

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 2025 (3º QUADRIMESTRE).

No dia 23 de fevereiro de 2025, às 09:37 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, no endereço Rua Amador Bueno nº 333 - 14º andar - Sala 1401, reuniram-se os presentes, ao final assinados, para avaliação das metas do Contrato de Gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores referente ao mês de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2025, 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, including a large signature in the center and several smaller ones on the left and right sides.

Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização com relatórios de atividades previstas e realizadas para período e as Atas das reuniões efetuadas no período (18/09/2025, 16/10/2025, 27/11/2025, 16/12/2025).

Setembro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **03** com 32 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: **01**; 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: **01**.

Outubro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **02** com 28 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: **01**; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **01**; Comissão de cuidados 10 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**.

Novembro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **03** com 35 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: **02**; Treinamento de Fluxo de Violência Sexual do Município para o Pronto Atendimento - Quantidade de ações realizadas: **01**; Comissão de cuidados paliativos - Quantidade de ações realizadas: **01**; Entrega 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**.

Dezembro: Conferência dos relatórios de tempo de atendimento, realização de exames - Quantidade de ações realizadas: **01**; Grupo de Orientação às gestantes - Quantidade de ações realizadas: **02** com 23 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: **01**; Realização de visita programada de Cãoterapia para pacientes internados - Quantidade de ações realizadas: **01**; Treinamento do protocolo atendimento Código Verde para os representantes da CIPAA - Quantidade de ações realizadas: **01**; 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**.

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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.

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

2	<p>SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</p>	<p>Realizar pesquisa de satisfação do usuário garantindo amostragem de no mínimo 4% do número total de atendimento/mês.</p>	<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>	<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

Setembro: Número de atendimentos: 7.412; Pesquisas realizadas: 760 (10,25%); Índice de Satisfação Positiva: 96,14%

Outubro: Número de atendimentos: 8.308; Pesquisas realizadas: 763 (9,18%); Índice de Satisfação Positiva: 96,64%

Novembro: Número de atendimentos: 7.067; Pesquisas realizadas: 499 (7,06%); Índice de Satisfação Positiva: 96,99%

Dezembro: Número de atendimentos: 6.409; Pesquisas realizadas: 645 (10,06%); Índice de Satisfação Positiva: 96,78%

Total de atendimentos: 29.196 - Pesquisas realizadas: 2.667 (9,14%)

Média do Quadrimestre: 96,64%.

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

3	<p>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO</p>	<p>Manter o serviço de atendimento ao usuário durante as 24 horas de funcionamento da unidade</p>	<p>1º, 2º e 3º Quadrimestres: 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</p>
---	---	---	--	--

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

				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</p> <p>Setembro: Foram realizados 16 registros sendo pontuados: Elogio: 01 relação profissional x cliente; 03 assistências. Queixas: 07 assistências; 02 relações profissional x cliente, 01 informação, 01 tempo de espera, 01 alimentação</p> <p>Outubro: Foram realizados 21 registros sendo pontuados: Elogio: 01 assistências; 05 relação profissional x cliente. Queixas: 04 relações profissional x cliente; 08 assistências; 02 ambiência; 01 alimentação</p> <p>Novembro: Foram realizados 11 registros sendo pontuados: Elogio: 03 relação profissional x cliente. Queixas: 05 assistências; 02 relação profissional x cliente; 01 ambiência</p> <p>Dezembro: Foram realizados 11 registros sendo pontuados: Elogio: 03 relação profissional x cliente. Queixas: 04 assistências, 01 tempo de espera, 03 relação profissional x cliente</p> <p>Setembro: Foram efetuadas 12 reclamações e 04 elogios, respondidos dentro do prazo. Outubro: Foram efetuadas 15 reclamações e 06 elogios, respondidos dentro do prazo. Novembro: Foram efetuadas 08 reclamações e 03 elogios, respondidos dentro do prazo. Dezembro: Foram efetuadas 08 reclamações e 03 elogios, respondidos dentro do prazo</p> <p>Total de manifestações: 59 Sendo respondidos dentro das 72 horas preconizada: 59 – 100,00%. Fora do prazo: 0 – 0,00%.</p> <p>Considerações/sugestões: Sem considerações.</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.</p>				
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.</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, including a large signature on the left and several smaller ones across the bottom.

			<p>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>	
--	--	--	--	--

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 treinamento (Hora x Homem)

Setembro: Número de colaboradores treinados: 359; Número de treinamentos aplicados: 26- Índice: 2,01

Outubro: Número de colaboradores treinados: 1078; Número de treinamentos aplicados: 51 - Índice: 2,83

Novembro: Número de colaboradores treinados: 464; Número de treinamentos aplicados: 37 - Índice: 1,87

Dezembro: Número de colaboradores treinados: 472; Número de treinamentos aplicados: 35- Índice: 1,54

Média do Quadrimestre: Número de colaboradores treinados: 2373; Número de treinamentos aplicados: 149 - Índice: 2,06

Considerações/sugestões: Sem considerações.

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. Respondeu entre 89% e 80% da solicitação em até 1 (uma) hora, 10 pontos. 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:</p>	Relatório emitido pelo Dereg/SMS.

			<p>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>			
		<p>5.3 Garantir o armazenamento das informações em prontuário eletrônico.</p>	<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. Abaixo de 90%, não pontua</p>	<p>Relatório emitido pela Unidade e ratificado pelo Dereg/SMS, através de consulta ao sistema INTEGRA SAÚDE.</p>		
		<p>5.4 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 estratificados por Alojamento Conjunto e Gestão de Alto Risco como se segue:</p> <table border="1"> <tr> <td>Clínica Obstétrica</td> <td>Até 1.080</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 Obstétrica	Até 1.080	<p>Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS</p>
Clínica Obstétrica	Até 1.080					
		<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	<p>Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.</p>
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</p>	Clínica Cirúrgica Eletiva	540	<p>Relatório de processamento do SIH/MS, emitido pela SEACONT, fornecido através do Dereg/SMS.</p>
Clínica Cirúrgica Eletiva	540					

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Abaixo de 70%, não pontua.

5.1 Foram apresentados os seguintes dados pelo Dereg:

Setembro: 00:17:02
Outubro: 00:23:46
Novembro: 00:18:09
Dezembro: 00:20:32

Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora = média do quadrimestre: 00:19:52

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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%

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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%

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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: 408, **Outubro:** 286, **Novembro:** 253, **Dezembro:** 209

Total: 1.156

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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: 225, **Outubro:** 218, **Novembro:** 221, **Dezembro:** 208

Total: 872

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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: 265, Outubro: 163, Novembro: 132, Dezembro: 144
Total: 704

***Total de saídas: 2.732**
Total de saídas pactuadas: 2.432

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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 total aos indicadores.
TOTAL SOMATÓRIA DE TODOS OS SUBITENS: 125 PONTOS

6	<p>COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO</p>	<p>Manter a Comissão de Revisão de Prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 5% da produção do quadrimestre.</p>	<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>	<p>Relatório mensal emitido pela Unidade, incluindo Atas das Reuniões.</p>
---	---	---	--	--

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

A instituição apresentou os seguintes dados:

Setembro: Total de prontuários analisados 109 (5,03%); índice de resultados positivos: 90,83%;
Outubro: Total de prontuários analisados 103 (5,08%); índice de resultados positivos: 93,75%;
Novembro: Total de prontuários analisados 101 (5,07%); índice de resultados positivos: 92,08%;
Dezembro: Total de prontuários analisados 95 (5,68%); índice de resultados positivos: 94,40%;

Total: Total de prontuários analisados 408 (5,19%); índice de resultados positivos: 92,77%;

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

7	<p>COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO</p>	<p>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>	<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>	<p>Relatório mensal emitido pela Unidade respeitando o exigido no Quadrimestre, incluindo Atas das Reuniões, e relatórios das ações desenvolvidas.</p>
---	--	---	---	--

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

Setembro: Adulto – 19; Neonatal– 0; Fetal – 2 – Total de Óbitos - 21 - 100,00% analisados
Outubro: Adulto – 31; Neonatal– 0; Fetal – 1 – Total de Óbitos - 32 - 100,00% analisados
Novembro: Adulto – 27; Neonatal– 1; Fetal – 2 – Total de Óbitos - 30 - 100,00% analisados
Dezembro: Adulto – 26; Neonatal– 0; Fetal – 2 – Total de Óbitos - 28 - 100,00% analisados

Total: Adulto – 103; Neonatal– 1; Fetal – 7 – Total de Óbitos - 111 - 100,00% analisados

Outras considerações/sugestões: Alto número de pacientes paliativos.

AValiação DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.

8	<p align="center">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>
<p>Apresentada as Atas das reuniões e as informações transmitidas a Vigilância conforme estipulado pelo indicador.</p> <p>Setembro: 0,25%, Outubro: 0,00%, Novembro: 0,28%, Dezembro: 0,15%</p> <p>Média: 0,17%</p> <p>Nota – dezembro: relatório parcial devido as infecções de sítio cirúrgico serem contabilizadas em até 30 dias de vigilância pós cirúrgica</p> <p>Outras considerações/sugestões: Sem considerações</p> <p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.</p> <p>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS.</p>				
<p align="center">INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVO</p>				
<p align="center">1º, 2º e 3º Quadrimestre</p> <p align="center"><u>Ofertar 100% das metas</u></p>				

9	SADT EXTERNO	Disponibilizar agenda de SADT pactuado. Estratificado Município/Estado SISREG/CROSS (SIRESP).	<u>quantitativas por exames pactuados:</u>		Relatório emitido pelo Dereg/SMS, dos exames regulados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			USG SISREG: 5568 CROSS (SIRESP): 0	5568	
			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 signature)

(Handwritten signature)

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

Total de exames efetuados:

Setembro: USG: 1.406, ECO/DOPPLER: 673, Endoscopia: 273, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.482; Raio X: 600; Mamografia: 1.320
Total: 5.947.

Outubro: USG: 1.560, ECO/DOPPLER: 707, Endoscopia: 299, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 2.239.
Total: 7.078.

Novembro: USG: 1.327, ECO/DOPPLER: 634, Endoscopia: 248, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 1.972.
Total: 6.454.

Dezembro: USG: 1.381, ECO/DOPPLER: 682, Endoscopia: 196, Colonoscopia: 175, Broncoscopia: 18, Tomografia: 1.480; Raio X: 600; Mamografia: 818.
Total: 5.350.

Total quadrimestre:

USG: 5.674 (102%)
ECO/DOPLER: 2.696 (104%)
Endoscopia: 1.016 (102%)
Colonoscopia: 700 (100%)
Broncoscopia: 72 (100%)
Tomografia: 5.922 (100%)
Mamografia: 6.349 (120%)
Raio X: 2.400 (100%)

Total: 24.829 (105%)

Outras considerações/sugestões: Alguns exames acima do contratado.

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:		Relatório emitido pela Instituição com estratificação dos sistemas oficiais. Informando o tempo médio de permanência da Clínica Médica total, estratificando os casos sociais e pacientes internados para o serviço de (endoscopia, colonoscopia e broncoscopia).
		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	
		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.		
	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.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

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

	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 cesáreo. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 25 pontos. Atingiu entre 99% e 70% da meta, 10 pontos. Abaixo de 70%, não pontua.	Relatório informado através do Dereg/SMS.

10.1 – Taxa de Ocupação UTI Adulto – Dados Dereg

Setembro: número de pacientes dia: 303; número de leitos dia: 300 – porcentagem por mês: 101%

Outubro: número de pacientes dia: 301; número de leitos dia: 310 – porcentagem por mês: 97,10%

Novembro: número de pacientes dia: 320; número de leitos dia: 300 – porcentagem por mês: 106,67%

Dezembro: número de pacientes dia: 277; número de leitos dia: 310 – porcentagem por mês: 89,35%

Total: número de pacientes dia: 1.201; número de leitos dia: 1.220 – porcentagem no quadrimestre: 98,44

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

(Handwritten signatures and marks are present in this area, including a large signature on the right and several smaller ones at the bottom.)

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: CROSS: 74,00%; SISREG: 95,48%. Total: 86,87%

Outubro: CROSS: 80,65%; SISREG: 87,73%. Total: 84,95%

Novembro: CROSS: 79,60%; SISREG: 96,68%. Total: 89,95%

Dezembro: CROSS: 75,97%; SISREG: 91,36%. Total: 85,05%

Média do Quadrimestre: CROSS: 77,55%; SISREG: 92,82%. Total: 86,71%

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

10.3 – Tempo Médio de Permanência - TMP

Clínica Obstétrica

Setembro: 3,37; Outubro: 3,52; Novembro: 3,52; Dezembro: 3,62.

Média: 3,51.

Clínica Médica

Setembro: 8,68; Outubro: 7,85; Novembro: 9,34; Dezembro: 12,73

Média: 9,65

Clínica Médica- Sem os Casos Sociais

Setembro: 8,11; Outubro: 7,51; Novembro: 8,42; Dezembro: 10,71

Média: 8,69

Clínica Médica - Sem os Casos Sociais e as Colonoscopia

Setembro: 13,65; Outubro: 11,09; Novembro: 13,39; Dezembro: 11,48

Média: 12,40

Clínica Cirúrgica

Setembro: 1,95; Outubro: 1,78; Novembro: 1,83; Dezembro: 1,98

Média: 1,89

O 3º quadrimestre de 2025 confirma a tendência apontada no quadrimestre anterior em relação à Clínica Obstétrica: o Tempo Médio de Permanência aumentou de 5,43 dias no quadrimestre anterior para 7,31 dias no último quadrimestre, com destaque para o incremento na média no mês de dezembro. A avaliação do resultado global da intervenção é efetiva visto que dos 259 partos ocorridos no quadrimestre de pacientes GAR, apenas 18 (6,95%) evoluíram com necessidade de internação do RN em UTI Neonatal. Merece destaque que em relação à Clínica Médica, a análise pormenorizada das características confirma a tendência já descrita no relatório do quadrimestre anterior: predominância de idosos com doenças crônicas, comorbidades e poli morbidades, necessidade de cuidados específicos, casos de cuidados paliativos. A evolução do trabalho em rede, com a oportunidade de transferência dos casos sociais para outros pontos de assistência, de acordo com o perfil e necessidade, mantém sua efetividade. O mês de dezembro, em especial, é o período com maior dificuldade de transferência – mas sem repercussão estatística na média final de tempo de internação. Em relação à gravidade dos casos, relatada em períodos pretéritos, a ocorrência essencial foi caracterizada pelo ingresso na unidade de clínica médica mediante ausência de condição crítica durante o pedido de vaga, assim, o paciente ingressa e necessita de transferência para UTI. A avaliação global da internação na linha é efetiva para CM, com baixas taxas de mortalidade, de infecção e resolução com alta melhorada.

(Handwritten signatures and initials)

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

Outras considerações/sugestões: Tempo de permanência alto de 12,40 dias.

Avaliação do Indicador: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento parcialmente ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

10.4 – Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

Setembro: 2,38 %; Outubro: 4,17%; Novembro: 3,86 % ; Dezembro: 3,84%

Média: 3,56%

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.5 – Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Setembro: 2,26%; Outubro: 3,50%, Novembro: 3,72%, Dezembro: 3,55%

Média: 3,26%

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

Avaliação do Indicador: Diante dos dados apresentados a comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 35 PONTOS.

10.6 – Taxa de Reinternação - TR

Setembro: Taxa de reinternação: 5,40%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,89%
Outubro: Taxa de reinternação: 5,38%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,15%
Novembro: Taxa de reinternação: 4,97%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,90%
Dezembro: Taxa de reinternação: 3,99%. Executando as reinternações programadas e partos: 1,48%

Média do Quadrimestre: Taxa de reinternação: 4,93%. Executando as reinternações programadas e partos: 2,35%

Outras considerações/sugestões: Bem próximo da meta.

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: 34,98%, Outubro: 34,24%, Novembro: 35,37 %, Dezembro: 32,28%

Média do quadrimestre: 34,36%

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.

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: 255 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.
----	--	---	--	--

Setembro: Cirurgias agendas: 189 – Cirurgias suspensas: 12 - Sendo: 06 (instabilidade clínica do paciente), 04 (ausência do paciente) e 02 (fatores internos da instituição);

Outubro: Cirurgias agendas: 189 – Cirurgias suspensas: 14 - Sendo: 08 (instabilidade clínica do paciente), 03 (ausência do paciente) e 03 (fatores internos da instituição);

Novembro: Cirurgias agendas: 155 – Cirurgias suspensas: 20 - Sendo: 16 (instabilidade clínica do paciente), 03 (ausência do paciente) e 01 (fatores internos da instituição);

Dezembro: Cirurgias agendas: 158 – Cirurgias suspensas: 16 - Sendo: 07 (instabilidade clínica do paciente), 08 (ausência do paciente) e 01 (fatores internos da instituição);

(Handwritten signatures and initials)

Total de cirurgias cancelas: 62.

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 (22), paciente com pneumonia (1), aguardando término de antibiótico (1), alteração laboratorial (1), síndrome gripal (3); Insegurança do paciente no Centro Cirúrgico (2); anticorpos irregulares (2); déficit de acesso venoso (1); não suspensão da medicação (1); descompensação clínica (1), Condição da indicação cirúrgica não identificada no CC (1); Alteração do Raio-X (1).

****Relacionadas a instituição:**

Paciente testemunha de Jeová não concordante com consentimento (1); Ausência de assinaturas obrigatórias do processo de planejamento familiar (1); Queda de energia (1); Em (1) caso a lotação da UTI Adulto exigiu a reserva técnica da vaga para transferência da RPA; houve (02) casos de reprogramação da cirurgia por reavaliação, sendo o paciente encaminhado para o ambulatório. (1) Caso de cancelamento devido ao procedimento de urgência no Centro Cirúrgico.

Desses 07 procedimentos cirúrgicos suspensos 5 foram reagendados e realizados dentro do quadrimestre, 1 paciente em contato com ambulatório informou que não deseja mais operar e 1 paciente aguarda retorno no ambulatório.

Nesse quadrimestre, 29% dos procedimentos cirúrgicos eletivos não foram realizados em virtude de falta dos pacientes. Foram 18 faltas, sendo que destes, 5 pacientes ao serem novamente contactados manifestaram desejo de cancelamento do procedimento cirúrgico.

O mês de dezembro reafirma uma condição do paciente cirúrgico eletivo: o mesmo passa por todo o processo, no entanto, desiste do procedimento

cirúrgico em virtude dos eventos comemorativos de final de ano.

Também observamos 11% de remanejamentos relacionados à fatores internos.

Providências para regularização das cirurgias suspensas:

Cirurgias realizadas: 18

Cirurgias programadas: 07

Pacientes aguardando consultas: 09

Desistências dos pacientes: 07

Cancelamentos cirúrgicos: 02

Pacientes aguardando liberação médica: 19

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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="758 1803 1141 1859"> <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.</p>	Laqueadura Tubária	100	Relatório fornecido pela SEAGEN através do Dereg/SMS.
Laqueadura Tubária	100					

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

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

Apresentados os seguintes dados:

Laqueadura

Setembro: 25, Outubro: 25, Novembro: 25, Dezembro: 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 – Dereg.	<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 Dereg/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)
Setembro: 11, Outubro: 13, Novembro: 15, Dezembro: 10
Total: 49

Número Arteriografias
Setembro: 12, Outubro: 13, Novembro: 14, Dezembro: 11
Total: 50

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 DREG.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Realizar quadrimestralmente os procedimentos cirúrgicos nesse tema como se segue:		Relatório emitido pelo DREG/SMS, dos procedimentos realizados pela Municipalidade e Relatório da Instituição apontando a produção destinada ao CROSS (SIRESP) Estado.
			Número de Saídas Cirúrgicas	16	

Setembro: 06, Outubro: 04, Novembro: 05, Dezembro: 04
Total: 16

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

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 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: 32 remoções

Outubro: 36 remoções

Novembro: 34 remoções

Dezembro: 34 remoções

Total Quadrimestre: 136 remoções

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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: * Vermelho – Imediato * Laranja – até 15 minutos * Amarelo – até 30 Minutos. * Verde – até 120 minutos. * Azul – até 240 minutos.</p> <p>Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos, Abaixo não pontua.</p> <p>Apresentar os</p>	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRÁ.
----	-------------------------------	--	---	---

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

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

Setembro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:33:07 - Amarelo: 00:18:36 - Verde: 01:04:00 - Azul: 00:58:29
 Outubro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:05:28 - Amarelo: 00:19:36 - Verde: 00:46:10 - Azul: 01:03:03
 Novembro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:39:17 - Amarelo: 00:19:33 - Verde: 00:50:51 - Azul: 01:57:16
 Dezembro: Vermelho: 00:00:00 - Laranja: 00:38:50 - Amarelo: 00:22:52 - Verde: 00:58:15 - Azul: 00:52:18

Média quadrimestre vermelho: 00:00:00
 Média quadrimestre laranja: 00:29:11
 Média quadrimestre amarelo: 00:20:09
 Média quadrimestre verde: 00:54:49
 Média quadrimestre azul: 01:12:47

Origem do Paciente:

Setembro:

Vermelho: Santos: 0 (0%) - São Vicente: 0 (0%) - Guarujá: 0(0%) - Total: 0
 Laranja: Santos: 3 (42,86%) - Cubatão: 1(14,29%) - P.Grande: 3 (42,86%) - Bertioga: 0 (0%) - São Vicente: 0(0%) - Total: 07
 Amarelo: Santos: 71(61,21%) - P.Grande: 20 (17,24%) - S.Vicente: 18 (15,52%) - Guarujá: 6 (5,17%) - Cubatão: 0 (0%) - Peruibe: 0(0%) - Bertioga: 1 (0,86%) - Total: 116
 Verde: Santos: 532 (63,71%) - P.Grande: 109 (13,05%) - S.Vicente: 140 (16,77%) - Guarujá: 45 (5,39%) - Cubatão: 4 (0,48%) - Outros: 5 (0,60%) - Total: 835
 Azul: Santos: 21 (77,78%) - P.Grande: 04 (14,81%) - S.Vicente: 01 (3,70%) - Guarujá: 0 (0%) - Cubatão: 1 (3,70%) Total: 27

Outubro:

Vermelho: Santos: 0 (0%) - São Vicente: 0 (0%) - Guarujá: 0(0%) - Total: 0
 Laranja: Santos: 1 (50%) - Cubatão: 0 (0%) - P.Grande: 0 (0%) - Bertioga: 1 (50%) - São Vicente: 0(0%) - Total: 02
 Amarelo: Santos: 47(70,15%) - P.Grande: 7 (10,45%) - S.Vicente: 7 (10,45%) - Guarujá: 4 (5,97%) - Cubatão: 1 (1,49%) - Peruibe: 0(0%) - Bertioga: 1 (1,49%) - Total: 67
 Verde: Santos: 580 (68,08%) - P.Grande: 97 (11,38%) - S.Vicente: 115 (13,50%) - Guarujá: 46 (5,40%) - Cubatão: 4 (0,47%) - Outros: 10 (1,19%) - Total: 852
 Azul: Santos: 6 (66,67%) - P.Grande: 3 (33,33%) - S.Vicente: 0 (0%) - Guarujá: 0 (0%) - Cubatão: 0 (0%) Total: 9

Novembro:

Vermelho: Santos: 0 (0%) – São Vicente: 0 (0%) – Guarujá: 0(0%) - Total: 0
Laranja: Santos: 2 (50%) – Cubatão: 0 (0%) – P.Grande: 1 (25%) – Bertioga: 0 (0%) – São Vicente: 1(25%) – Total: 04
Amarelo: Santos: 47(55,29%) – P.Grande: 15 (17,65%) – S.Vicente: 20 (23,53%)– Guarujá: 2 (2,35%) – Cubatão: 0 (0%) – Peruíbe: 0(0%) – Bertioga: 1 (1,18%) – Total: 85
Verde: Santos: 558 (64,81%) – P.Grande: 88 (10,22%) – S.Vicente: 142 (16,49%) – Guarujá: 47 (5,46%) – Cubatão: 18 (2,09%) - Outros: 8 (0,81%) – Total: 861
Azul: Santos: 2 (100%) – P.Grande: 0 (0%) - S.Vicente: 0 (0%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 0 (0%) Total: 2

Dezembro:

Vermelho: Santos: 2 (50%) – São Vicente: 1 (25%) – Guarujá: 1(25%) - Total: 0
Laranja: Santos: 1 (50%) – Cubatão: 0(0%) – P.Grande: 0 (0%) – Bertioga: 0 (0%) – São Vicente: 1(50%) – Total: 02
Amarelo: Santos: 58(68,24%) – P.Grande: 13 (15,29%) – S.Vicente: 6 (7,06%)– Guarujá: 5 (5,8%) – Cubatão: 3 (3,53%) – Peruíbe: 0(0%) – Bertioga: 0 (0%) – Total: 85
Verde: Santos: 516 (60%) – P.Grande: 107 (12,44%) – S.Vicente: 143 (16,63%) – Guarujá: 64 (7,44%) – Cubatão: 17 (1,98%) - Outros: 13 (1,53%) – Total: 860
Azul: Santos: 2 (40%) – P.Grande: 1 (20%) - S.Vicente: 1 (20%) – Guarujá: 0 (0%) – Cubatão: 1 (3,70%) – Outros: 1 (20%) - Total: 5

Total Período: Santos 2.449 (64,06%), São Vicente: 596 (15,59%), Cubatão: 49 (1,28%), Praia Grande: 468 (12,24%), Guarujá: 220 (5,75%) - Outros 41 (1,07%) = 3.823.

Os atendimentos que necessitam de avaliação médica cujo atendimento deve ser realizado nas Policlínicas ou que não precisam de atendimento urgente, classificados como verde e azul são na grande maioria, de municipais. Dessa forma, podemos constatar que como maternidade de referência em alto risco, o acesso dá-se de forma mais adequada por não municipais. Em relação às pacientes classificadas como azul, a procedência está distribuída em 1 caso para as Policlínicas Nova Cintra, Caneleira, Areia Branca, Embaré, Caruara, Valongo, Vila Mathias, Rádio Clube, Alemoa, Ponta da Praia, Jardim São Manoel, Gonzaga, Marapé e Vila Nova. As unidades Aparecida e Instituto da Mulher constam com 4 pacientes. Os motivos de procura estão relacionados à acesso de resultado de exames e manejo de condições que são objeto da atividade de pré-natal, com identificação de condições de risco, necessidade de manejo e efetiva contrarreferência.

Considerações/Sugestões: O tempo apurado da cor laranja foi de 29:11.

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: 00:11:06.
Outubro: Totem para Classificação: 00:06:45.
Novembro: Totem para Classificação: 00:08:02.
Agosto: Totem para Classificação: 00:08:44.

Média do Quadrimestre: totem para classificação: 00:08:39.

17.2 - **Avaliação do Indicador:** A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

(Handwritten signatures and marks)

Outras considerações/sugestões: Sem considerações.

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

Apresentado relatório pela Instituição.

Setembro: Total de exames laboratoriais: 1.348/ Tempo médio de liberação: 00:40:31
Total de exames imagem: 03/ Tempo médio de liberação: 00:24:40.
Outubro: Total de exames laboratoriais: 1.085/ Tempo médio de liberação: 00:41:44
Total de exames imagem: 01/ Tempo médio de liberação: 00:02:00.
Novembro: Total de exames laboratoriais: 1.197/ Tempo médio de liberação: 00:36:04
Total de exames imagem: 02/ Tempo médio de liberação: 01:31:00.
Dezembro: Total de exames laboratoriais: 1.471/ Tempo médio de liberação: 00:35:56
Total de exames imagem: 03/ Tempo médio de liberação: 00:29:30.

Tempo Médio do quadrimestre exames laboratoriais: 00:38:34.
 Tempo Médio do quadrimestre exames imagem: 00:36:47.

Média no quadrimestre: 00:37:41

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento total ao indicador.
PONTUAÇÃO TOTAL: 40 Pontos.

A somatória dos indicadores totaliza **940** (novecentos e quarenta) 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 09:56 horas, sendo a presente Ata vista e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO – Presidente

THABATA MARTINS DOS SANTOS - Suplente

(Handwritten signatures and names)
 Thabata Martins dos Santos

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Titular

SERGIO ROBERTO MENDES – Suplente

RUBIA LORRAINE FERNANDES VALENTE – Titular

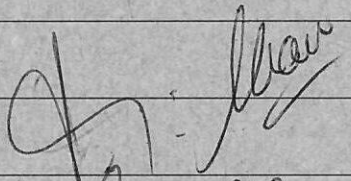
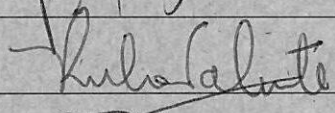
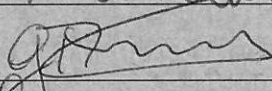
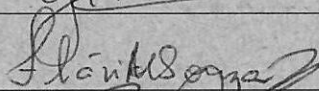
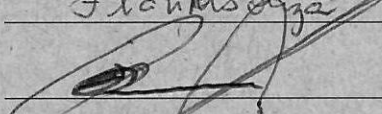
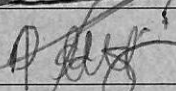
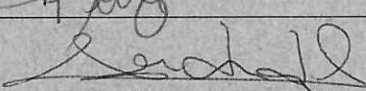
GEOVANA DOMINGOS NUNES - Titular

FLÁVIA MENDES DE SOUZA – Suplente

SILAS DA SILVA – Conselho Municipal de Saúde (Suplente)

DANIELE AUGUSTO – Convidada

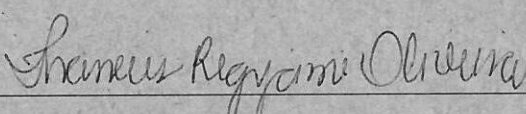
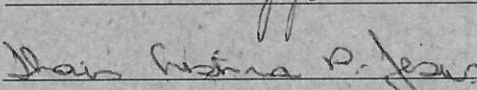
FERNANDA ANDRADE - Convidada

COMPLEXO HOSPITAL DOS ESTIVADORES

FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA

THAIS CRISTINA ALVES DE JESUS

Santos, 29 de Abril de 2026.

ERRATA

Eu, **Eloisa Galasso**, atual Presidente da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, usando das atribuições a mim designada, venho através deste instrumento, **retificar** ata da reunião da comissão de acompanhamento e fiscalização da reunião realizada no dia 23 de fevereiro de 2026, às 09:37 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS.

Onde se lê:
Fevereiro de 2025

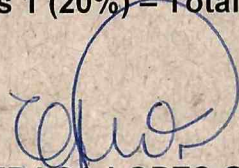
Leia-se:
Fevereiro de 2026

Onde se lê:
Indicador 15: Cirurgias de Endometriose
Número de Saídas Cirúrgicas 16
Setembro: 06, Outubro: 04, Novembro: 05, Dezembro 04
Total: 16

Leia-se:
Indicador 15: Cirurgias de Endometriose
Número de Saídas Cirúrgicas 19
Setembro: 06, Outubro: 04, Novembro: 05, Dezembro 04
Total: 19

Onde se lê:
Indicador 17.1: Classificação de Risco
Dezembro classificação Azul: Santos: 02 (40%), P. Grande: 01 (20%), S. Vicente: 01 (20%), Guarujá: 0 (0%), Cubatão: 01 (3,70%), Outros 1 (20%) – Total: 05

Leia-se:
Indicador 17.1: Classificação de Risco
Dezembro classificação Azul: Santos: 02 (40%), P. Grande: 01 (20%), S. Vicente: 01 (20%), Guarujá: 0 (0%), Outros 1 (20%) – Total: 05



ELOISA FRAGA LOPES GALASSO
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO