

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO											Cumpriu a Meta ?						
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	Resultado no Período	Avaliado Como									
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	684	598	573	1.855	Pertinente	Sim							
					D=Estimativa (420 Mês)	420	420	420	1.260									
					Resultado	162,86%	142,38%	136,43%	147,22%									
					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	239	237	232	708	Pertinente	Sim							
					D=Leitos-Dia SUS UTI ADU	248	240	248	736									
					Resultado	96,37%	98,75%	93,55%	96,20%									
					Pontos	3	3	3	3									
					Nº Intern. UTI ADULTO	49	49	40	138									
					Nº Leitos UTI ADULTO	8	8	8										
					Análise:			<p>Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre é de 96,20% (Score 3). O prestador cumpriu a meta na vigência 2019, atingindo a taxa de ocupação de 104,08% (Score 3), conforme informação do prestador em avaliações anteriores a UTI ADULTO possui 10 leitos cadastrados, sendo 8 leitos para SUS e 2 leitos para os demais convênios, devido a necessidade, foram utilizados leitos de convênio por paciente SUS, ocasionando a taxa de ocupação maior que 100%.</p> <p>Apreciação do Plano de Trabalho (2020-2023): Meta constante do novo Plano de Trabalho. O alcance mínimo passa de 70% para 85%, atendendo recomendação dada. Definição Diligenciada não contemplada: Sugerimos especificar que a taxa de ocupação é SUS na definição da meta. Ações para Alcance Diligenciada não contemplada: Texto inserido não é compatível com este campo e sim com o campo Indicador de Resultado. Descrever neste campo as ações à serem desenvolvidas para o cumprimento da meta. Situação Atual Diligenciada contemplada (colocada de outra forma, mas atendendo): Conforme resultado das avaliações, a taxa de ocupação em 2018 foi de 97,53% e no 1º semestre de 2019 foi de 105,59%, Sugerimos que este resultado seja citado neste campo. Situação Pretendida Diligenciada contemplada: Texto inserido não é compatível com este campo e sim com o campo Indicador de Resultado. Considerando que o prestador vem atingindo historicamente taxas de ocupação elevadas, recomendamos alterar o percentual da meta para no mínimo 85%. Indicador de Resultado Diligenciado não contemplado: Especificar neste campo o cálculo para se demonstrar o resultado da meta e a fonte de dados utilizada. Observações Diligenciada não contemplada: Esta meta é Qualitativa e não Quantitativa, conforme já comentado em reunião de avaliação. ADEQUAR.</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	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	Resultado no Período	Avaliado Como					
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	224	279	274	777	Pertinente	Sim			
					D=Leitos-Dia SUS UTI NEO	310	300	310	920					
					Resultado	72,26%	93,00%	88,39%	84,46%					
					Pontos	1	3	2	2					
					Nº Intern. UTI NEONATAL	22	36	32	90					
					Nº Leitos UTI NEONATAL	10	10	10						
					Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre é de 84,46% (Score 2). O prestador cumpriu a meta na vigência 2019 , atingindo a taxa de ocupação de 93,12% (Score 3). Apreciação do Plano de Trabalho (2020-2023): Meta constante do novo Plano de Trabalho. O alcance mínimo passa de 70% para 85%, atendendo recomendação dada. No Plano de Trabalho inicial estava como meta Qualitativa, mas na versão final do Plano de Trabalho consta como meta Quantitativa. Esta meta é Qualitativa e não Quantitativa, conforme já comentado em reunião de avaliação. Definição Diligenciada não contemplada: Sugerimos especificar que a taxa de ocupação é SUS na definição da meta. Ações para Alcance Diligenciada não contemplada: Texto inserido insuficiente. Descrever neste campo as ações à serem desenvolvidas para o cumprimento da meta. Situação Atual Diligenciada contemplada (colocada de outra forma, mas atendendo): Conforme resultado das avaliações, a taxa de ocupação em 2018 foi de 82,49% e no 1º semestre de 2019 foi de 97,51%, sugerimos que este resultado seja citado neste campo. Situação Pretendida Diligenciada não contemplada: Texto citando a forma de cálculo não é compatível com este campo e sim com o campo Indicador de Resultado. Considerando que o prestador vem atingindo historicamente taxas de ocupação acima do proposto, recomendamos alterar o percentual da meta para no mínimo 80%. Indicador de Resultado Diligenciado não contemplado: Especificar neste campo o cálculo para se demonstrar o resultado da meta e a fonte de dados utilizada.									
					Justificativa:									
					Recomendação: Manter o percentual acima de 90% até 100%.									
					CCPMIS	05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02 ≥ 7 dias <= 10 dias = 01 > 10 dias = 00			N=Pac.Dia Espec. Cirúrg.	473	437
D=Saídas Espec. Cirúrgica	170	152	176	498										
Resultado	2,78	2,88	2,94	2,87										
Pontos	2	2	2	2										
O documento comprobatório apresentado está em conformidade em todas as competências do trimestre avaliado. O alcance do trimestre foi de 2,87 dias (Score 2). O prestador cumpriu a meta na vigência 2019 , atingindo o tempo médio de permanência de 2,86 dias no período (Score 2). Apreciação do Plano de Trabalho (2020-2023): Entende-se o tempo médio de permanência como meta qualitativa e não quantitativa. Definição Diligenciada não contemplada: Sugerimos evidenciar que o Tempo Médio de Permanência se refere à pacientes SUS na definição da meta. Ações para Alcance Diligenciada não contemplada: Texto inserido não é compatível com este campo e sim com o campo Indicador de Resultado. Descrever neste campo as ações à serem desenvolvidas para o cumprimento da meta. Situação Atual Diligenciada contemplada (colocada de outra forma, mas atendendo): Texto inserido insuficiente. Conforme resultado das avaliações, o tempo médio de permanência em 2018 foi de 2,81 dias e no 1º semestre de 2019 foi de 3,02 dias, sugerimos que este resultado seja citado neste campo. Indicador de Resultado Diligenciado não contemplado: Especificar neste campo o cálculo para se demonstrar o resultado da meta e a fonte de dados utilizada. Observações Diligenciada não contemplada: Esta meta é Qualitativa e não Quantitativa, conforme já comentado em reunião de avaliação. ADEQUAR.														
Justificativa:														
Recomendação: Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.														

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										Cumpriu a Meta ?				
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	Resultado no Período	Avaliado Como						
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	690	9	21	720	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:	<p>Quando ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização; na competência NOV/2019 a data de assinatura está incompatível com a competência e também mais antiga que as datas de atualização das bases. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência OUT/2019 foram informadas 690 alterações; na competência NOV/2019 foram informadas 9 alterações e na competência DEZ/2019 foram informadas 21 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3). O prestador cumpriu a meta no ano de 2019, pois pontuou em todas as competências do período. <u>Apreciação do Plano de Trabalho (2020-2023):</u> <u>Meta suprimida no novo Plano de Trabalho.</u></p>													
	Justificativa:														
	Recomendação:	Acompanhar as alterações publicadas no Portal CNESWEB e prestar maior atenção na qualificação do documento comprobatório.													
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	Sim	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	98	117	116	331	Pertinente	Sim				
				< 80% ≥ 70% = 02	D=Usuários Pesquisa	99	119	118	336						
				< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	98,99%	98,32%	98,31%	98,51%						
				< 60% = 00	Pontos	● 3	● 3	● 3	● 3			● 3			
					Nº de Internações	184	206	216	606						
					% Responderam Pesquisa	53,80%	57,77%	54,63%	55,45%						
	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	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/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 todos infantis: 5 em out, 2 em nov. e 5 em dez., todos considerados evitáveis.												
			Justificativa:													
			Recomendação:	REITERO a solicitação para que sejam encaminhados os dados conforme a meta pactuada: ocorrências de óbitos (materno e infantil) nos 3 meses do período, ou declaração												
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. Atualizar Protocolo - vencimento 29/11/2019.															
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	43	49	37	129	Pertinente	Não					
					D=Total Saídas	657	612	651	1.920							
					Resultado	6,54%	8,01%	5,68%	6,72%							
					Pontos	0	0	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.															
RESUMO			META	PONTOS POSSÍVEIS	RESULTADO APRESENTADO	RESULTADO AVALIAÇÃO	% ALCANCE AVALIAÇÃO	CUMPRIMENTO DAS METAS	Nº METAS	%						
			META QUANTITATIVA	18,00	17,00	17,00	94,44%	CUMPRIDAS	11	84,62%						
			META QUALITATIVA	18,00	14,00	14,00	77,78%	CUMPRIDAS PARCIALMENTE	0	0,00%						
			TOTAL.....	36,00	31,00	31,00	86,11%	NÃO CUMPRIDAS	2	15,38%						
OBSERVAÇÕES GERAIS			Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências OUT/2019, NOV/2019 e DEZ/2019, realizada no dia 20/02/2020 às 10:00hs na Sala de Apoio do DRS XVI SOROCABA.													


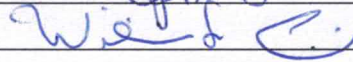

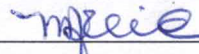






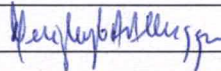
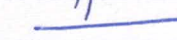

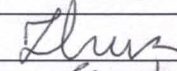
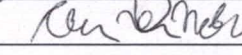
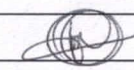




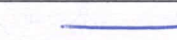
LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

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			

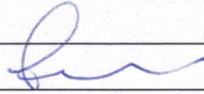
LISTA DE PRESENÇA
REUNIÃO PRO SANTA CASA 2 (2019)

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				