Amarelo: 00:35:00 – Verde: 00:53:00 – Azul: 00:54:00
 Novembro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:24:00 - Amarelo: 00:29:00 – Verde: 00:57:00 – Azul: 01:21:00
 Dezembro: Vermelho: 00:36:00 - Laranja: 00:33:00 - Amarelo: 00:27:00 – Verde: 00:59:00 – Azul: 00:43:00
 Média quadrimestre vermelho: 00:19:00
 Média quadrimestre laranja: 00:25:00
 Média quadrimestre amarelo: 00:33:00
 Média quadrimestre verde: 00:57:00
 Média quadrimestre azul: 00:57:00

Origem do Paciente:

Setembro:

Vermelho: Santos: 151 (88,30%) – S.Vicente: 13 (7,60%) – P.Grande: 03 (1,75%) – Guarujá: 01 (1%) – Cubatão: 03 (1,75%) Total: 171 (100%).
 Amarelo: Santos: 1.184 (83,38%) – S.Vicente: 169 (11,90%) – P.Grande: 44 (3,09%) – Guarujá: 12 (0,84%) – Cubatão: 11 (0,77%) Total 1.420 (100%).
 Verde: Santos: 3.386 (83%) – S.Vicente: 516(13%) – P.Grande: 99 (2%) – Guarujá: 28 (1%) – Cubatão: 43 (1%) Total 4.072 (100%).
 Azul: Santos: 6.072 (85%) – S.Vicente: 829 (12%) – P.Grande: 98 (1%) – Guarujá: 41 (1%) – Cubatão: 39 (1%) Total 7.079 (100%).

Outubro:

Vermelho: Santos: 146 (89,02%) – S.Vicente: 15 (9,14%) – P.Grande: 02 (1,21%) – Guarujá: 01 (0,60%) – Cubatão: 00 (%) Total 164 (100%).
 Amarelo: Santos: 1.244 (83,65%) – S.Vicente: 185 (12,44%) – P.Grande: 40 (2,68%) – Guarujá: 10 (0,67%) – Cubatão: 08 (0,53%) Total 1.487 (100%)
 Verde: Santos: 3.313 (85%) – S.Vicente: 450 (11,54%) – P.Grande: 92 (2%) – Guarujá: 15 (0,38%) – Cubatão: 28 (1%) Total 3.898 (100%).
 Azul: Santos: 5.215 (86%) – S.Vicente: 662 (10%) – P.Grande: 103 (2%) – Guarujá: 43 (1%) – Cubatão: 39 (1%) Total 6.062 (100%).

(Handwritten signatures and initials at the bottom of the page)



Novembro:

Vermelho: Santos: 171 (90,47%) – **S.Vicente:** 10 (5,29%) – **P.Grande:** 02 (1,05%) – **Guarujá:** 05 (2,64%) – **Cubatão:** 01 (0,52%) Total 189 (100%).

Amarelo: Santos: 1.268 (85,10%) – **S.Vicente:** 172 (11,54%) – **P.Grande:** 27 (1,81%) – **Guarujá:** 13 (0,87%) – **Cubatão:** 10 (0,67%) Total 1.490 (100%).

Verde: Santos: 2.775 (84,27%) – **S.Vicente:** 375(11,47%) – **P.Grande:** 59 (2%) – **Guarujá:** 27 (1%) – **Cubatão:** 33 (1,09%) Total 3.269 (100%).

Azul: Santos: 4.582 (85%) – **S.Vicente:** 642 (12%) – **P.Grande:** 73 (1%) – **Guarujá:** 32 (1%) – **Cubatão:** 43 (1%) Total 5.372 (100%).

Dezembro:

Vermelho: Santos: 157 (88,70%) – **S.Vicente:** 10 (5,64%) – **P.Grande:** 03 (1,69%) – **Guarujá:** 03 (1,69%) – **Cubatão:** 04 (2,25%) Total 177 (100%).

Amarelo: Santos: 1.374 (85,07%) – **S.Vicente:** 187 (11,57%) – **P.Grande:** 29 (1,79%) – **Guarujá:** 18 (1,11%) – **Cubatão:** 07 (0,43%) Total 1.615 (100%).

Verde: Santos: 2.953 (85%) – **S.Vicente:** 382 (11%) – **P.Grande:** 69 (2%) – **Guarujá:** 33 (1%) – **Cubatão:** 16 (1%) Total 3.453 (100%).

Azul: Santos: 5.784 (84%) – **S.Vicente:** 732(12%) – **P.Grande:** 125 (2%) – **Guarujá:** 39 (1%) – **Cubatão:** 30 (1%) Total 6.710 (100%).

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 00 Pontos.

17.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial: tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco

Setembro: Totem para Classificação: 00:20:00.

Outubro: Totem para Classificação: 00:12:00.

Novembro: Totem para Classificação: 00:11:00.

Novembro: Totem para Classificação: 00:13:00.

Média do Quadrimestre: totem para classificação: 00:14:00.

17.2 - Avaliação do Indicador: A comissão atribui o não atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 0 Pontos

Justificativa: Ultrapassou o tempo de espera entre a senha e a classificação de risco permitido de ATÉ 10 minutos.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento aos indicadores

TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 00 PONTOS.

18	<p>TEMPO DE RESPOSTA PARA RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO</p>	<p>Implantar monitoramento de tempo em até 1 hora, entre a realização da consulta médica e resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem destinados ao Pronto Atendimento</p>	<p>Atingir a meta estabelecida em até 1 hora no resultado de eventuais exames laboratoriais e de imagem.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta – pontua 40 pontos Atingiu entre 99% e 80%</p>	<p>Rélatório planilhado apresentado pela Unidade, com inclusão de certificação pelo prestador do serviço na disponibilização do resultado.</p>
----	---	---	---	--

(Handwritten signatures and initials on the right margin)

(Handwritten signatures and initials at the bottom of the page)



	Obstétrico.	da meta – pontua 20 pontos Abaixo de 80% - não pontua.	
<p>Avaliação do Indicador: Apresentado relatório pela Instituição.</p> <p>Setembro: Total de exames laboratoriais: 1.005/ Tempo médio de liberação: 01:18:32 – Total de exames imagem: 07/ Tempo médio de liberação: 00:55:00.</p> <p>Outubro: Total de exames laboratoriais: 1.085/ Tempo médio de liberação: 01:21:30 – Total de exames imagem: 05/ Tempo médio de liberação: 00:39:00.</p> <p>Novembro: Total de exames laboratoriais: 1.214/ Tempo médio de liberação: 00:43:25 – Total de exames imagem: 07/ Tempo médio de liberação: 00:19:00.</p> <p>Dezembro: Total de exames laboratoriais: 1.022/ Tempo médio de liberação: 00:48:23 – Total de exames imagem: 10/ Tempo médio de liberação: 00:27:00.</p> <p>Tempo Médio do quadrimestre exames laboratoriais: 00:57:58. Tempo Médio do quadrimestre exames imagem: 00:35:03.</p> <p>Média no quadrimestre: 00:46:30</p> <p>Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento total ao indicador. PONTUAÇÃO TOTAL: 40 Pontos.</p>			

A somatória dos indicadores totaliza **860** (oitocentos e setenta) pontos, onde aferimos que o enquadramento do cumprimento de metas para o disposto no parágrafo quinto da cláusula quinta do Contrato de Gestão perfaz o percentual do valor da parte variável de 100% (cem por cento).

Nada mais sendo exposto, no silêncio, foi encerrada a presente reunião às 16:00 horas, sendo a presente Ata vista e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

ALEXANDRA O. DE ANDRADE NUNES – Presidente

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU – Suplente

ELLEN DE ALMEIDA KECHICHIAN – Titular

ALESSANDRA DE ZUTTER - Suplente

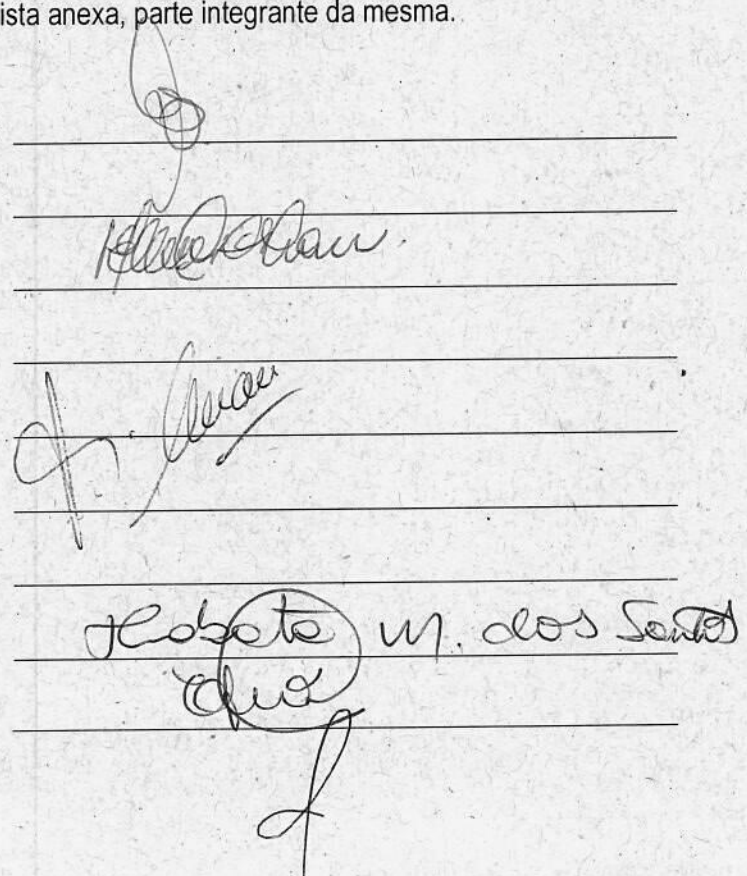
MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Titular

SERGIO ROBERTO MENDES – Suplente

FLÁVIA CAMARA BRUNOCILLA – Titular

THABATA MARTINS DOS SANTOS – Suplente

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO - Titular



Handwritten signatures of the committee members, including a large signature for Roberto M. dos Santos.



FLÁVIA MENDES DE SOUZA- Suplente

JOSÉ IVO DOS SANTOS

SILAS DA SILVA

DANIELE AUGUSTO-Convidada

CATIANA LEME BRAGA - Convidada

Andre Luiz de Franca Souza
Gabriela Almeida de Oliveira
Gabriela Nunes Moura

[Handwritten signatures on lined paper]

COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIS REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

DANIELLE MENESES

[Handwritten signatures on lined paper]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Santos, 26 de setembro de 2025.

ERRATA

Eu, **Eloisa Galasso**, atual Presidente da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, usando das atribuições a mim designada, venho através deste instrumento, rerratificar ata da reunião da comissão de acompanhamento e fiscalização da reunião realizada no dia 18 de fevereiro de 2025, às 15:00 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS.

Onde se lê:

Indicador 8: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Setembro: 0,31%, Outubro: 0,32%, Novembro: 0,60%, Novembro: 1,27%

Leia-se:

Setembro: 031%, Outubro: 0,32%, Novembro: 0,60%, Dezembro: 1,27%

Onde se lê:

Indicador 10.3: Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Médica

Setembro: CROOS: 9,40%; SISREG: 7,71%. Total: 8,32% 12,44;
Outubro: CROOS: 8,92%; SISREG: 9,16%. Total: 9,07% 8,92;
Novembro: CROOS: 10,48%; SISREG: 9,64%. Total: 9,91% 8,26;
Dezembro: CROOS: 7,58%; SISREG: 8,26%. Total: 8,04% 9,63
Média: CROOS: 9,10%; SISREG: 8,69%. Total: 8,84% 9,81

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais

Setembro: CROOS: 9,13%; SISREG: 6,83%. Total: 7,66% 9,87
Outubro: CROOS: 8,34%; SISREG: 8,15%. Total: 8,22% 7,35;
Novembro: CROOS: 9,97%; SISREG: 7,84%. Total: 8,52% 6,68;
Dezembro: CROOS: 6,88%; SISREG: 6,87%. Total: 6,87% 8,33
Média: CROOS: 8,58%; SISREG: 7,42%. Total: 7,82% 8,06

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais e as Colonoscopias

Setembro: CROOS: 18,72%; SISREG: 9,04%. Total: 11,56%
Outubro: CROOS: 23,91%; SISREG: 12,13%. Total: 14,55%
Novembro: CROOS: 20,96%; SISREG: 10,02%. Total: 12,34%;
Dezembro: CROOS: 14,58%; SISREG: 8,77%. Total: 9,92%
Média: CROOS: 19,54%; SISREG: 9,99%. Total: 12,09%

Clínica Cirúrgica

Setembro: CROOS: 1,85%; SISREG: 2,13%. Total: 2,01% 2,04;
Outubro: CROOS: 1,87%; SISREG: 2,24%. Total: 2,11% 1,75;
Novembro: CROOS: 1,94%; SISREG: 1,75%. Total: 1,80% 1,94;
Dezembro: CROOS: 2,02%; SISREG: 2,04%. Total: 2,03% 1,79
Média: CROOS: 1,92%; SISREG: 2,04%. Total: 1,99% 1,88

Leia-se:

Indicador 10.3: Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Médica

Setembro: CROOS: 9,40; SISREG: 7,71. Total: 8,32
Outubro: CROOS: 8,92; SISREG: 9,16. Total: 9,07
Novembro: CROOS: 10,48; SISREG: 9,64. Total: 9,91
Dezembro: CROOS: 7,58; SISREG: 8,26. Total: 8,04
Média: CROOS: 9,10; SISREG: 8,69. Total: 8,84

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais

Setembro: CROOS: 9,13; SISREG: 6,83. Total: 7,66
Outubro: CROOS: 8,34; SISREG: 8,15. Total: 8,22
Novembro: CROOS: 9,97; SISREG: 7,84. Total: 8,52
Dezembro: CROOS: 6,88; SISREG: 6,87. Total: 6,87
Média: CROOS: 8,58; SISREG: 7,42. Total: 7,82

Clínica Médica

Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia

Setembro: CROOS: 18,72; SISREG: 9,04. Total: 11,56
Outubro: CROOS: 23,91; SISREG: 12,13. Total: 14,55
Novembro: CROOS: 20,96; SISREG: 10,02. Total: 12,34
Dezembro: CROOS: 14,58; SISREG: 8,77. Total: 9,92
Média: CROOS: 19,54; SISREG: 9,99. Total: 12,09

Clínica Cirúrgica

Setembro: CROOS: 1,85; SISREG: 2,13, Total: 2,01
Outubro: CROOS: 1,87; SISREG: 2,24, Total: 2,11
Novembro: CROOS: 1,94; SISREG: 1,75, Total: 1,80
Dezembro: CROOS: 2,02; SISREG: 2,04, Total: 2,03
Média: CROOS: 1,92; SISREG: 2,04, Total: 1,99

Onde se lê:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 17.1 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico após acolhimento na classificação de risco, estratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente.

Origem do Paciente:

Setembro:

Vermelho: Santos: 151 (88,30%) – **S.Vicente:** 13 (7,60%) – **P.Grande:** 03 (1,75%) – **Guarujá:** 01 (1%) – **Cubatão:** 03 (1,75%) Total: 171 (100%).
Amarelo: Santos: 1.184 (83,38%) – **S.Vicente:** 169 (11,90%) – **P.Grande:** 44 (3,09%) – **Guarujá:** 12 (0,84%) – **Cubatão:** 11 (0,77%) Total 1.420 (100%).
Verde: Santos: 3.386 (83%) – **S.Vicente:** 516(13%) – **P.Grande:** 99 (2%) – **Guarujá:** 28 (1%) – **Cubatão:** 43 (1%) Total 4.072 (100%).
Azul: Santos: 6.072 (85%) – **S.Vicente:** 829 (12%) – **P.Grande:** 98 (1%) – **Guarujá:** 41 (1%) – **Cubatão:** 39 (1%) Total 7.079 (100%).

Outubro:

Vermelho: Santos: 146 (89,02%) – **S.Vicente:** 15 (9,14%) – **P.Grande:** 02 (1,21%) – **Guarujá:** 01 (0,60%) – **Cubatão:** 00 (%) Total 164 (100%).
Amarelo: Santos: 1.244 (83,65%) – **S.Vicente:** 185 (12,44%) – **P.Grande:** 40 (2,68%) – **Guarujá:** 10 (0,67%) – **Cubatão:** 08 (0,53%) Total 1.487 (100%).
Verde: Santos: 3.313 (85%) – **S.Vicente:** 450 (11,54%) – **P.Grande:** 92 (2%) – **Guarujá:** 15 (0,38%) – **Cubatão:** 28 (1%) Total 3.898 (100%).
Azul: Santos: 5.215 (86%) – **S.Vicente:** 662 (10%) – **P.Grande:** 103 (2%) – **Guarujá:** 43 (1%) – **Cubatão:** 39 (1%) Total 6.062 (100%).

Novembro:

Vermelho: Santos: 171 (90,47%) – **S.Vicente:** 10 (5,29%) – **P.Grande:** 02 (1,05%) – **Guarujá:** 05 (2,64%) – **Cubatão:** 01 (0,52%) Total 189 (100%).
Amarelo: Santos: 1.268 (85,10%) – **S.Vicente:** 172 (11,54%) – **P.Grande:** 27 (1,81%) – **Guarujá:** 13 (0,87%) – **Cubatão:** 10 (0,67%) Total 1.490 (100%).

Verde: Santos: 2.775 (84,27%) – S.Vicente: 375(11,47%) – P.Grande: 59 (2%) – Guarujá: 27 (1%) – Cubatão: 33 (1,09%) Total 3.269 (100%).

Azul: Santos: 4.582 (85%) – S.Vicente: 642 (12%) – P.Grande: 73 (1%) – Guarujá: 32 (1%) – Cubatão: 43 (1%) Total 5.372 (100%).

Dezembro:

Vermelho: Santos: 157 (88,70%) – S.Vicente: 10 (5,64%) – P.Grande: 03 (1,69%) – Guarujá: 03 (1,69%) – Cubatão: 04 (2,25%) Total 177 (100%).

Amarelo: Santos: 1.374 (85,07%) – S.Vicente: 187 (11,57%) – P.Grande: 29 (1,79%) – Guarujá: 18 (1,11%) – Cubatão: 07 (0,43%) Total 1.615 (100%).

Verde: Santos: 2.953 (85%) – S.Vicente: 382 (11%) – P.Grande: 69 (2%) – Guarujá: 33 (1%) – Cubatão: 16 (1%) Total 3.453 (100%).

Azul: Santos: 5.784 (84%) – S.Vicente: 732(12%) – P.Grande: 125 (2%) – Guarujá: 39 (1%) – Cubatão: 30 (1%) Total 6.710 (100%).

Leia-se:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 17.1 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica no PA Obstétrico após acolhimento na classificação de risco, estratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente

Origem do Paciente:

Setembro:

Vermelho: Santos: 02 (40%) – S.Vicente: 02 (40%) – Guarujá: 01 (20%) Total: 05 (100%).

Laranja: Santos: 05 (50%) - S.Vicente: 02 (20%) – P.Grande: 03 (30%) -Total: 10 (100%)

Amarelo: Santos: 67 (51%) – S.Vicente: 36 (27%) – P.Grande: 18 (14%) – Guarujá: 05 (4%) – Cubatão: 04 (3%) – Mongaguá 01 (0,76%) – Total: 131 (100%).

Verde: Santos: 463 (67%) – S.Vicente: 110 (16%) – P.Grande: 72 (10%) – Guarujá: 19 (3%) – Cubatão: 15 (2%) – Outros: 08 (1%) – Total: 687 (100%).

Azul: Santos: 21 (75%) – S.Vicente: 03 (11%) – P.Grande: 01 (4%) – Guarujá: 02 (7%) – Bertioga: 01 (4%) - Total: 28 (100%).

Outubro:

Vermelho: Santos: 01 (50%) – S.Vicente: 01 (50%) –Total: 02 (100%).

Laranja: Santos: 06 (60%) - S.Vicente: 04 (40%) - Total 10 (100%)

Amarelo: Santos: 73 (59%) – S.Vicente: 26 (21%) – P.Grande: 11 (9%) – Guarujá: 06 (5%) – Cubatão: 06 (5%) – Itanhaém: 01 (0,81%) – Total: 123 (100%)

Verde: Santos: 479 (65%) – S.Vicente: 139 (19%) – P.Grande: 65 (9%) – Guarujá: 42 (6%) – Cubatão: 10 (1%) – Outros: 05 (0,67%) - Total: 740 (100%).

Azul: Santos: 35 (59%) – S.Vicente: 12 (20%) – P.Grande: 09 (15%) – Guarujá: 01 (2%) – Cubatão: 01 (2%) – Bertioga: 01 (2%) - Total: 59 (100%).

Novembro:

Vermelho: nenhum atendimento classificado vermelho

Laranja: Santos: 05 (100%) – Total: 05 (100%)

Amarelo: Santos: 56 (51%) – S.Vicente: 21 (19%) – P.Grande: 20 (18%) – Guarujá: 10 (9%) – Cubatão: 01 (0,91%) – São Paulo: 01 (0,91%) - Total: 109 (100%).

Verde: Santos: 473 (66%) – S.Vicente: 114 (16%) – P.Grande: 84 (12%) – Guarujá: 35 (5%) – Cubatão: 04 (0,55%) – Outros: 07 (0,97%) – Total: 717 (100%).

Azul: Santos: 21 (54%) – S.Vicente: 08 (21%) – P.Grande: 09 (23%) – Guarujá: 01 (3%) – Total: 39 (100%).

Dezembro:

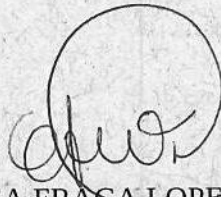
Vermelho: Santos: 01 (100%) – Total: 01 (100%).

Laranja: Santos: 05 (45%) - S.Vicente: 04 (36%) – P.Grande: 01 (9%) – Cubatão: 01 (9%) Total: 11 (100%)

Amarelo: Santos: 68 (60%) – S.Vicente: 15 (13%) – P.Grande: 17 (15%) – Guarujá: 09 (8%) Cubatão: 02 (2%) – Outros: 02 (2%) – Total: 113 (100%).

Verde: Santos: 406 (67%) – S.Vicente: 83 (13%) – P.Grande: 73 (12%) – Guarujá: 30 (5%) – Cubatão: 09 (2%) Outros: 07 (1%) - Total 608 (100%).

Azul: Santos: 75 (78%) – S.Vicente: 09 (9%) – P.Grande: 07 (7%) – Guarujá: 03 (3%) – Cubatão: 01 (1%) – Guarulhos: 01 (1%) - Total: 96 (100%).



ELOISA FRAGA LOPES GALASSO

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO