



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 MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO DE 2025 (2º QUADRIMESTRE).

No dia 21 de outubro de 2025, às 09:00 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.	1º e 2º Quadrimestre: Apresentar: atas das reuniões e relatórios quadrimestrais das ações desenvolvidas (subscritos por 2 representantes legais) elaborados e apresentados pela Instituição. 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. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentada pelo CHE, anexando fotos, lista de presença, dentre outros.



Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (maio 15/05, 26/05, junho 04/06, 26/06, julho 17/07 e agosto 06/08, 21/08/2015).

Maio: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Revisão do protocolo de atendimento (Ficha de atendimento) Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **01** com **18** gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **01**; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **02**; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **02**; Comissão de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: **01**; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: **04**. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: **02**.

Junho: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Introdução de padronização de orientação do hospital: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **01** com **26** gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **01**; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **02**; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **02**; Comissão de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: **01**; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: **05**. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: **01**.

Julho: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **01** com **22** gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **01**; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ação realizada: **01**; Realização de visita extraordinária de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **01**; Comissão de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: **01**; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: **04**. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: **01**.

Agosto: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **01** com **19** gestantes participantes; Realização de reunião mensal com a Diretoria para avaliação de 100% das manifestações recebidas pela Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **01**; Apresentação na reunião ordinária da Comissão de Humanização para avaliação e confecção de plano de ações para as manifestações por escrito da Ouvidoria - Quantidade de ações realizadas: **02**; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **02**; Construção do protocolo atendimento Código Verde - Quantidade de ações realizadas: **02**; Comissão de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: **01** / Quiz Cuidados Paliativos Quantidade de Participantes **83**; Confecção da caixa de memória do bebê nos casos de óbito na UTI Neonatal - Quantidade de ações realizadas: **01**; Realização de Culto Ecumênico periódico - Quantidade de ações realizadas: **04**. Execução das ações do IHAC - Quantidade de ações realizadas: **01**.

Outras considerações/sugestões:

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, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório estratificado e detalhado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês apresentados pela Instituição. E subscritos por 2 representantes legais
<p>Foi apresentado pela Instituição o painel de monitoramento dos indicadores com os seguintes números de pesquisas efetuadas</p> <p>Maio: Número de atendimentos: 7.247; Pesquisas realizadas: 842 (11,62%); Índice de Satisfação Positiva: 96,97% Junho: Número de atendimentos: 6.867; Pesquisas realizadas: 643 (9,36%); Índice de Satisfação Positiva: 97,14% Julho: Número de atendimentos: 7.412; Pesquisas realizadas: 735 (9,92%); Índice de Satisfação Positiva: 96,31% Agosto: Número de atendimentos: 7.207; Pesquisas realizadas: 719 (9,97%); Índice de Satisfação Positiva: 96,45%</p> <p>Total de atendimentos: 28.733 - Pesquisas realizadas: 2.939 Média do Quadrimestre: 96,72%.</p> <p>Outras considerações/sugestões: Maiores reclamações – tempo de atendimento / ruído</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.</p>				

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a circular stamp with the acronym 'CMSS'.



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>	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.
---	--	--	---	---

Serviço de Atendimento ao Usuário

Maior: Foram realizados 21 registros sendo pontuados:

Elogio: 04 relação profissional x cliente; 02 assistências.

Queixas: 12 assistências; 01 relações profissional x cliente, 01 informação, 01 tempo de espera.

Junho: Foram realizados 24 registros sendo pontuados:

Elogio: 08 assistências; 01 relação profissional x cliente.

Queixas: 02 relações profissional x cliente; 11 assistências; 01 ambiência; 01 flexibilidade na opção de refeição

Julho: Foram realizados 18 registros sendo pontuados:

Elogio: 04 assistências.

Queixas: 11 assistências; 01 relação profissional x cliente; 01 tempo de espera; 01 solicitação de prontuário.

Agosto: Foram realizados 22 registros sendo pontuados:

Elogio: 01 relações profissional x cliente; 03 assistências.

Queixas: 16 assistências, 02 relação profissional x cliente

Maior: Foram efetuadas 15 reclamações e 06 elogios, respondido dentro do prazo.

Junho: Foram efetuadas 15 reclamações e 09 elogios, respondido dentro do prazo: 23 e fora do prazo: 01.

Julho: Foram efetuadas 14 reclamações e 04 elogios, respondido dentro do prazo.

Agosto: Foram efetuadas 18 reclamações e 04 elogios, respondido dentro do prazo

Total de manifestações: 85

Sendo respondido dentro das 72 horas preconizada: 84 – 98,82%.

Fora do prazo: 01 – 1,18%.

Considerações/sugestões:

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

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

(Handwritten signature)

(Multiple handwritten signatures and initials at the bottom of the page)



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.
---	--	--	--	--

Apresentado o plano de Educação Permanente para o exercício de 2025, 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)

Maio: Colaboradores treinados: 377/ treinamentos aplicados: 18 - índice 1,06.

Junho: Colaboradores treinados: 274 / treinamentos aplicados: 34 – índice 1,04.

Julho: Colaboradores treinados: 405 / treinamentos aplicados: 26 – índice: 1,33.

Agosto: Colaboradores treinados: 449 / treinamentos aplicados: 33 – índice: 2,04.

Colaboradores treinados quadrimestre: 1.505; treinamentos aplicados: 111 – índice 1,37.

Considerações/sugestões: Listas de presença de forma eletrônica, sem assinaturas.

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 em prontuário eletrônico.	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Registrar 100% do atendimento no sistema INTEGRA SAÚDE</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 90% da meta, 10 pontos.</p> <p>Abaixo de 90%, não pontua</p>	Relatório emitido pela Unidade e ratificado pelo Dereg/SMS, através de consulta ao sistema INTEGRA SAÚDE.
		5.4 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares estratificados por Alojamento Conjunto e Gestão de Alto Risco como se segue:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Clinica Obstétrica</td> <td>Até 1.080</td> </tr> </table>	Clinica Obstétrica
Clinica Obstétrica	Até 1.080			

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the right side.



		Municipal.	<p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	do Dereg/SMS		
		<p>5.5 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.</p>	<p>1º, 2º e 3º quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue:</p> <table border="1"> <tr> <td>Clínica Médica</td> <td>812</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Clínica Médica	812	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Médica	812					
		<p>5.6 Realizar o número de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal.</p>	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre: Realizar as saídas hospitalares como se segue: como se segue:</p> <table border="1"> <tr> <td>Clínica Cirúrgica Eletiva</td> <td>540</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 20 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.
Clínica Cirúrgica Eletiva	540					

5.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Maio: 00:19:08
Junho: 00:19:56
Julho: 00:17:09
Agosto: 00:19:07

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = média do quadrimestre: 00:18:50

(Handwritten signatures and stamps)



Outras considerações/sugestões:

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:

Mai: 100%, **Junho:** 100%, **Julho:** 100%, **Agosto:** 100%

Outras considerações/sugestões:

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:

Mai: 100%, **Junho:** 100%, **Julho:** 100%, **Agosto:** 100%

Outras considerações/sugestões:

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

Mai: 303, **Junho:** 314, **Julho:** 343, **Agosto:** 202.

Total 1.162.

Outras considerações/sugestões:

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:

Mai: 212, **Junho:** 258, **Julho:** 265, **Agosto:** 182.

Total: 917.

Outras considerações/sugestões:

Quando 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:

Mai: 163, **Junho:** 151, **Julho:** 162, **Agosto:** 69.

Total: 545

ca
je
17

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



*Total de saídas: 2.624

Total de saídas pactuadas: 2.432

Outras considerações/sugestões:

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. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Relatório mensal emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões.
---	--	--	--	---

**Número de prontuários avaliados:**

Maio: Total de prontuários analisados 111 (5,09%); índice de resultados positivos: 92,70%;
 Junho: Total de prontuários analisados 100 (5,28%); índice de resultados positivos: 92,22%;
 Julho: Total de prontuários analisados 106 (5,03%); índice de resultados positivos: 91,59%;
 Agosto: Total de prontuários analisados 106 (5,22%) índice de resultados positivos: 90,39%;
Total: Total de prontuários analisados 423 – (5,16%)

Índice de Resultados Positivos:

Maio: 92,70%; Junho: 92,22%; Julho: 91,59%; Agosto: 90,39%
Média: 89,97%

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

Outras considerações/sugestões:

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:

Maio: Adulto – 25; Neonatal – 01; Fetal – 02 – Total de Óbitos: 28 - 100% analisados

(Handwritten signatures and initials)



Junho: Adulto – 17; Neonatal – 00; Fetal – 01 – Total de Óbitos: 18 - 100% analisados

Julho: Adulto – 17; Neonatal – 00; Fetal – 01 – Total de Óbitos: 18 - 100% analisados

Agosto: Adulto – 20; Neonatal – 00; Fetal – 01 – Total de Óbitos: 21 - 100% analisados

Total do quadrimestre: Números de óbitos: 85; Números de óbitos avaliados: 85 -100% dos prontuários analisados.

Outras considerações/sugestões:

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>
---	--	--	---	---

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

Taxa bruta

Maio: 0,25%, Junho: 0,28%, Julho: 0,13%, Agosto: 0,25%

Média: 0,23

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

(Handwritten signatures and initials)



Outras considerações/sugestões: Cabe destacar o baixo índice de infecção 0,23% - EXCELENTE

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

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO

		1º, 2º e 3º Quadrimestre			
		<u>Ofertar 100% das metas quantitativas por exames pactuados:</u>			
9	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	USG SISREG: 5568 CROSS (SIRESP): 0	5568	Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos exames regulados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			ECO / Doppler SISREG: 2600 CROSS (SIRESP): 0	2.600	
			Tomografia SISREG: 5.440 CROSS(SIRESP):480	5.920	
			Endoscopia: SISREG: 680 CROSS(SIRESP):320	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	

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature that appears to be 'CURS'.



			Atingiu 100% da meta média quadrimestral por exame, 80 pontos.	
			Atingiu entre 99% e 70% da meta média quadrimestral por exame, 60 pontos.	
			Abaixo de 70% da meta média quadrimestral por exame, não pontua.	

Total de exames efetuados:

Maio: USG: 1.392, ECO/DOPPLER: 650, Endoscopia: 273, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320
Total: 5.908.

Junho: USG: 1.291, ECO/DOPPLER: 665, Endoscopia: 257, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.806.

Julho: USG: 1.591, ECO/DOPPLER: 700, Endoscopia: 282, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 6.166.

Agosto: USG: 1.294, ECO/DOPPLER: 644, Endoscopia: 204, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.320.
Total: 5.735.

Total quadrimestre:

USG: 5.568 (100%)

ECO/DOPLER: 2.659 (102%)

Endoscopia: 1.016 (102%)

Colonoscopia: 700 (100%)

Broncoscopia: 72 (100%)

Tomografia: 5.920 (100%)

Mamografia: 5.280 (100%)

Raio X: 2.400 (100%)

Total: 23.615 (100%)

Outras considerações/sugestões:

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



10	TAXAS HOSPITALARES	10.1 Taxa de Ocupação UTI Adulto. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	Manter Taxa de Ocupação de leitos da UTI Adulto igual ou superior a 85%, na média quadrimestral. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua	Relatório emitido pelo Dereg/SMS com extração dos sistemas oficiais. E Relatório da Instituição demonstrando a ocupação dos leitos regulados pelo 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" data-bbox="774 1025 1157 1568"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>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							



	10.4 Taxa de Mortalidade Hospitalar – TMH.	Manter a TMH inferior a 4,5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
	10.5 Taxa de Mortalidade Institucional – TMI.	Manter a TMI inferior a 4%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 20 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
	10.6 Taxa de Reinternação pelo mesmo diagnóstico, em 30 dias.	Manter a TR inferior a 5%. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório emitido pela Instituição.
	10.7 Taxa de Parto Cesário – TPC.	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. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 35 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 15 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	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.
		10.7.2 Apresentar 100% de CID secundário nas AIH de parto	Relatório informado através do Dereg/SMS.

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a prominent signature that appears to be 'CMS']



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

10.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto

Mai: número de pacientes dia: 310; número de leitos dia: 313 – porcentagem por mês: 100,97

Junho: número de pacientes dia: 300; número de leitos dia: 305 – porcentagem por mês: 101,67

Julho: número de pacientes dia: 310; número de leitos dia: 297 – porcentagem por mês: 95,81 CROOS: 91,40%;

Agosto: número de pacientes dia: 310; número de leitos dia: 299 – porcentagem por mês: 96,45

Total: número de pacientes dia: 1.230; número de leitos dia: 1.214 – porcentagem no quadrimestre: 98,70

Outras considerações/sugestões:

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

10.2 – Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH**Clínica Médica**

Mai: CROOS: 66,97%; SISREG: 98,18%. Total: 85,75%

Junho: CROOS: 71,11%; SISREG: 98,35%. Total: 87,50%

Julho: CROOS: 71,92%; SISREG: 96,22%. Total: 86,43%

Agosto: CROOS: 68,06%; SISREG: 98,67%. Total: 86,14%

Média: CROOS: 69,52%; SISREG: 97,86%. Total: 86,46%

Outras considerações/sugestões:

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

10.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP**Clínica Obstétrica**

Mai: 3,47; **Junho:** 3,68; **Julho:** 3,60; **Agosto:** 3,55.

Média: 3,58.

Clínica Médica

Mai: CROOS: 8,75%; SISREG: 8,16%. Total: 8,34%

Junho: CROOS: 9,80%; SISREG: 8,12%. Total: 8,60%

Julho: CROOS: 8,81%; SISREG: 9,04%. Total: 8,96%

Agosto: CROOS: 10,54%; SISREG: 7,44%. Total: 8,23%

Total: CROOS: 9,48%; SISREG: 8,19%. Total: 8,53%

***Clínica Médica: atualmente com 09 pacientes de longa permanência.**

Clínica Médica

**Sem os Casos Sociais**

Maior: CROOS: 8,75%; SISREG: 6,13%. Total: 6,88%
Junho: CROOS: 9,80%; SISREG: 6,41%. Total: 7,34%
Julho: CROOS: 8,81%; SISREG: 6,51%. Total: 7,27%
Agosto: CROOS: 10,54%; SISREG: 5,93%. Total: 7,06%
Total: CROOS: 9,48%; SISREG: 6,24%. Total: 7,14%

Clínica Médica**Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia**

Maior: CROOS: 12,28%; SISREG: 12,21%. Total: 12,24%
Junho: CROOS: 17,27%; SISREG: 11,55%. Total: 13,18%
Julho: CROOS: 15,62%; SISREG: 11,45%. Total: 12,84%
Agosto: CROOS: 15,32%; SISREG: 10,48%. Total: 11,91%
Total: CROOS: 15,12%; SISREG: 11,42%. Total: 12,54%

Clínica Cirúrgica

Maior: CROOS: 1,98%; SISREG: 1,81%. Total: 1,87%
Junho: CROOS: 1,95%; SISREG: 2,06%. Total: 2,02%
Julho: CROOS: 1,61%; SISREG: 19,91%. Total: 1,78%
Agosto: CROOS: 1,66%; SISREG: 1,80%. Total: 1,75%
Total: CROOS: 1,80%; SISREG: 1,90%. Total: 1,86%

As tabelas estratificadas acima confirmam a tendência de perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo hospital, apresentado em quadrimestres anteriores e, nesse período com novo ponto de destaque. A linha cirúrgica mantém o tempo médio de permanência constante, reflexo do perfil das cirurgias. Na linha da clínica médica, a avaliação do tempo médio geral, com a inclusão de todos os pacientes – o indicador que reflete a operação do hospital, o aceite de casos e o manejo de ocupação de leitos está em conformidade com o indicador proposto. Ainda nessa linha, a atuação em rede e articulação para alta dos casos que necessitam de internação em instituição de longa permanência, pacientes com ausência de família e suporte – classificados como casos sociais - têm garantido o baixo número de casos com encaminhamentos necessários; e a avaliação da permanência expurgando essas condições, confirma o que vem sendo apresentado como gravidade dos casos, aumento da faixa etária e comorbidades.

Destacamos como ponto de atenção, o aumento da ocupação da clínica obstétrica com internação de gestantes de alto risco: a necessidade de manejo e intervenção para acompanhamento e estabilização de condições de gravidade no pré-natal é crescente.

Outras considerações/sugestões: Tempo de permanência em CM 12,54 dias.

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o não atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 0 PONTOS.

10.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

Maior: 3,30%; Junho: 2,38%; Julho: 2,14%; Agosto: 2,55%

Média do quadrimestre: 2,59%

Outras considerações/sugestões:

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

**10.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI**

Maio: 3,30%; Junho: 2,24%, Julho: 1,88%, Agosto: 2,55%

Média do quadrimestre: 2,49%

Outras considerações/sugestões:

Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.6 – Taxa de Reinternação - TR

Maio: Taxa reinternação: 7,23. Executando as reinternações programadas e partos: 4,31%;
Junho: Taxa reinternação: 9,54%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,07%;
Julho: Taxa reinternação: 7,79%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,02%;
Agosto: Taxa reinternação: 7,39%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,46%

Média do quadrimestre: Taxa reinternação: 7,49%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,22%.

Outras considerações/sugestões:

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

Maio: 31,61%, Junho: 26,09%, Julho: 33,14 %, Agosto: 33,33%

Média do quadrimestre: 30,53%

10.7.2 – Apresentar CID secundário na AIH de parto cesáreo.

Maio: 100%; Junho: 100%; Julho: 100%; Agosto: 100%

Média: 100%

10.7.1 - Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

Outras considerações/sugestões:

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: 230 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.

Outras considerações/sugestões:

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.
----	--	---	--	--

Mai: Cirurgias agendas: 183 – Cirurgias suspensas: 15 - Sendo: 10 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 03 (falta do paciente).

Junho: Cirurgias agendas: 180 – Cirurgias suspensas: 13 - Sendo: 06 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 04 (fatores internos) e 03 (falta do paciente).

Julho: Cirurgias agendas: 197 – Cirurgias suspensas: 13 - Sendo: 04 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 07 (fatores internos) e 02 (falta do paciente).

Agosto: Cirurgias agendas: 181 – Cirurgias suspensas: 15 - Sendo: 06 (relacionadas ao paciente/ instabilidade clínica do paciente), 02 (fatores internos) e 07 (falta do paciente).

Total de cirurgias cancelas: 56.

Nota da unidade:

***Instabilidade clínica:**

Condição que definiu a suspensão do procedimento no momento da admissão do paciente a saber: Pico hipertensivo com encaminhamentos ao cardiologista (08), sintoma de bronquite (1), aguardando término de

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a circular stamp with the text 'C.M.S.S.'.



tratamento (3), alteração laboratorial (1), infecção fúngica (1); Insegurança do paciente no Centro Cirúrgico (3); Dor Renal (1); Infecção em bolsa escrotal (1); Unha de gel (1); Piercing por várias partes do corpo (1). Ainda sobre instabilidade Clínica tivemos 5 pacientes internados para procedimentos endovascular que na admissão, encontra-se em condições favoráveis para o procedimento.

**** Relacionadas a Instituição:**

Em 05 casos, o tempo de cirurgia excedeu o horário programado em virtude da gravidade e extensão das cirurgias, ocasionando o reagendamento das cirurgias posteriores da grade diária; em 04 casos houve descontinuidade de uso do equipamento – em virtude de falha – utilizado para cirurgia urologia; houve 01 caso de reprogramação da cirurgia por reavaliação, sendo o paciente encaminhado para o ambulatório. Intercorrência emergencial com o cirurgião (3); em 2 casos houve necessidade de reprogramação por tipo de agendamento na grade cirúrgica do dia. Desses 15 procedimentos cirúrgicos suspensos 13 foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre e 2 estão programados para o mês de setembro, com a meta de 100% de atendimento. Realizamos revisão dos processos internos com a melhoria dos controles.

***Nesse quadrimestre, 27% dos procedimentos cirúrgicos eletivos não foram realizados em virtude de falta dos pacientes. Foram 15 faltas, sendo que destes, 3 pacientes ao serem novamente contactados manifestaram desejo de cancelamento do procedimento cirúrgico.

Também observamos 27% de remanejamentos relacionados à fatores internos. 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: 25

Pacientes reavaliados e aguardando nova data de cirurgia: 04

Pacientes agendado no ambulatório: 00

Pacientes que desistiram de realizar o procedimento: 03

Procedimentos cirúrgicos cancelados: 07

Pacientes aguardando liberação médica: 17

Outras considerações/sugestões:

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="774 1697 1141 1736"> <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					

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



Apresentados os seguintes dados:

Laqueadura

Maio: 25, Junho: 25, Julho: 25, Agosto: 25

Total: 100

Outras considerações/sugestões:

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 – DREG.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar 100 % das metas quantitativas por procedimento pactuado quadrimestralmente:</p> <table border="1"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Número de Arteriografias</td> <td>44</td> </tr> </table>	Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36	Número de Arteriografias	44	Relatório informado através do DREG/SMS.
			Número de Saídas Cirúrgicas (Angioplastias)	36				
Número de Arteriografias	44							
<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)

Maio: 10, Junho: 07, Julho: 15, Agosto: 11

Total: 43

Número Arteriografias

Maio: 11, Junho: 10, Julho: 16, Agosto: 11

Total: 48

Outras considerações/sugestões:

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento total 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.	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente os procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:</p> <table border="1" data-bbox="778 479 1166 555"> <tr> <td>Número de Saídas Cirúrgicas</td> <td>16</td> </tr> </table> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta, 25 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.</p>	Número de Saídas Cirúrgicas	16	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					
<p>Maio: 04, Junho: 05, Julho: 05, Agosto: 04 Total: 16</p> <p>Outras considerações/sugestões:</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribuiu o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.</p>						
16	TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL	Disponibilizar Transporte em Viatura Móvel adequado ao perfil da remoção com Recursos Humanos completos e compatíveis com o porte da Remoção.	<p>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.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos. Abaixo de 100%, não pontua.</p>	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 destino, estratificando os tipos de remoção.		
<p>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</p> <p>Maio: 28 remoções Junho: 26 remoções Julho: 24 remoções Agosto: 31 remoções Total Quadrimestre: 109 remoções</p> <p>Outras considerações/sugestões:</p>						

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a stamp that says "CROSS".



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.	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. Atendimento em até: * Vermelho – Imediato * Laranja – até 15 minutos * Amarelo – até 30 Minutos. * Verde – até 120 minutos. * Azul – até 240 minutos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.
		17.2 Implantar monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.	Apresentar os demonstrativos mensais estratificados de monitoramento de intervalo de tempo entre a chegada do usuário na Unidade e o início da classificação de risco em até 10 minutos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.

Avaliação do Indicador:

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



Maio: Vermelho: 00:00:00 – Laranja: 00:03:29 - Amarelo: 00:17:27 – Verde: 00:55:15 – Azul: 00:47:26
 Junho: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:05:45 - Amarelo: 00:20:54 – Verde: 00:57:43 – Azul: 00:36:43
 Julho: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:20:47 - Amarelo: 00:21:11 – Verde: 00:58:31 – Azul: 01:56:23
 Agosto: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:10:32 - Amarelo: 00:19:58 – Verde: 00:58:54 – Azul: 01:07:56

Média quadrimestre vermelho: 00:00:00
 Média quadrimestre laranja: 00:10:08
 Média quadrimestre amarelo: 00:19:52
 Média quadrimestre verde: 00:57:36
 Média quadrimestre azul: 01:07:07

Origem do Paciente:**Maio:**

Vermelho: Santos: 02 (66,67%) – P.Grande: 01 (33,33%) - Total: 03 (100%).

Laranja: Santos: 01 (50,00%) – S.Vicente: 01 (50,00%) – P.Grande: 0 (0%) – Guarujá: 0 (0%) – Total: 02 (100%).

Amarelo: Santos: 58 (54,21%) – S.Vicente: 24 (22,43%) – P.Grande: 16 (14,95%) – Guarujá: 07 (6,54%) – Cubatão: 02 (1,87%) – Total: 107 (100%).

Verde: Santos: 619 (70,50%) – S.Vicente: 107 (12,19%) – P.Grande: 80 (9,11%) – Guarujá: 44 (5,01%) – Cubatão: 16 (1,82%) - Outros: 12 (1,36%) – Total: 878 (100%).

Azul: Santos: 33 (68,75%) – S.Vicente: 08 (16,67%) – P.Grande: 06 (12,50%) – Guarujá: 01 (2,08%) – Cubatão: 00 (0%) Total: 48 (100%).

Junho:

Vermelho: Santos: 01 (33,33%) – S.Vicente: 0 (0%) – P.Grande: 02 (66,67%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 03 (100%).

Laranja: Santos: 0 (0%) – S.Vicente: 0 (0%) – P.Grande: 01 (100%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 01 (100%).

Amarelo: Santos: 69 (66,35%) – S.Vicente: 13 (12,50%) – P.Grande: 12 (11,54%) – Guarujá: 08 (7,69%) – Cubatão: 01 (0,96%) – Outros: 01 (0,96%) – Total: 104 (100%).

Verde: Santos: 493 (65,30%) – S.Vicente: 109 (14,44%) – P.Grande: 97 (12,85%) – Guarujá: 39 (5,17%) – Cubatão: 13 (1,72%) – Outros: 04 (0,52%) – Total: 755 (100%).

Azul: Santos: 23 (82,14%) – S.Vicente: 02 (7,14%) – P.Grande: 03 (10,71%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 28 (100%).

Julho:

Vermelho: Santos: 01 (50,00%) – S.Vicente: 01 (50,00%) – P.Grande: 0 (0%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) – Bertioga (0) – Total: 02 (100%).

Laranja: Santos: 02 (66,67%) – S.Vicente: 0 (0%) – P.Grande: 0 (0%) – Guarujá: 01 (33,33%) – Cubatão: 0 (0%) - Total: 03 (100%).

Amarelo: Santos: 63 (57,80%) – S.Vicente: 17 (15,60%) – P.Grande: 11 (10,09%) – Guarujá: 11 (10,09%) – Cubatão: 05 (4,59%) – Outros: 02 (1,83) - Total: 109 (100%).

Verde: Santos: 581 (68,43%) – S.Vicente: 112 (13,19%) – P.Grande: 81 (9,54%) – Guarujá: 55 (6,48%) – Cubatão: 13 (1,53%) - Outros: 07 (0,82) Total: 849 (100%).

Azul: Santos: 09 (81,82%) – S.Vicente: 01 (9,09%) – P.Grande: 00 (0%) – Guarujá: 01 (9,09%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 11 (100%).

Agosto:

Vermelho: Santos: 0 (0%) – S.Vicente: 0 (0%) – P.Grande: 01 (100%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 01 (100%).

Laranja: Santos: 04 (57,14%) – S.Vicente: 02 (28,57%) – P.Grande: 0 (0%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 01

(Handwritten signatures and initials)



(14,29%) Total: 07 (100%).

Amarelo: Santos: 67 (59,82%) – S.Vicente: 27 (24,11%) – P.Grande: 09 (8,04%) – Guarujá: 06 (5,36%) – Cubatão: 03 (2,68) - Total: 112 (100%).

Verde: Santos: 547 (66,06%) – S.Vicente: 102 (12,32%) – P.Grande: 88 (10,63%) – Guarujá: 57 (6,88%) – Cubatão: 21 (2,54%) - Outros: 13 (1,57) - Total: 828 (100%).

Azul: Santos: 14 (63,64%) – S.Vicente: 03 (13,64%) – P.Grande: 05 (22,73%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 22 (100%).

Total Período: Santos 2.587 (67%), São Vicente: 529 (14%), Cubatão: 75 (1,93%), Praia Grande: 414 (10,69%), Guarujá: 230 (5,94%) - Outros 38 (0,98%) = 3.873.

Considerações/Sugestões:

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 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

Maio: Totem para Classificação: 00:11:40.

Junho: Totem para Classificação: 00:10:12.

Julho: Totem para Classificação: 00:12:05.

Agosto: Totem para Classificação: 00:11:39.

Média do Quadrimestre: totem para classificação: 00:11:24.

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

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

PONTUAÇÃO: 00 Pontos.

Outras considerações/sugestões:

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento parcial aos indicadores
TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 50 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 Obstétrico.</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% da meta – pontua 20 pontos Abaixo de 80% - não pontua.</p>	<p>Relatório planilhado apresentado pela Unidade, com inclusão de certificação pelo prestador do serviço na disponibilização do resultado.</p>
----	---	---	--	--

(Handwritten signatures and initials)



Avaliação do Indicador: Apresentado relatório pela Instituição.

Maior: Total de exames laboratoriais: 1.492/ Tempo médio de liberação: 00:38:39

Total de exames imagem: 03/ Tempo médio de liberação: 00:41:40.

Junho: Total de exames laboratoriais: 1.153/ Tempo médio de liberação: 00:39:28

Total de exames imagem: 03/ Tempo médio de liberação: 00:43:40.

Julho: Total de exames laboratoriais: 1.436/ Tempo médio de liberação: 00:39:21

Total de exames imagem: 08/ Tempo médio de liberação: 00:33:52.

Agosto: Total de exames laboratoriais: 1.432/ Tempo médio de liberação: 00:38:47

Total de exames imagem: 08/ Tempo médio de liberação: 00:38:30.

Tempo Médio do quadrimestre exames laboratoriais: 00:39:04.

Tempo Médio do quadrimestre exames imagem: 00:39:26.

Média no quadrimestre: 00:39:15

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

PONTUAÇÃO TOTAL: 40 Pontos.

A somatória dos indicadores totaliza **915** (novecentos e quinze) 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 10:00 horas, sendo a presente Ata vistada e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO – Presidente

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU – Suplente

ELLEN DE ALMEIDA KECHICHIAN – Titular

THABATA MARTINS DOS SANTOS - Suplente

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Titular

SERGIO ROBERTO MENDES – Suplente

RUBIA LORRAINE FERNANDES VALENTE – Titular

ARIANE MATIAS CORREA – Suplente

GEOVANA DOMINGOS NUNES - Titular

FLÁVIA MENDES DE SOUZA – Suplente

JOSÉ IVO DOS SANTOS - Titular



SILAS DA SILVA - Suplente

DANIELE AUGUSTO-Convidada

CATIANA LEME BRAGA – Convidada

COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

DANIELLE MENESES

Mônica Rayanne Jacuã Ramos

Francies Regyane Oliveira
Thais

Mônica Ramos

Santos, 28 de novembro 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 21 de outubro de 2025, às 09:00 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS.

Onde se lê:

Indicador 6: Comissão de Revisão de Prontuário

Média: 89,97%

Leia-se:

Indicador 6: Comissão de Revisão de Prontuário

Média: 91,72%

Onde se lê:

Indicador 10.6: Taxa de Reinternação - TR

Média do quadrimestre: Taxa reinternação: 7,49%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,22%.

Leia-se:

Indicador 10.6: Taxa de Reinternação - TR

Média do quadrimestre: Taxa reinternação: 7,99%. Executando as reinternações programadas e partos: 4,22%.

Onde se lê:

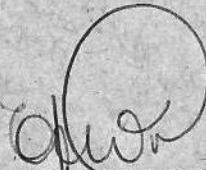
Indicador 15: Cirurgias de Endometriose

Maio: 04, Junho: 05, Julho: 05, Agosto: 04
Total: 16

Leia-se:

Indicador 15: Cirurgias de Endometriose

Maio: 04, Junho: 05, Julho: 05, Agosto: 04
Total: 18



ELOISA FRAGA LOPES GALASSO

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO