

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, INSTITUÍDA PELA PORTARIA Nº 150/2023-GPM DE 06 DE SETEMBRO DE 2023, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE OUTUBRO/ NOVEMBRO/ DEZEMBRO DE 2025 – Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de fevereiro de 2026, junto às dependências do Departamento de Regulação – Saúde (DEREG), na Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – 3º andar – Encruzilhada – Santos/SP, deu-se início à REUNIÃO às 10:00 horas, onde compareceram os membros da Comissão de Acompanhamento dos Convênios de Contratualização, a saber: **MEMBROS DA SMS: TITULARES:** GEOVANA DOMINGOS NUNES (DEREG), FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG); **SUPLENTES:** SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG), THAIS CARDOSO SOARES (SEACONT); **MEMBROS DA SANTA CASA:** RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA como membro titular e participantes convidados abaixo relacionado; **MEMBRO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:** Ausente a representação. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO **SEGUNDO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL DISPOSTO JUNTO AO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS**, com a avaliação os seguintes indicadores:

INDICADORES QUANTITATIVOS																	
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO												
1	REGULAÇÃO DE VAGAS EM ONCOLOGIA*	Disponibilizar a agenda mensal de consultas de avaliação em oncologia cirúrgica.	Quantidade no trimestre: - 150 (cento e cinquenta) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica multi especialidade; - 48 (quarenta e oito) vagas de tratamento clínico hematológico (adulto e pediátrico) - relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento.	Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS; - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia. Relação de pacientes providenciada pelo prestador.												
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, FORAM DISPONIBILIZADAS 104 (CENTO E QUATRO) VAGAS DE ONCOLOGIA AO CROSS NO MÊS DE OUTUBRO, 104 (CENTO E QUATRO) EM NOVEMBRO E 102 (CENTO E DUAS) EM DEZEMBRO DE 2025, TOTALIZANDO 310 (TREZENTAS E DEZ) VAGAS NO TRIMESTRE. CABE INFORMAR QUE NO MÊS DE MARÇO/2024 HOUVE ALTERAÇÃO NA PACTUAÇÃO DAS VAGAS OFERTADAS JUNTO À DRS-IV, CONFORME E-MAIL ANEXO À DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS INDICADORES, O QUE SERÁ OBJETO DE CORREÇÃO NO PRÓXIMO PLANO OPERATIVO DO CONVÊNIO. A META DE OFERTA DE VAGAS PASSOU A SER DE 95/MÊS, OU SEJA, 285 NO TRIMESTRE, DE FORMA QUE O PRESTADOR ATINGE A PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR. ACOMPANHA RELAÇÃO DE PACIENTES.</p> <p>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</p>																	
2	REGULAÇÃO DE VAGAS CIRÚRGICAS*	Apresentar agenda mensal com a distribuição de vagas nos ambulatórios pré e pós operatório.	Quantidade no trimestre: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Cirurgia Pediátrica</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Cirurgia Plástica</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Cardiovascular</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>Marcapasso/ Arritmia</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Trauma pré e pós operatório</td> <td>900</td> </tr> </table> <p>Obs.: Excepcionalmente até dezembro/23 serão ofertados 03</p>	Cirurgia Pediátrica	45	Cirurgia Plástica	60	Neurocirurgia	90	Cardiovascular	72	Marcapasso/ Arritmia	24	Trauma pré e pós operatório	900	Disponibilizou 100% do pactuado: 50 PONTOS; - entre 90% e 99%: 30 PONTOS; - entre 80% e 89%: 20 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg.
Cirurgia Pediátrica	45																
Cirurgia Plástica	60																
Neurocirurgia	90																
Cardiovascular	72																
Marcapasso/ Arritmia	24																
Trauma pré e pós operatório	900																

			marcapassos extras ao CROSS, totalizando 33 no trimestre.			
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS						
3	REGULAÇÃO DE VAGAS DE PROCEDIMENTOS*	Apresentar agenda mensal com distribuição de vagas ao Gestor Municipal, até o dia 20 antecedente ao mês.	Quantidades no trimestre:		<p>Disponibilizou no trimestre: 100% do pactuado: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 90% e 99%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 20 PONTOS;</p> <p>- abaixo de 80%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg
			Colonoscopia	15		
			Endoscopia	15		
			Cateterismo	135		
			Espermograma	30		
			Curva Glicêmica (2 dosagens)	600		
			Glicemia Pós Prandial	15		
			Coagulograma	900		
			Micológico	36		
Teste do Hormônio do Crescimento (Glucagon)	15					
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS						
4	REGULAÇÃO DE VAGAS EM OFTALMOLOGIA*	Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas, procedimentos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais/hospitalares ao Gestor Municipal, até o dia 20 antecedente ao mês.	Quantidade no trimestre:		<p>Disponibilizou no trimestre 100% do pactuado: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 90% e 99%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 20 PONTOS;</p> <p>- abaixo de 80%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório disponibilizado pela SEAGEN/ Dereg.
			Consultas Oftalmol.	267		
			Estrabismo	24		
			Plástica Ocular	18		
			Catarata	60		
			Oftalmo Infantil	30		
			Retina	45		
			Glaucoma	90		
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA COORDENAÇÃO DE ACESSO (COACE), FORAM DISPONIBILIZADAS AS AGENDAS DENTRO DO QUANTITATIVO PACTUADO, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO INDICADOR.						
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS						
5	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar a CADA 12 HORAS o censo com a distribuição dos leitos CONTRATADOS.	Disponibilizar a cada 12/12h censo hospitalar com todos os leitos contratados para a SECONVAG. A forma de envio, bem como o modelo do documento são determinadas pela SECONVAG. Devendo constar com informações mínimas como data, hora, responsável pelo preenchimento, se o leito está ocupado, livre ou indisponível.		<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 100 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 99%: 70 PONTOS;</p> <p>- abaixo de 80%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/DEREG/SMS, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO A 100% (CEM POR CENTO) DO INDICADOR, COM A DISPONIBILIZAÇÃO DO CENSO HOSPITALAR CONFORME PACTUADO.

PONTUAÇÃO: 100 PONTOS

<u>6</u>	SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE*	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS: <u>CLÍNICA MÉDICA: 660</u> <u>PEDIATRIA: 300</u> <u>CLÍNICA CIRÚRGICA: 800</u>	<p>Apresentou acima de 90% ou mais das 1.760 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 70% e 79%: 20 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	---	--	---	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 144% (CENTO E QUARENTA E QUATRO POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 2530 (DUAS MIL, QUINHENTAS E TRINTA) SAÍDAS HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS

<u>7</u>	SAÍDAS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE*	Apresentar o processamento das AIH nos eixos pactuados no trimestre.	SAÍDAS HOSPITALARES TRIMESTRAIS: <u>CLÍNICA MÉDICA: 40</u> <u>CLÍNICA CIRÚRGICA : 330</u>	<p>Apresentou acima de 90% ou mais das 370 saídas hospitalares pactuadas no trimestre: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 70% e 79%: 20 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	--	--	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 128% (CENTO E VINTE E OITO POR CENTO) AO INDICADOR, COM O TOTAL DE 473 (QUATROCENTAS E SETENTA E TRÊS) SAÍDAS DE ALTA COMPLEXIDADE.

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS

<u>8</u>	ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE*	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTOS TRIMESTRAIS:</p> <p>Proced. de Finalidade Diagnóstica (Gr.02): 400.000</p> <p>Proced. Clínicos (Gr.03): 20.000</p> <p>Proced. Cirúrgicos (Gr.04): 800</p>	<p>Apresentou acima de 90% ou mais dos 420.800 procedimentos pactuados no trimestre: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 70% e 79%: 20 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 70%: NÃO</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
----------	--	---	---	---	---

				PONTUA.	
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 151% (CENTO E CINQUENTA E UM POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 633.696 (SEISCENTOS E TRINTA TRÊS MIL, SEISCENTOS E NOVENTA E SEIS) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</p>					
<u>9</u>	ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE*	Realizar exames, consultas e procedimentos ambulatoriais.	<p>PROCEDIMENTOS TRIMESTRAIS:</p> <p>Proced. de Finalidade Diagnóstica (Gr.02): 1.300</p> <p>Proced. Clínicos (Gr.03): 5.800</p>	<p>Apresentou acima de 90% ou mais dos 7.100 procedimentos pactuados no trimestre: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 80% e 89%: 30 PONTOS;</p> <p>- entre 70% e 79%: 20 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 70%: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO EM 147% (CENTO E QUARENTA E SETE POR CENTO) AO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 10.412 (DEZ MIL QUATROCENTOS E DOZE) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</p>					
<u>10</u>	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA*	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<p>Realizou no trimestre: 163 cirurgias ou mais: 50 PONTOS;</p> <p>- entre 130 e 163 cirurgias: 30 PONTOS;</p> <p>Abaixo de 130 cirurgias: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO A 100% DO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 254 (DUZENTAS E CINQUENTA E QUATRO) CIRURGIAS EM ONCOLOGIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</p>					
<u>11</u>	CIRURGIAS EM ORTOPEDIA*	Realizar as cirurgias trauma-ortopédicas	Realizar o quantitativo mínimo trimestral de 200 cirurgias em Trauma-Ortopedia, de acordo com a Portaria nº 90, de 27 de março de 2009 (considerando os 20 leitos de ortopedia do CNES).	<p>Realizou no trimestre: -200 cirurgias ou mais: 50 PONTOS.</p> <p>-entre 150 e 199 cirurgias: 25 PONTOS;</p> <p>-Abaixo de 150 cirurgias: NÃO PONTUA.</p>	Relatório emitido pela SEACONT/DEREG com base nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e TABWIN
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEACONT/COREG/DEREG/SMS, COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O HOSPITAL DEU CUMPRIMENTO A 100% DO INDICADOR, COM UM TOTAL DE 257 (DUZENTAS E CINQUENTA E SETE) CIRURGIAS EM ORTOPEDIA REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO.</p> <p>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.</p>					
TOTAL DE PONTOS QUANTITATIVOS: 600 (SEISCENTOS PONTOS)					

INDICADORES QUALITATIVOS

<u>IT</u> <u>E</u> <u>M</u>	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
<u>1</u> <u>2</u>	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos RUE em 85%, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011	<u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS</u> Abaixo de 85%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85,68% (OITENTA E CINCO VIRGULA SESENTA E OITO POR CENTO) PARA OS LEITOS RUE, CUMPRINDO O INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>3</u>	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em no mínimo 85%.	<u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 50 PONTOS;</u> - abaixo de 85%: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 112,61% (CENTO E DOZE VIRGULA SESENTA E UM POR CENTO) PARA OS LEITOS DE UTI ADULTO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 50 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>4</u>	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Adequar o número de dias de internação ao preconizado pelo MS.	Manter média de permanência do paciente em no máximo 10 (dez) dias para o Leito RUE, nos termos da Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Obs.: Após 10 dias, o paciente deverá ser transferido internamente para leito SUS	<u>Manteve média de permanência em até 10 dias: 30 PONTOS;</u> - maior que 10 dias: NÃO PONTUA.	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 8,34 (OITO VIRGULA TRINTA E QUATRO) DIAS PARA O LEITO RUE, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>5</u>	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Adequar o número de dias de internação ao preconizado pelo MS.	Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<u>Manteve média de permanência em até 8 dias: 30 PONTOS;</u> - maior que 8 dias: NÃO PONTUA	Relatório disponibilizado pela SECONVAG/ Dereg extraído do SISREG.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE 4,17 (QUATRO VIRGULA DEZESSETE) DIAS PARA O LEITO CIRÚRGICO, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 30 PONTOS</u>					
<u>1</u> <u>6</u>	COMISSÕES INSTITUCIONAIS:	Demonstrar a efetiva atuação	Apresentar cópia das Atas das	<u>Apresentou ata de todas as Comissões e</u>	Cópias das atas e documentos do

	CCIH, PRONTUÁRIO, ÓBITOS E HUMANIZAÇÃO	das Comissões.	reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões. Referidas atas deverão ter detalhadas as ações desenvolvidas pela Comissão e resultados alcançados.	documentos relacionados: 20 PONTOS; - não apresentou: NÃO PONTUA.	indicador alusivos ao período devidamente assinados por parte da Instituição.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO PARA AS COMISSÕES PACTUADAS. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					
<u>1</u> <u>7</u>	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Monitorar a densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTIs mantendo-a dentro do percentual máximo de 1%.	Descrever as ações e densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTI mantendo-a dentro do percentual máximo de 1% de acordo com os resultados obtidos pela CCIH.	Apresentou incidência em até 1%: 20 PONTOS; - até 2%: 10 PONTOS; - acima de 2%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, A INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA POR CATETER VENOSO CENTRAL FOI DA ORDEM DE 1,08% PARA OUTUBRO, 1,08% PARA NOVEMBRO e 0,89% PARA DEZEMBRO, DANDO ATENDIMENTO PARCIAL AO INDICADOR. PONTUAÇÃO: 10 PONTOS					
<u>1</u> <u>8</u>	SATISFAÇÃO DOS CLIENTES	Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos.	Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 70%.	Apresentou resultado dentro do percentual pactuado: 20 PONTOS; - entre 60% e 69%: 10 PONTOS; - abaixo de 60%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL, RELATÓRIO COM RESULTADO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA NO PERÍODO AVALIADO, COM PERCENTUAL EM MÉDIA ACIMA DE 70% (SETENTA POR CENTO) DE APROVAÇÃO. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					
<u>1</u> <u>9</u>	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS	Apresentar comprovação da vigência de contratos de manutenção preventiva, acrescidos de relatórios de manutenção periódica.	Contratos de ar condicionado para áreas críticas (centro cirúrgico e UTI); Raio-X; hemodinâmica, elevadores, hemodiálise, tomografia e radioterapia.	Apresentou 100% do solicitado: 20 PONTOS; - entre 80 e 99%: 10 PONTOS; - abaixo de 80%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADA PELO HOSPITAL, DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS CONTRATOS DE MANUTENÇÃO PACTUADOS, VIGENTES NO PERÍODO AVALIADO, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					

20	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	Acompanhar os processos de trabalho existentes na Rede de Urgência e Emergência da Instituição.	Manter a taxa de mortalidade institucional menor ou igual a 6% ao mês.	<u>Manteve em 6% ou menos: 20 PONTOS;</u> -entre 6 a 8%: 10 PONTOS - acima de 8%: NÃO PONTUA.	Relatório demonstrativo apresentado pela Instituição.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA INSTITUIÇÃO, PARA O PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL APRESENTOU TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DE 6,0% EM OUTUBRO, 5,8% EM NOVEMBRO E 5,9% EM DEZEMBRO/2025, DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					
21	TEMPO MÉDIO DE ESPERA – EXAMES LABORATORIAIS UNIDADES BÁSICAS	Disponibilizar profissionais para coleta junto as unidades da SMS de acordo com a capacidade técnica da unidade e demanda de pacientes aguardando o procedimento junto a mesma.	Tempo médio de espera entre a marcação da coleta de exames laboratoriais e sua efetiva realização em até 05 (cinco) dias.	<u>Tempo médio de espera de 05 dias ou menos: 40 PONTOS;</u> -6 a 10 dias: 20 PONTOS - acima de 10 dias: NÃO PONTUA.	Relatório fornecido pelo Departamento de Atenção Primária
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME INFORMAÇÃO PRESTADA PELO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (DEAPS) O TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA EXAMES LABORATORIAIS FOI DE 3,90 DIAS, DANDO-SE ATENDIMENTO AO INDICADOR. <u>PONTUAÇÃO: 40 PONTOS</u>					
22	GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	1º trimestre – Realizar monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizados na RDCC 36, através de indicadores, bem como monitorar as atividades desempenhadas pela equipe de auditoria de riscos. 2º trimestre – Monitorar a gestão de riscos. 3º trimestre – Monitorar a metodologia de análise a avaliação. 4º trimestre – Monitorar a sistemática de notificação de eventos adversos.	<u>Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS;</u> - não apresentou: NÃO PONTUA.	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
<u>AValiação do Indicador:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT) – Dereg/SMS, APÓS VISITA TÉCNICA REALIZADA JUNTO AO HOSPITAL, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% DA META PACTUADA. <u>PONTUAÇÃO: 20 PONTOS</u>					

2 3	GESTÃO DA QUALIDADE	Instituir ações para a promoção do sistema de Gestão de Qualidade, garantido a melhoria contínua dos processos conforme metodologia	1º trimestre - Monitorar a gestão de processos. Apresentar ata das últimas reuniões; levantamento de problemas/melhorias. Plano de ação. Folha de mapeamento e FTP - Ficha de trabalho padronizado.	Apresentou 100% das ações mencionadas no indicador: 20 PONTOS Não apresentou: NÃO PONTUA.	Relatório de visita técnica feita pela Seção de Auditoria do Dereg.
			2º trimestre - Monitorar a gestão de documentos. Normatização de documentos institucionais e avaliação. Atividades estabelecidas com o objetivo de planejar, operacionalizar, verificar e propor melhorias. Apresentar conjunto de normas que regem o funcionamento de uma subdivisão hierárquica e administrativa da organização. Atividades operacionais de repetição. Sistematização dos prontuários dos pacientes.		
			3º trimestre - Monitorar a sistemática de auditorias internas. Apresentar relatório das últimas auditorias, contendo análise das não conformidades e busca de melhorias.		
			4º trimestre - Monitorar a sistemática da busca pela melhoria contínua. Acreditações e certificações, ata das reuniões de qualidade e segurança. Educação dos pacientes e familiares. Ouvidoria. Pesquisa de satisfação dos clientes.		

AValiação do Indicador: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT) – Dereg/SMS, APÓS VISITA TÉCNICA REALIZADA JUNTO AO HOSPITAL, FOI VERIFICADO O ALCANCE DE 100% DA META PACTUADA.

PONTUAÇÃO: 20 PONTOS

2 4	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Tempo de resposta	Ao ser solicitado leito, apresentar resposta de aceite ou recusa em até 1 hora.	100% das solicitações respondidas em até 1 hora: 30 PONTOS De 99% a 90%: 20 PONTOS Abaixo de 90%: NÃO PONTUA.	Relatório emitido pela SECONVAG
----------------	--	-------------------	---	--	---------------------------------

AValiação do Indicador: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/Dereg, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO A 100% (CEM POR CENTO) DO INDICADOR, COM TEMPO DE RESPOSTA DE ACEITE OU RECUSA EM ATÉ 1 (UMA) HORA.

PONTUAÇÃO: 30 PONTOS

<u>2</u> <u>5</u>	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Vaga zero	Manter tempo de avaliação do paciente em até 1 hora.	Avaliou acima de 90% da vaga zero em 1 hora: 30 PONTOS Avaliou entre 80% e 89% da vaga zero em 1 hora: 20 PONTOS Abaixo de 80%: NÃO PONTUA	Relatório emitido pela SECONVAG / DEREG/SMS
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG/COACE/DEREG, NO PERÍODO AVALIADO, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO EM MÉDIA A 49,28% (QUARENTA E NOVE VIRGULA VINTE E OITO POR CENTO), NÃO DANDO CUMPRIMENTO AO INDICADOR <u>PONTUAÇÃO: NÃO PONTUA</u>					
TOTAL DE PONTOS QUALITATIVOS: 360 (TREZENTOS E SESENTA) PONTOS					

A totalização dos indicadores resultou em 600 (seiscentos) pontos para as metas quantitativas e 360 (trezentos e sessenta) pontos para as metas qualitativas, totalizando 960 (novecentos e sessenta) pontos, fazendo jus a 100% (cem por cento) da parte variável. Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, **Flávia Mendes de Souza** _____ e assinada por todos os presentes conforme lista de presença, parte integrante deste documento.

QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS SCORE TOTAL 600 PONTOS
001 a 200 pontos – 70% da parte variável
201 a 400 pontos – 80% da parte variável
401 a 500 pontos – 90% da parte variável
501 a 600 pontos – 100% da parte variável
QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS SCORE TOTAL 360 PONTOS
001 a 100 pontos – 70% da parte variável
101 a 200 pontos – 80% da parte variável
201 a 300 pontos – 90% da parte variável
301 a 400 pontos – 100% da parte variável

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 03/2023-SMS DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, INSTITUÍDA PELA PORTARIA Nº 150/2023-GPM DE 06 DE SETEMBRO DE 2023, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2025, OCORRIDA NO DIA 26 DE FEVEREIRO DE 2026.

LISTA DE PRESENÇA

MEMBROS DA SMS

TITULAR: GEOVANA DOMINGOS NUNES.....

TITULAR: FLÁVIA MENDES DE SOUZA.....

SUPLENTE: SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE

SUPLENTE: THAIS CARDOSO SOARES.....

MEMBROS DA SANTA CASA

TITULAR: RAQUEL PEREZ CARVALHO NOGUEIRA

MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUPLENTE: AUSENTE A REPRESENTAÇÃO

PARTICIPANTES:

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS (SANTA CASA)

FABIANA ORSI BULO (COACE).....

CATIANA LEME BRAGA (GABINETE).....

CRISTIANE FERREIRA AREIAS DA SILVA (SECONVAG).....