

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?	
NAMR	01	QT 1	Atender 100% as consultas de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Consultas	575	608	640	1.823	Pertinente	Sim
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260		
					Resultado	136,90%	144,76%	152,38%	144,68%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			Documentação apresentada com numero de atendimentos por município. Meta cumprida.								
Justificativa:											
Recomendação:			Manter o atendimento em conformidade com a meta pactuada.								
NAMR	02	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopedicas de média complexidade de U.E. (no mínimo 12 mês)	≥ 90% = 05 < 90% ≥ 70% = 02 < 70% = 00	N=Nº Cirurgias Ortopéd.	12	12	12	36	Pertinente	Sim
					D=Estimativa (12 Mês)	12	12	12	36		
					Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
					Pontos	5	5	5	5		
Análise:			Cumprimento da meta de acordo com a pactuação.								
Justificativa:											
Recomendação:			Manter o cumprimento de realização das cirurgias pactuadas.								
CCPMIS	03	QT 3 (B03)	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Adulto. Produção anual: 2016 diárias	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI ADULTO	292	279	231	802	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	248	240	736		
					Resultado	117,74%	112,50%	96,25%	108,97%		
					Pontos	3	3	3	3		
Análise:			<p>Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. Nas competências JUL/2019 e AGO/2019 a taxa de ocupação ultrapassa 100%. O percentual de alcance do trimestre foi de 108,97% (Score 3).</p> <p>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018): Entende-se a taxa de ocupação como meta qualitativa e não quantitativa. UTI Adulto e UTI Neonatal sendo avaliadas como uma única meta. Aconselhamos individualizar as metas, assim como era antes. Observa-se que foi suprimida da meta a produção de diárias.</p>								
Justificativa:			O prestador informa que a Unidade de Terapia Intensiva possui 10 leitos cadastrados, sendo 8 leitos para SUS e 2 leitos para os demais convênios, nos meses de Julho e Agosto, devido a necessidade, foram utilizados leitos de convênio por paciente SUS, ocasionando a taxa de ocupação maior que 100%.								
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%.								
CCPMIS	04	QT 4	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Neonatal. Produção anual: 2520 diárias	≥ 90% = 03 < 90% ≥ 80% = 02 < 80% ≥ 70% = 01 < 70% = 00	N=Pac.Dia UTI NEONATAL	287	292	278	857	Pertinente	Sim
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	310	300	920		
					Resultado	92,58%	94,19%	92,67%	93,15%		
					Pontos	3	3	3	3		
Análise:			<p>O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. O percentual de alcance do trimestre foi de 93,15% (Score 3).</p> <p>Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018): Entende-se a taxa de ocupação como meta qualitativa e não quantitativa. UTI Adulto e UTI Neonatal sendo avaliadas como uma única meta. Aconselhamos individualizar as metas, assim como era antes. Observa-se que foi suprimida da meta a produção de diárias.</p>								
Justificativa:											
Recomendação:			Manter o percentual acima de 90% até 100%.								

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	Resultado no Período	Avaliado Como		
CCPMIS	05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02	N=Pac.Dia Espec. Cirúrg.	467	542	467	1.476	Pertinente	Sim
				≥7 dias <= 10 dias = 01	D=Saídas Espec. Cirúrgica	190	208	174	572		
				> 10 dias = 00	Resultado	2,46	2,61	2,68	2,58		
					Pontos	2	2	2	2		
	Análise:	O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. O alcance do trimestre foi de 2,58 dias (Score 2). Apreciação da Proposta de alteração do Plano de Trabalho (Apresentada no 4º Trimestre/2018): Entende-se o tempo médio de permanência como meta qualitativa e não quantitativa.									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.									
CCPMIS	06	QL 1 (A01)	Manter em 100% a atualização com a apresentação do relatório das alterações do CNES, gerado pelo SCNES e relatório de alterações do CNES, gerado pela unidade.	Não nos três meses = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim		Pertinente	Sim
				Sim em 01 mês = 01	Pontos	1	1	1	3	3	
				Sim em 02 meses = 02	Nº Alterações Relatadas	32	26	32	90	100,00%	
				Sim nos três meses = 03	Nº Alteraç. não Relatadas	0	0	0	0	0,00%	
	Nº Alteraç. Inconsistentes	0	0	0	0	0,00%					
	Análise:	Quanto ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização; está em conformidade em todo o trimestre avaliado. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência JUL/2019 foram informadas 32 alterações; na competência AGO/2019 foram informadas 26 alterações e na competência SET/2019 foram informadas 32 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB, buscando relatar as alterações realizadas e manter o excelente nível alcançado.									
NTH	07	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual de Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	S	Sim	Pertinente	Sim
				Em implantação = 01	Pontos	2	2	2	2	2	
				Não = 00							
	Análise:	A unidade enviou relatórios trimestrais e tem implementado as ações conforme Plano Institucional de Humanização (PIH) apresentado.									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Conforme alinhamento com NTH a unidade deve enviar as informações trimestralmente através dos modelos padrão de relatórios utilizados para o acompanhamento de todos os programas do Estado, demonstrando a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. Orientamos que os documentos sejam datados e assinados pelo responsável do CIH constando: nome, cargo/função, e-mail e assinatura, enviados C/C para o e-mail: nth.ras8@gmail.com.Rever o Score desta meta no Plano Operativo.									
NTH	08	QL 3	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	N=Usuários Bom/Ótimo	137	107	88	332	Pertinente	Sim
				< 80% ≥ 70% = 02	D=Usuários Pesquisa	139	108	90	337		
				< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	98,56%	99,07%	97,78%	98,52%		
				< 60% = 00	Pontos	3	3	3	3		
	Nº de Interações	219	202	209	630						
	% Responderam Pesquisa	63,47%	53,47%	43,06%	53,49%						
	Análise:	A unidade apresentou as informações mensais. Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80%									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Manter a regularidade na aplicação da pesquisa e aumentar gradativamente. Analisar os eventuais apontamentos regulares. Rever o Score desta meta no Plano Operativo.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?					
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	Resultado no Período	Avaliado Como							
CPA	09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	Resultado	Não	Não	Não	Não	Pertinente	Não					
			Pontos	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0								
			Análise:	Prestador enviou registro (resumido) da Comissão de Revisão de Óbitos no período, sendo: 1 óbito materno e 2 RN em agosto; 1 óbito infantil em setembro. Estes documentos não demonstram nenhuma ação por parte da instituição mediante análise dos óbitos. No mês de julho encaminhou apenas ata da Comissão de Prontuários, e não informou a ocorrência ou ausência de óbitos, materno ou infantil.												
			Justificativa:													
			Recomendação:	Favor encaminhar material conforme a meta pactuada: ocorrências de óbitos (materno e infantil) nos 3 meses do período, ou declaração de ausência de óbitos, se for o caso; documentos comprobatórios de ações desenvolvidas pela instituição frente aos problemas levantados nas discussões da Comissão de óbitos (lista de orientações, reuniões, reavaliação de processos de trabalho, treinamentos ou o que couber).												
CTAR	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim					
					2- Controle Infec. Hospit.	Sim	Sim	Sim	Sim							
					3- Óbito	Sim	Sim	Sim	Sim							
					4- Prontuários	Sim	Sim	Sim	Sim							
					Pontos	● 2,00	● 2,00	● 2,00	● 2,00			● 2,00				
Análise:	Comissões atuantes															
Justificativa:																
Recomendação:	Manter as comissões atuantes															
CTAR	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim					
					Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2			● 2				
					Análise:	Protocolos atualizados										
					Justificativa:											
Recomendação:	Manter os protocolos sempre atualizados															
CTAR	12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	52	46	50	148	Pertinente	Não					
					D=Total Saídas	920	920	887	2.727							
					Resultado	5,65%	5,00%	5,64%	5,43%							
					Pontos	● 0	● 1	● 0	● 0			● 0				
					Análise:	Taxas de mortalidade institucional (SUS) acima do esperado										
Justificativa:																
Recomendação:	A comissão recomenda elaborar plano de ação para redução da taxa de mortalidade															
CTAR	13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE)	Sim = 02 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente	Sim					
					Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2			● 2				
					Análise:	Relatórios Apresentados segundo protocolo definido pela Comissão Técnica de Avaliação										
					Justificativa:											
Recomendação:	Parâmetros analisados deverão seguir os valores preconizados															

MATRIZ DE INDICADORES PLANO OPERATIVO - PRÓ SANTA CASA 2 - SANTA CASA DE ITAPEVA (3º TRIM/2019)

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO									
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	Resultado no Período	Avaliado Como	Cumpriu a Meta ?
RESUMO	META	PONTOS POSSÍVEIS	RESULTADO APRESENTADO	RESULTADO AVALIAÇÃO	% ALCANCE AVALIAÇÃO	CUMPRIMENTO DAS METAS	Nº METAS	%		
	META QUANTITATIVA	18,00	18,00	18,00	100,00%	CUMPRIDAS	11	84,62%		
	META QUALITATIVA	18,00	14,00	14,00	77,78%	CUMPRIDAS PARCIALMENTE	0	0,00%		
	TOTAL.....	36,00	32,00	32,00	88,89%	NÃO CUMPRIDAS	2	15,38%		
OBSERVAÇÕES GERAIS	Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências JUL/2019, AGO/2019 e SET/2019, realizada no dia 20/02/2020 às 10:00hs na Sala de Apoio do DRS XVI SOROCABA.									


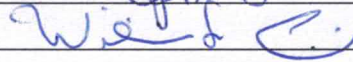

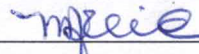






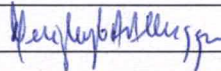
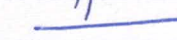

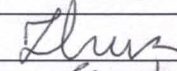
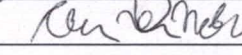
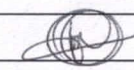




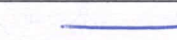
LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

Hospital Avaliado: Santa Casa de Itapeva

Período: 3º E 4º TRIMESTRE/2019

Data: 20/02/2020 – Horário: 10:00 hs

Local: Sala de Apoio I (DRS XVI)

INSTITUIÇÃO		NOME	R.G.	ASSINATURA
COORDENAÇÃO	Titular			
	Suplente	Marisa Rodrigues Rosa Costa	16.188.503-2	
DRS / CCPMIS / NMDIS	Titular	William Fernando de Oliveira	15.941.672-3	
	Suplente	Valdirene Cristina de Oliveira	24.361.063-4	
DRS / CGA / PRESTAÇÃO DE CONTAS	Titular	Maria Angela Elias Cavalcante	13.812.875-3	
	Suplente	Paulo Cesar Pupo	11.307.760-9	
	Suplente	Vera Lúcia Pedroso	11.299.172-5	
DRS / CPA / CTAR	Titular	Dr. Sérgio Alexandre de Oliveira	20.330.774	
	Suplente	Dra. Maria Cristina Franco Coelho Acorsi	25.254.295-2	
DRS / CPA / NAM	Titular	Mariana Rossi Bonacasata		
	Suplente	Cristiane Gonçalves da Costa		
DRS / CPA / NTH	Titular	Merigley Carvalho de Arruda Albuquerque	24.451.472-0	
	Suplente	Patrícia Dutra dos Santos Monteiro	23.067.379-X	
Apoiador Cosems	Titular	Nielse C. M. Fattori	10.906.282-6	
Santa Casa de Itapeva	Titular	Fabiana Silva G Almeida Cruz	30492.508-1	
	Suplente	Cleverson Valentim Nobre	26.626.326-4	
SMS Itapeva	Titular			
	Suplente	Paulo Henrique Santos Gonçalves	33.992.105-5	
SMS Apiai	Titular	Ricardo leão Silva	34.202.005-5	
	Suplente	Pedro Cesar M Ramos	40.209.009-3	
SMS Itapirapuã Paulista	Titular	Juliana Maria Teixeira Costa	83.129.875	
	Suplente	Carina de Fátima Costa Vale		
SMS Guapiara	Titular	Jedson Walla Valle de Lima	39.231.001	
	Suplente			
SMS Buri	Titular			
	Suplente			

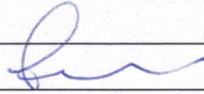
LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

Hospital Avaliado: Santa Casa de Itapeva

Período: 3º E 4º TRIMESTRE/2019

Data: 20/02/2020 – Horário: 10:00 hs

Local: Sala de Apoio (DRS XVI)

INSTITUIÇÃO		NOME	R.G.	ASSINATURA
COORDENAÇÃO	Titular			
	Suplente			
DRS / CCPMIS / NMDIS	Titular			
	Suplente			
DRS / CGA / PRESTAÇÃO DE CONTAS	Titular			
	Suplente			
	Suplente			
DRS / CPA / CTAR	Titular			
	Suplente			
DRS / CPA / NAM NODRS	Titular	Jahiana R. A. Janderli		
	Suplente			
DRS / CPA / NTH	Titular			
	Suplente			
Apoiador Cosems	Titular			
Santa Casa de Itapeva				
SMS Itapeva				
SMS Apiai				
SMS Itapirapuã Paulista				
SMS Guapiara				
SMS Buri				