

**ATA DA SEXTA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO
DO COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES**

PROCESSO Nº 117.938

ASSUNTO: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2016

OBJETO: Avaliação dos Indicadores do Plano Operativo Anual (POA), alusivos ao primeiro quadrimestre do contrato de gestão.

No dia 19 de janeiro de 2017, às 14 horas e 30 minutos, 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					STATUS DO INDICADOR SEGUNDO INFORMAÇÃO DO HOSPITAL
Nº	Indicadores	Ação	Meta	Fonte de verificação	
1	Comissão de Humanização	Implantar a comissão de humanização de acordo com a política nacional de humanização do SUS.	1º quadrimestre: <u>Apresentar a composição da equipe e o planejamento das ações da comissão para o ano.</u> 2º quadrimestre: Executar 100% das ações planejadas para o trimestre. 3º quadrimestre: Executar 100% das ações planejadas para o trimestre. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Planejamento apresentado e relatório quadrimestral das ações desenvolvidas e seus resultados.	A Comissão de Humanização foi constituída, composta por equipe multiprofissional. Foram realizadas reuniões em 12 e 19 de jan/2017.

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

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: segundo informação do hospital, a comissão foi formalmente constituída em 12 de janeiro e a segunda reunião ocorreu nesta data. Informa que até que todas as funções estejam em pleno funcionamento, ocorrerão reuniões semanais todas as quintas feiras, das 8 às 10 horas. Apresentadas pelo hospital as listas de presença das reuniões ocorridas nas referidas datas. Os membros da comissão lembram que por conta de uma série de motivos, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Nesse sentido, SANDRA GALLO lembra que o planejamento das ações dessa comissão de humanização será apresentado no segundo quadrimestre. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS

2	Acolhimento e Classificação de Risco	Implantar o Acolhimento e Classificação de Risco no PA Obstétrico	1º quadrimestre: <u>Apresentar a metodologia escolhida e os atendimentos realizados</u> 2º e 3º quadrimestre: Apresentar 100% dos atendimentos obstétricos realizados, conforme a metodologia Executar 100% das ações planejadas para o trimestre. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Relatório emitido pelo Hospital	Foi definida a metodologia de acolhimento e classificação de risco no Pronto Atendimento Obstétrico, conforme referencial do Ministério da Saúde
---	--------------------------------------	---	---	---------------------------------	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: O hospital informa que utilizará o Manual de Acolhimento de Classificação de Risco do Ministério da Saúde como referencial. Informa o hospital que foi realizada uma capacitação teórico prática junto a equipe multiprofissional que atuará nesse setor e nesse sentido apresenta a lista de presença do evento. A Comissão ressalta que os atendimentos foram prejudicados em razão de uma série de motivos, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Desta forma, a Comissão atribui o atendimento ao indicador.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

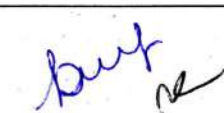
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS					
3	Serviço de atendimento ao usuário	Instituir o setor de Ouvidoria e elaborar instrumentos de avaliação de satisfação do usuário garantindo o mínimo de 1% do número total de atendimentos/mês.	1º quadrimestre: Apresentar a constituição do Setor de Ouvidoria apontando seu responsável, bem como, o instrumento de avaliação a ser utilizado e a forma de apresentar as respostas. 2º e 3º quadrimestre: Atingir 97% de satisfação positiva definida anteriormente. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Relatório consolidado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês.	Instituído setor de Ouvidoria, sendo responsável a Sra Luciana Oliveira Pinto de Abreu Barros. O regimento interno foi construído e está em processo de validação. O instrumento de avaliação da satisfação do cliente foi finalizado está em fase de validação. A avaliação será mensal por meio de relatório quanti/qualitativo.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Informa o hospital o nome das funcionárias que compõem o serviço de atendimento ao usuário e que está aguardando retorno do DETIC para a liberação do e-mail próprio. Informa ainda que essa integração com a Ouvidoria já se deu por meio de uma reunião com o responsável pelo setor, Sr. Rivaldo e que já estão cadastrados no sistema de ouvidoria municipal. Nesse indicador a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. A apresentação do instrumento e os resultados que eles já mediram por meio desse instrumento ficará para o segundo quadrimestre. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador. PONTUAÇÃO: 25 PONTOS					
4	Atividades de educação permanente.	Implantar a área de Educação Permanente	1º quadrimestre Elaborar o planejamento anual constando o treinamento de integração e as atividades	Apresentação do plano de trabalho com calendário das	Foram realizadas integrações com os novos colaboradores, bem como treinamentos voltados à área materno infantil, condicionados às

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.

			de educação continuada, bem como executar as ações previstas neste período. 2º e 3º quadrimestre: Realizar 100% das atividades programadas para o período. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	atividades realizadas no período e lista de presença.	atividades iniciais do hospital. O planejamento anual contempla treinamentos referentes à implantação das próximas áreas, clínica médica cirúrgica, UTI Adulto e Centro Cirúrgico.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado pelo hospital, material contendo a lista de treinamentos realizados no período avaliado e respectivas listas de participantes. Nesse indicador a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. A apresentação do planejamento anual ficará para o próximo quadrimestre. A comissão atribui o atendimento ao indicador. PONTUAÇÃO: 25 PONTOS					
5	Integração com o Complexo Regulador Municipal	Estabelecer em conjunto com a Regulação Municipal o fluxo de encaminhamento s e solicitações de transferência	1º, 2º e 3º quadrimestre: <u>Implantar o SISREG e manter reunião mensal com o Dereg para pactuações e alinhamentos.</u> Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100 pontos Abaixo de 100% não pontua	Informação prestada pela Central de Regulação e consulta ao SISREG.	O SISREG foi discutido e divulgado para os profissionais que manipularão o sistema. Foram estabelecidos, em conjunto com a Regulação Municipal, 3 fluxos de atendimento (solicitação de internação via central reguladora de vagas, internação por demanda espontânea e encaminhamento para outros serviços) Foi realizada reunião mensal com o Dereg, bem como treinamentos da equipe sobre o sistema de informação.

		Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal	1º, 2º e 3º quadrimestre: solicitar 100% das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) por meio do SISREG, alimentada e acompanhada em tempo real. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100 pontos Abaixo de 100%: não pontua	Informação prestada pela Central de Regulação e consulta ao SISREG.	À medida em que o hospital iniciar atendimento, todas as autorizações serão realizadas via SISREG.								
		Realizar o numero de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal	1º quadrimestre: realizar 260 saídas em clínica obstétrica 2º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clínica obstétrica</td><td>560</td></tr><tr><td>Clínica Médica</td><td>460</td></tr></table> 3º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clínica obstétrica</td><td>760</td></tr><tr><td>Clínica Médica</td><td>1000</td></tr><tr><td>Clínica cirúrgica Eletiva</td><td>425</td></tr></table> Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 150 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 90 pontos	Clínica obstétrica	560	Clínica Médica	460	Clínica obstétrica	760	Clínica Médica	1000	Clínica cirúrgica Eletiva	425
Clínica obstétrica	560												
Clínica Médica	460												
Clínica obstétrica	760												
Clínica Médica	1000												
Clínica cirúrgica Eletiva	425												







			Abaixo de 70% não pontua		
		Implantar Núcleo Interno de Regulação	1º quadrimestre: implantar Núcleo Interno de Regulação nos termos da proposta da CONTRATADA, apresentando seus responsáveis. 2º e 3º quadrimestre: manter o seu funcionamento 24h/dia, 7 dias por semana Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 30 pontos Abaixo de 70% não pontua	Escala de serviço do NIR do período	Foi implantado o NIR, bem como o regimento interno do serviço, contemplando os responsáveis, as competências, as atribuições de cada profissional e horário de funcionamento, 24 horas por dia. Também está padronizada a escala de serviço do NIR.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado pelo Dereg o protocolo do Complexo Hospitalar dos Estivadores, como instrumento pactuado com o CHE para padronização do fluxo e rotina dos pacientes a serem atendidos pelo mesmo. Apresentada pelo hospital a Ata de 18/11/2016 com a primeira reunião da equipe do Estivadores com a Regulação Municipal. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador, quanto ao sub item "1". **PONTUAÇÃO: 100 PONTOS.**

Quanto aos sub itens 2 e 3, ficam prejudicados pelas razões já declinadas, ou seja, a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Desta forma, a comissão atribui a pontuação, dando como atendido o indicador: **PONTUAÇÃO: 250 PONTOS.**

Quanto ao sub item 4: Apresentado pelo hospital a composição do núcleo, que é coordenado por uma enfermeira, tendo a Dra. Luciana Crema como médica responsável. Apresentada também a escala mensal dos profissionais atuantes, envolvendo as 24 (vinte e quatro) horas do dia, bem como regimento interno do serviço. Desta forma, deu-se o atendimento ao indicador: **PONTUAÇÃO: 50 PONTOS**

TOTAL (SOMATORIA DE TODOS OS SUB-ITENS): 400 PONTOS

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

6	Comissão de Revisão de Prontuário	Implantar a comissão de revisão de prontuário e definir suas ações	1º quadrimestre: constituir a comissão e estabelecer a amostragem e os critérios a serem avaliados mensalmente. 2º e 3º quadrimestre: atingir 80% de resultados positivos nos critérios estabelecidos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Protocolo de entrega da comissão elegível dentro do órgão de classe. Relatórios mensais executados.	Foi implantada a comissão de revisão de prontuário e a primeira reunião acontecerá nos próximos dias de jan/2017 para estabelecer o planejamento das ações.
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> O hospital informa ser muito cedo para nomear pessoas do corpo clínico para composição dessa comissão, sendo necessário observar a prática neste foco. Desta forma, informa que a comissão já está constituída predominantemente por gerências e coordenações da área assistencial e representantes do faturamento e do serviço de arquivo médico. Com o início do funcionamento do hospital, serão identificados os profissionais mais envolvidos, sendo nomeados para a referida comissão. Informa que o trabalho da comissão já foi iniciado com a elaboração da padronização dos impressos que comporão o prontuário do paciente. O hospital apresenta sua composição e informa que já tem a ferramenta desenvolvida para a revisão do prontuário de acordo com as áreas de interesse. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador. PONTUAÇÃO: 25 PONTOS					

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

7	Comissão de Revisão de Óbito	Implantar a Comissão de Revisão de Óbito e definir suas atribuições	1º quadrimestre: <u>constituir a comissão e estabelecer os critérios a serem avaliados mensalmente.</u> 2º e 3º quadrimestre: analisar 100% dos prontuários de óbitos apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de Óbito. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do período emitido pelo Hospital	A comissão materno infantil foi constituída, e, a primeira reunião para planejamento das ações será nos próximos dias de jan/2017.
---	------------------------------	---	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: O hospital mantém o mesmo entendimento nesta comissão, no que se refere aos profissionais envolvidos. Informa que está em funcionamento a Comissão de mortalidade materna e neonatal, composta pelo Dr. Francisco Lázaro e Dra. Tereza Uras Belém, a par do início das atividades assistenciais propostas. Será constituída a comissão de revisão de óbitos de caráter geral a partir do início das atividades de internação em clínica médica de adultos. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

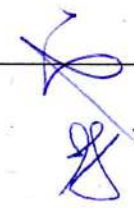
8	Comissão de Ética Médica	Implantar a Comissão de Ética Médica dentro dos critérios do CREMESP	1º quadrimestre: <u>constituir a comissão e encaminhar o protocolo de cadastro no CREMESP e apresentar o cronograma de reuniões estabelecido no Regimento.</u> 2º, 3º quadrimestre: apresentar atas assinadas das reuniões da comissão.	Protocolo de cadastro emitido pelo CREMESP. Atas das reuniões da comissão.	O processo para constituição da comissão está em implantação, conforme estabelecido pelo CREMESP.
---	--------------------------	--	---	--	---

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

			Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua		
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Foi nomeado um comitê eleitoral composto pela gerência e coordenações, para avaliação dos profissionais elegíveis após o início das atividades do hospital, com vistas a posterior eleição ainda em 2017 e envio da composição para o CREMESP. Informa o hospital que conseguirá registrar a comissão ainda no primeiro semestre de 2017. Desta forma, a comissão atribui o atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 25 PONTOS.

9	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de acordo com a legislação em vigor	1º quadrimestre: <u>constituir a comissão e estabelecer os protocolos de atuação.</u> 2º, 3º quadrimestre: apresentar ata das reuniões apontando as intervenções adotadas e as informações transmitidas a Vigilância Epidemiológica. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	Protocolo de cadastro emitido pela vigilância sanitária. Atas das reuniões da comissão. Resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica.	A CCIH foi constituída, e as atividades estão em andamento para estabelecer os protocolos de atendimento.
		Controle das taxas de infecção Hospitalar	1º quadrimestre: <u>apresentar a metodologia a ser utilizada no controle e manter a taxa de infecção hospitalar inferior e 5%</u> 2º e 3º quadrimestre: manter a taxa de infecção hospitalar inferior e 5%		A metodologia proposta par o controle e manutenção da taxa de infecção estão baseadas na portaria 2616 de 12 maio de 1998 e RDC 8.







			Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua		
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR:

SUBITEM "1": Apresentada pelo hospital a composição da CCIH e cronograma de atividades desenvolvidas no período avaliado. Apresentado também o esboço do regimento interno, fluxo de materiais, busca ativa de infecções e check lists assistenciais. Dá-se o atendimento do subitem do indicador: **PONTUAÇÃO: 20 PONTOS**

SUBITEM "2": Quanto a este subitem, a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Desta forma, no que se refere a taxa de infecção hospitalar, o subitem fica prejudicado. Quanto a metodologia, o hospital informa que se utilizará da Portaria GM/MS 2616 de 12 de maio de 1998 e RDC 8. A comissão atribui o atendimento do subitem. **PONTUAÇÃO: 25 PONTOS**

TOTAL DO INDICADOR: 50 PONTOS.

10	Protocolos Clínicos e Linhas de Cuidado	Implantar protocolos clínicos em conjunto com a Regulação Municipal, DEAESp, DEAB e DAPHOS e monitorar resultados.	1º quadrimestre definir os <u>três protocolos que serão implantados em conjunto com a SMS e seus indicadores de monitoramento.</u> 2º quadrimestre implantar 50% das ações definidas nos protocolos e apresentar os resultados do período. 3º quadrimestre: implantar os 50% restantes das ações	Documento apresentando o protocolo definido, suas ações e cronologia de implantação. Documento apresentando a metodologia de avaliação do protocolo.	Foi estabelecida a política de identificação do paciente e os protocolos de sepse (neonatal e adulto) estão em fase final de elaboração. Os protocolos em processo de elaboração estão voltados para as linhas de cuidado de atenção à gestante, puérpera e criança de baixo e alto risco, a exemplo da sífilis.
-----------	---	--	---	--	---

Handwritten signatures and initials in blue ink are present on the right side of the page, including a large 'X' at the top, a signature 'A.', and several other illegible signatures and initials at the bottom.

			definidas no protocolo e apresentar os resultados do período. Pontuação Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 30 pontos Abaixo de 70% não pontua.		
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Nesse indicador a comissão entende que também devem ser considerados os motivos já elencados anteriormente, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Em razão disso, não foi possível ao Gestor iniciar as tratativas para desenvolvimento dos protocolos uma vez que o hospital não estava em funcionamento, impossibilitando a discussão da sua inserção na rede. SANDRA GALLO propõe a revisão dessas metas. Propõe que essa discussão seja feita em conjunto pelos departamentos. O hospital, em conjunto com a comissão, acordou a transposição da meta do primeiro para o segundo quadrimestre acrescido de um alcance de 25% das ações definidas e pactuadas e mantendo sem alteração as metas do terceiro quadrimestre. A comissão atribui a pontuação do atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS

11	SADT externo	Disponibilizar agenda de SADT pactuado	1º quadrimestre:		Modificação de agendas xxxx
			USG	960	
			ECG	288	
			ECO/Doppler	480	
			2º quadrimestre:		
			USG	1670	
			ECG	626	
			ECO/Doppler	1044	
			3º quadrimestre:		
			USG	1651	
			ECG	619	
			ECO/Doppler	1032	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

			Pontuação Atingiu 100% da meta pontua 150 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 90 pontos Abaixo de 70% não pontua		
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Quanto a esse indicador, a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Nesse sentido, o indicador resta prejudicado uma vez que o hospital não estava em funcionamento. A comissão atribui a pontuação do atendimento ao indicador.

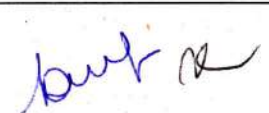
PONTUAÇÃO: 150 PONTOS.

12	Taxas Hospitalares	Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH	1º, 2º e 3º quadrimestre: manter a TOH da clínica obstétrica e UTI neonatal igual ou superior a 85% Pontuação Atingiu 100% da meta pontua 30 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do SISREG	
		Tempo Médio de Permanência- TMP	1º quadrimestre: manter o TMP da clínica obstétrica em 3 dias 2º quadrimestre: manter o TMP da Clínica Obstétrica em 3 dias e da Clínica Médica em 6 dias 3º quadrimestre: manter o TMP da Clínica Obstétrica em 3 dias, da Clínica	Relatório do SISREG	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

			Médica em 6 dias e da Clínica Cirúrgica em 5 dias Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 30 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua		
		Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH	1º, 2º e 3º quadrimestre: manter a TMH inferior a 4% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório emitido pelo Hospital	
		Taxa de Mortalidade Institucional - TMI	1º, 2º e 3º quadrimestre: manter a TMI inferior a 4% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 25 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório emitido pelo Hospital	
		Taxa de Reinternação – TR, em 30 dias	1º, 2º e 3º quadrimestre: manter a TR inferior a 5% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 30 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório emitido pelo Hospital	
		Taxa de Parto Cesáreo - TPC	1º, 2º e 3º quadrimestre: manter a TPC inferior a 40% para as gestações de alto	Relatório do processamento do SIH/MS	







			risco. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	pelo Dereg/SMS	
			1º, 2º e 3º quadrimestre: apresentar 100% de CID secundário nas AIH dos partos cesáreos Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do processament o do SIH/MS pelo Dereg/SMS	

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Quanto a esse indicador, a comissão entende que também deve ser considerada a questão dos motivos já elencados, dentre eles a interposição de ações judiciais, paralização por determinação da justiça e posterior retomada da execução contratual por ordem do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de onde ocorreu significativo e justificado atraso no cronograma inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre. Nesse sentido, o indicador resta prejudicado uma vez que o hospital não estava em funcionamento. A comissão atribui a pontuação do atendimento ao indicador.

PONTUAÇÃO: 180 PONTOS

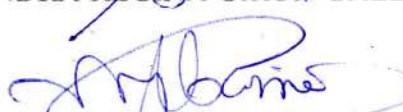
No silêncio, foi encerrada a presente reunião às 17:00 (dezesete) horas, sendo lavrada por mim, SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU, que assino

PELA COMISSÃO:

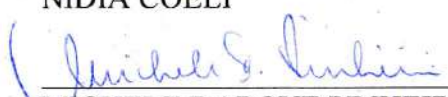
DENIS VALEJO CARVALHO

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "but", "8", and "João".

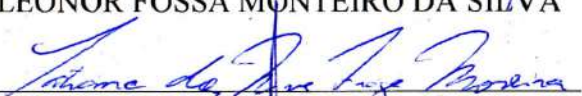

SANDRA REGINA GIRON GALLO


MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI


NIDIA COELI


MICHELE DARQUE PINHEIRO

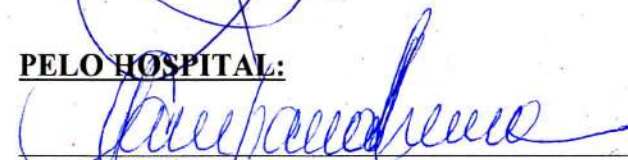

LEONOR FOSSA MONTEIRO DA SILVA

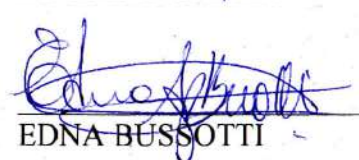

TATIANA DAS NEVES FRAGA MOREIRA


IDRENO DE ALMEIDA


ROBERTO DE MOURA

PELO HOSPITAL:


LUCIANA CREMA


EDNA BUSSOTTI