

#### INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Número do PT: 15883 NIS Processo: 15380

Órgão/Entidade: SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS

CNPJ: 59.759.084/0001-94

Endereço: Rua Carolina Malheiros Número: 92

Município: São João da Boa Vista CEP: 13871072

Telefone: 36341133

Email: administracao@santacasasaojoao.com.br

CPF	Nome Responsável	Função	Cargo	Email
Nenhuma Pessoa Cadastrada!				

#### RECEBIMENTO DO RECURSO

Banco: 001 Agência: 08675 Número: 000001139 Praça de Pagamento: Poços de Caldas

Gestor do Convênio: ANTONIO FERNANDES FILHO

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

#### CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

##### Características da Instituição

A Santa Casa de Misericórdia do Dona Carolina Malheiros, possui um Corpo Clínico formado por aproximadamente 150 médicos efetivos nas especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Anestesiologia, Radiologia, Proctologia, além de outros profissionais que, também, contribuem para a eficácia no atendimento direto ao paciente, como Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, Bioquímico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social e Enfermagem. Os serviços existentes no hospital são: Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Densitometria Óssea, Mamografia, Mapeamento Cerebral, Ecocardiografia, Laboratório de Análises Clínicas, Anatomopatologia, Hemodiálise, Tococardiografia, Banco de Sangue, Radioterapia, Quimioterapia e Fisioterapia. No hospital há onze unidades de internação, compostas pelo total de 161 leitos, sendo 102 leitos ofertados ao SUS, bem como em nosso Centro Cirúrgico, possuímos 3 salas de cirurgia destinadas exclusivamente ao SUS. Os setores atendem a pacientes com várias patologias, de baixo, médio e alto grau de dependência. Esses pacientes são provenientes de atendimentos eletivos dos consultórios particulares, convênios e de emergência oriundos do pronto-socorro do município de São João da Boa Vista, do município de Águas da Prata, do município de Aguiá, do pronto atendimento da própria Santa Casa, CROSS, sendo referência também para o Colegiado Mantiqueira (Aguiá, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antônio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul). ESTIMATIVA POPULACIONAL HABITANTES São João da Boa Vista 87.008 Aguiá 35.261 Águas da Prata 7.777 Espírito Santo do Pinhal 42.517 Santa Cruz das Palmeiras 33.356 Santo Antônio do Jardim 5.834 Tambaú 22.757 Vargem Grande do sul 41.287 Total 275.797 \* Fonte SEADE 2019

##### Histórico da Instituição

A Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros" foi solenemente inaugurada no dia 6 de agosto de 1899. O primeiro prédio da Santa Casa era um majestoso edifício em estilo neoclássico. Interiormente, era composto por acomodações de grandes dimensões, salientando-se a preocupação da época em permitir uma adequada circulação de ar. Com o crescimento populacional e a evolução da medicina, começaram as preocupações com o prédio que até o início da década de 40, havia sofrido poucas alterações em relação ao prédio original, o qual começava a se mostrar insuficiente. A primeira etapa da Nova Santa Casa foi inaugurada em 1952, compreendendo o 1º Pavilhão (Maternidade, Berçário e Pediatria) e o 2º Pavilhão (Seção B e Centro Cirúrgico). Em 1962 foi inaugurada a fase final da Santa Casa. O novo prédio foi construído totalmente de acordo com as normas adotadas nos países desenvolvidos. Após sua inauguração, passou por diversas reformas e acréscimos. Quanto ao prédio antigo, nada mais restou, sendo totalmente substituído por novas dependências. Atualmente possui uma área construída de 10.650 m<sup>2</sup>, distribuído em 3(três) andares, em um terreno de 14.000 m<sup>2</sup>.

#### QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

##### Objeto: CUSTEIO

Apoio Financeiro - Custeio - Santas Casas SUSTentáveis Aquisição de material de consumo: Materiais Hospitalares e Medicamentos: Prestação de serviços : Serviços de terceiros e plantões médicos

Aquisição de material de consumo: Materiais Hospitalares: Materiais de cobertura, Luvas seringas e agulhas, materiais de punção, incisão e sutura, antissépticos, dispositivos de infusão, materiais para esterilização e saniantes. Medicamentos: Analgésico, Análogo da Prostaglandina, Anestésico, Antibióticos, anticonvulsivante, antiemético, anti-hipertensivo, anti-inflamatório, antitrombótico, antiulcera, bloqueador neuromuscular e relaxante muscular, expansor de volume plasmático, imunoglobulina, nutrição parenteral, sedativo, supressor hormônio do crescimento, vasodilatador, vasopressor. Prestação de serviços : Serviços de terceiros: Hemodinâmica, Banco de Sangue, Laboratório de análises, Fisioterapia, Técnicos Raio-x, Diagnóstico por imagem. e plantões médicos

##### Objetivo

Mantem a prestação de serviço qualificado aos pacientes SUS referente ao programa SANTA CASA SUSTENTAVEIS

##### Justificativa

Continuidade do atendimento aos usuários com atenção qualificada e resolutiva nos procedimentos eletivos, urgência/emergência de média e alta complexidade

##### Local

Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros Rua Carolina Malheiros 92 Vila Conrado Cep: 13870720 São João da Boa Vista SP CNES:2084228

##### Observações

#### METAS A SEREM ATINGIDAS

##### Metas Quantitativas

###### Mantem os diagnósticos secundários preenchidos nas AIHs igual ou superior a 25% discriminados por especialidade Pediatria

**Ações para Alcance:** Envolver a Equipe Médica através de reuniões da Diretoria Técnica para conscientização da importância do registro do indicador e monitoramento do preenchimento através da Comissão de Prontuário.

**Situação Atual:** Apresenta a média de 18,67 % de AIHs com preenchimento de diagnóstico secundário sobre total de AIHs avaliadas pelos técnicos da Gestão Municipal. Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Manter a proporção de diagnósticos secundários nas AIHs da especialidade PEDIATRIA igual ou superior a 25%

**Indicador de Resultado:** Número de AIHs de PEDIATRIA com diagnósticos secundários/total de AIHs de PEDIATRIA x 100

###### Mantem a apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar) acima de 80%

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa para monitorar a entrega de prontuários preenchidos adequadamente pós alta e entrega imediata no faturamento para posterior aferição da proporção da produção apresentada no mês imediato à realização do procedimento

**Situação Atual:** Apresenta em média 61,70% das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar). Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Apresentar acima de 80 % das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)

**Indicador de Resultado:** Número de AIH apresentadas com alta do mês de competência/Total de AIH apresentadas no período x 100 (fonte: relatório do SIHD). "Da quantidade de AIH por data de alta dos pacientes. (Wareline e SIHD)

**Manter a apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato à realização do procedimento (APAC) acima de 80 %**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa para monitorar a entrega de prontuários preenchidos adequadamente pós alta e entrega imediata no faturamento para posterior aferição da proporção da produção apresentada no mês imediato à realização do procedimento.

**Situação Atual:** Apresenta em média 90,10 % das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar). Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Apresentar acima de 80% das contas ambulatoriais no mês imediato à realização do procedimento (APAC)

**Indicador de Resultado:** Número de APAC com apresentação do mês de ref. correto/Total de APAC apresentadas no período x 100 (fonte: SIA/APAC).

**Manter a caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem acima de 80 %**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa para monitorar a caracterização correta das AIHs com base no atendimento realizado.

**Situação Atual:** Apresentou 100,00 % de caracterização das AIHs apresentadas, nas amostras avaliadas pela gestão municipal no 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO) -

**Situação Pretendida:** Manter a caracterização correta da internação acima de 80%

**Indicador de Resultado:** Número de AIH com caracterização correta/Total de AIH selecionadas no trimestre x 100. Amostra avaliada pela gestão municipal de no mínimo de 10% das aih apresentadas no trimestre.

**Manter a Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais) abaixo de 10%**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe multidisciplinar para monitorar e minimizar os motivos administrativos para não ocorrer suspensão das cirurgias

**Situação Atual:** Apresenta a média de 4,37% de suspensão de cirurgias no período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Manter a apresentação de relatório com quantitativo de cirurgias agendadas e suspensas por motivos administrativos e taxa de suspensão inferior a 10%.

**Indicador de Resultado:** Número de cirurgias suspensas por fatores "extra paciente" no trimestre/Total de cirurgias agendadas no mesmo período x 100.

**Assegurar a Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação abaixo de 10%**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar toda estrutura assistencial, 24 horas durante 07 dias da semana para atendimentos de urgência e emergência demandados pela CROSS, de acordo com as pactuações e fluxos formalizados

**Situação Atual:** A Instituição não apresenta taxa de Recusa inferior a 10%.

**Situação Pretendida:** Apresentar taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela CROSS abaixo de 10%.

**Indicador de Resultado:** Quantidade de Recusas de solicitações no trimestre/Total de solicitações de atendimento pela Central de Regulação no mesmo período x 100

**Manter o Percentual de Vaga Zero determinado pela Central de Regulação abaixo de 10%**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar toda a estrutura assistencial, 24 horas durante 07 dias da semana para atendimentos de urgência e emergência demandados pela CROSS, de acordo com as pactuações e fluxos formalizados

**Situação Atual:** Apresenta a média de 4,42% de vaga zero no período apurado: 2º Trimestre /2019.

**Situação Pretendida:** Apresentar percentual de vaga zero inferior a 10%.

**Indicador de Resultado:** Total de vagas zero no trimestre/Total de internações reguladas no mesmo período x 100

**Manter os diagnósticos secundários preenchidos nas AIHs acima de 25%, discriminados por especialidade - Obstetrícia**

**Ações para Alcance:** Envolver a Equipe Médica através de reuniões da Diretoria Técnica para conscientização da importância do registro do indicador e monitoramento do preenchimento através da Comissão de Prontuário.

**Situação Atual:** Apresenta a média de 90,58 % de AIHs com preenchimento de diagnóstico secundário sobre total de AIHs avaliadas pelos técnicos da Gestão Municipal. Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Manter a proporção de diagnósticos secundários nas AIHs da especialidade OBSTETRÍCIA igual ou superior a 25%

**Indicador de Resultado:** Número de AIHs de OBSTETRÍCIA com diagnósticos secundários/total de AIHs de OBSTETRÍCIA x 100

**Manter os diagnósticos secundários preenchidos nas AIHs acima de 25%, discriminados por especialidade - Clínica Médica**

**Ações para Alcance:** Envolver a Equipe Médica através de reuniões da Diretoria Técnica para conscientização da importância do registro do indicador e monitoramento do preenchimento através da Comissão de Prontuário.

**Situação Atual:** "Apresenta a média de 34,71 % de AIHs com preenchimento de diagnóstico secundário sobre total de AIHs avaliadas pelos técnicos da Gestão Municipal. Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO) "

**Situação Pretendida:** Manter a proporção de diagnósticos secundários nas AIHs da especialidade CLÍNICA MÉDICA igual ou superior a 25%

**Indicador de Resultado:** Número de AIHs de CLÍNICA MÉDICA com diagnósticos secundários/total de AIHs de CLÍNICA MÉDICA x 100

**Manter os diagnósticos secundários preenchidos nas AIHs acima de 25%, discriminados por especialidade - Clínica Cirúrgica**

**Ações para Alcance:** Envolver a Equipe Médica através de reuniões da Diretoria Técnica para conscientização da importância do registro do indicador e monitoramento do preenchimento através da Comissão de Prontuário.

**Situação Atual:** Apresenta a média de 60,23 % de AIHs com preenchimento de diagnóstico secundário sobre total de AIHs avaliadas pelos técnicos da Gestão Municipal. Período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

**Situação Pretendida:** Manter a proporção de diagnósticos secundários nas AIHs da especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA igual ou superior a 25%

Indicador de Resultado: Número de AIHs de CLÍNICA CIRÚRGICA com diagnósticos secundários/total de AIHs de CLÍNICA CIRÚRGICA x 100

**Manter a Taxa de alcance da produção conveniada/contratada acima de 90%**

Ações para Alcance: "Realizar monitoramento mensal da taxa de alcance da produção em conjunto com os responsáveis pela produção ambulatorial e hospitalar de acordo com planilha pactuada, anexa a este plano de trabalho

Situação Atual: "Apresenta um alcance médio de 50,57%, apurado no 2º trimestre de 2019 ( abril, maio e junho). "

Situação Pretendida: Manter a Taxa de alcance da produção conveniada/contratada acima de 90% de acordo com planilha pactuada, anexa a este plano de trabalho

Indicador de Resultado: Número de agrupamentos com produção acima de 95% / Número de agrupamentos contratados x 100

**Manter a Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica) acima de 85%**

Ações para Alcance: Disponibilizar equipe administrativa e assistencial para monitorar e acompanhar a gestão dos leitos de internação, com avaliação diária dos pacientes.

Situação Atual: Apresenta uma taxa média de 83,47%, apurado no 2º trimestre de 2019 (abril, maio e junho).

Situação Pretendida: Manter a Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica) acima de 85%

Indicador de Resultado: Total de pacientes-dia mês / Total de leitos-dia no mesmo período x 100

**Manter a Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto acima de 90%**

Ações para Alcance: Disponibilizar equipe administrativa e assistencial para monitorar e acompanhar a gestão dos leitos de internação, com avaliação diária dos pacientes internados.

Situação Atual: Apresenta uma taxa média de 96,84% , no período apurado: 2º trimestre de 2019 ( abril, maio e junho.).

Situação Pretendida: Manter a Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto acima de 90%

Indicador de Resultado: Total de pacientes-dia(UTI adulto) no mês / Total de leitos-dia no mesmo período x 100

**Manter o Índice de rotatividade acima de 4**

Ações para Alcance: "Disponibilizar a equipe para monitoramento da quantidade de internações, saídas ocorridas diariamente e o Número de leitos disponibilizados aos SUS, via Censo Hospitalar."

Situação Atual: Apresenta o índice de rotatividade de 5,84, no período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO)

Situação Pretendida: Manter o Índice de rotatividade maior ou igual a 4

Indicador de Resultado: Total de saídas / Número de leitos SUS no mesmo período.

**Metas Qualitativas**

**Manter o CNES atualizado**

Ações para Alcance: Enviar base e relatório mensal ao Gestor SUS a cada alteração de recursos Físicos, Estruturais e humanos envolvidos na assistência hospitalar, ocorrida na instituição a fim de manter as informações do Estabelecimento atualizadas no CNES.

Situação Atual: Encaminha mensalmente à SMS as atualizações do SCNES e anexa os relatórios preconizados.

Situação Pretendida: Manter o envio mensal das atualizações do SCNES à SMS e anexar os relatórios preconizados.

Indicador de Resultado: Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando mensalmente as ocorrências por data da atualização.

**Atualizar, diariamente, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências**

Ações para Alcance: Manter equipe médica capacitada através de Manual de Procedimento interno, a fim de, registrar duas vezes ao dia no PORTAL CROSS - Módulo pré-hospitalar, informações referentes à capacidade disponível aos atendimentos de urgência.

Situação Atual: Informa 2 vezes por dia a capacidade disponível, relacionada aos atendimentos de urgência.

Situação Pretendida: Manter 90% das atualizações esperadas e fornecidas

Indicador de Resultado: Relatório da CROSS do período, informando o número de atualizações esperadas e fornecidas.

**Manter o atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana**

Ações para Alcance: Disponibilizar equipe interna de Regulação, 24 horas durante 07 dias da semana, para os atendimentos de urgência e emergência solicitados pelo Portal CROSS, de forma ininterrupta.

Situação Atual: Disponibiliza equipe interna de Regulação, 24 horas durante 07 dias da semana, para os atendimentos de urgência e emergência solicitados através do Portal CROSS, de forma ininterrupta.

Situação Pretendida: Manter equipe interna de Regulação, 24 horas durante 07 dias da semana, para os atendimentos de urgência e emergência solicitados pelo Portal CROSS, de forma ininterrupta.

Indicador de Resultado: Relatório de Monitoramento por Central de Regulação de urg/emerg/inter hospitalar.

**Atualizar, diariamente, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, a ocupação dos leitos hospitalares**

Ações para Alcance: Disponibilizar equipe de serviço de internação/recepção para atualização diária da ocupação dos leitos, no Portal CROSS - módulo de leitos.

Situação Atual: Atualiza diariamente a ocupação dos leitos no Portal CROSS - módulo de leitos.

Situação Pretendida: Manter 90% das atualizações esperadas e fornecidas

Indicador de Resultado: Relatório da CROSS do período, informando atualizações esperadas.

**Atualizar, diariamente, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, a recepção dos pacientes agendados.**

Ações para Alcance: Disponibilizar equipe do Serviço de Especialidades e Diagnóstico para informação quanto ao comparecimento/atendimento dos pacientes agendados, no Portal CROSS.

Situação Atual: Informa no Portal CROSS - no módulo ambulatorial, os dados referentes ao comparecimento/atendimento.

Situação Pretendida: Manter 90% das atualizações esperadas e fornecidas

Indicador de Resultado: Relatório da CROSS do período

**Disponibilizar agenda mensal, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe de recepção do Serviço de Especialidades e de diagnóstico para liberação da agenda mensal no Portal CROSS – módulo ambulatorial, conforme cronograma determinado pela CROSS, respeitando as pactuações com o gestor Municipal.

**Situação Atual:** Disponibiliza e libera a agenda mensal no Portal CROSS - no módulo ambulatorial, conforme cronograma determinado pela CROSS.

**Situação Pretendida:** Manter 90% das atualizações esperadas e fornecidas

**Indicador de Resultado:** Relatório da CROSS do período

**Manter a utilização do Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe para atualização e aplicação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de risco, de acordo com a necessidade assistencial do paciente.

**Situação Atual:** Apresenta Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco atualizado e o número de pacientes atendidos segundo sua classificação.

**Situação Pretendida:** Manter a utilização do Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco e sua atualização.

**Indicador de Resultado:** Protocolo implantado e apresentação mensal do número de pacientes atendidos, segundo a classificação.

**Manter a apuração dos Custos por Absorção**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa para acompanhamento de processo de apuração em todos os Centros de Cursos da instituição, com monitoramento mensal dos relatórios apresentados.

**Situação Atual:** Apresenta os relatórios com apuração de custos, conforme preconizado na Resolução SS 02.

**Situação Pretendida:** Manter apresentação dos relatórios com apuração de custos, conforme preconizado na Resolução SS 02.

**Indicador de Resultado:** Relatórios de custos implantados.

**Implementar a Política Estadual de Humanização (PEH)**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar Grupo Técnico de Humanização composto por profissionais de diversas áreas para implementar ações da Política Estadual de Humanização, de acordo com a orientação do Articulador da DRS, tendo em vista os parâmetros da Política Nacional de Humanização.

**Situação Atual:** Apresenta ações da Política Estadual de Humanização realizadas pela Instituição.

**Situação Pretendida:** Manter as ações da Política Estadual de Humanização realizadas pela Instituição.

**Indicador de Resultado:** Relatório de monitoramento do Articulador de Humanização.

**Manter a Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes**

**Ações para Alcance:** Manter a comissão obrigatória ativa de acordo com o cronograma planejado para o Exercício, com análises dos óbitos, de acordo com os parâmetros da CIHDOTT, apresentando relatórios padronizados pela Central de Transplantes da SES/SP.

**Situação Atual:** Apresenta o Relatório monitorado pela Central de Transplante da SES e preenche o formulário FORMSUS

**Situação Pretendida:** Manter o envio do Relatório monitorado pela Central de Transplante da SES e preenchimento do formulário FORMSUS

**Indicador de Resultado:** Relatórios monitorado pela Central de Transplante da SES

**Implementar Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas**

**Ações para Alcance:** Aprimorar em conjunto com a equipe assistencial e administrativa o plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas interno e Externo

**Situação Atual:** Apresenta o Plano de Atendimentos a Desastres e Múltiplas Vítimas atualizado.

**Situação Pretendida:** Assegurar a atualização do Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas.

**Indicador de Resultado:** Apresentação do Plano da Instituição

**Solicitar Licença de Auto de Vistoria junto ao Corpo de Bombeiros - AVCB**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa e técnica para acompanhamento e atualização dos processos de trabalho a fim de solicitar vistoria do Corpo de Bombeiros para liberação do AVCB .

**Situação Atual:** Não apresenta AVCB atualizado

**Situação Pretendida:** Apresentar AVCB com prazos válidos.

**Indicador de Resultado:** AVCB

**Assegurar a atuação das Comissões - Ética Médica, conforme legislação**

**Ações para Alcance:** Manter as Comissões obrigatórias (neste caso, Ética Médica) ativas conforme cronograma planejado para o exercício

**Situação Atual:** Comissão implantada e Atuante. Apresenta os comunicados de realização de reunião, assinadas pelo Presidente da Comissão, bem como o Regimento Interno da referida Comissão de Ética Médica.

**Situação Pretendida:** Apresentar os comunicados de realização de reunião, assinadas pelo Presidente da Comissão, bem como o Regimento Interno da referida Comissão de Ética Médica com a lista de membros atualizada.

**Indicador de Resultado:** Apresentar as atas de reuniões ou relatórios de cada uma das comissões obrigatórias.

**Assegurar o desenvolvimento de Educação permanente - capacitações e treinamentos**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar relatórios onde constem a participação e/ou aplicação de cursos e treinamentos para os profissionais de saúde (qualificação da assistência) ou da administração (qualificação da gestão), conforme Planejamento Anual.

**Situação Atual:** 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO) - Apresentação de ata e listas de presença das capacitações. Previstos: abr=4; mai=4; jun=4; total=12 Realizados:abr=4; mai=4; jun=8; total=16

**Situação Pretendida:** Manter a Política de Educação permanente através de participação de profissionais de saúde em capacitações e treinamentos, conforme Planejamento Anual.

**Indicador de Resultado:** Apresentação de relatório mensal informando os cursos, treinamentos, capacitações realizadas, número de funcionários participantes. Apresentar ainda listas de presença/certificados.

**Manter o Tempo médio de permanência - especialidade clínica abaixo de 7 dias**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa e assistencial para monitorar e acompanhar a gestão dos leitos de internação, com avaliação diária dos pacientes internados.

**Situação Atual:** Apresenta um tempo médio de permanência de 4,45, no período apurado: 2º trimestre de 2019 (abril, maio e junho).

**Situação Pretendida:** Manter o Tempo médio de permanência - especialidade clínica abaixo de 7 dias

**Indicador de Resultado:** Número de pacientes-dia em determinado período / Total de pacientes com saídas no mesmo período

**Manter o Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica abaixo de 7 dias**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa e assistencial para monitorar e acompanhar a gestão dos leitos de internação, com avaliação diária dos pacientes internados.

**Situação Atual:** Apresenta um tempo médio de permanência de 3,31, no período apurado: 2º trimestre de 2019. (abril, maio e junho).

**Situação Pretendida:** Manter Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica abaixo de 7 dias

**Indicador de Resultado:** Número de pacientes-dia em determinado período / Total de pacientes com saídas no mesmo período

**Manter o Tempo médio de permanência - UTI Adulto abaixo de 7 dias**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa e assistencial para monitorar e acompanhar a gestão dos leitos de internação, com avaliação diária dos pacientes internados.

**Situação Atual:** Apresenta um tempo médio de permanência de 6,65, no período apurado: 2º trimestre de 2019. (abril, maio e junho).

**Situação Pretendida:** Manter Tempo médio de permanência - UTI Adulto abaixo de 7 dias

**Indicador de Resultado:** Número de pacientes-dia UTI adulto em determinado período / Total de pacientes (com diária de UTI adulto) com saídas no mesmo período.

**Manter a Taxa de mortalidade institucional abaixo de 3%**

**Ações para Alcance:** "Disponibilizar a Comissão de Óbitos para verificar o quantitativo de internações encerradas por óbito no período em relação ao total de altas hospitalares e causa mortis por faixa etária"

**Situação Atual:** Apresenta taxa de mortalidade com o percentual médio de 6,32%, no período apurado: 2º trimestre de 2019.

**Situação Pretendida:** Reduzir a Taxa de mortalidade institucional para menor ou igual a 3%

**Indicador de Resultado:** Número de óbitos após 24 horas de internação no mês / Total de saídas no mesmo período x 100

**Manter a Incidência de queda de paciente abaixo de 2%**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar o Núcleo de Segurança do Paciente para o acompanhamento diário do Número de quedas em relação ao Número de paciente-dia com avaliação do local, causa e consequência da queda e com apresentação de plano de ação para redução de quedas.

**Situação Atual:** Apresenta índice de queda de 1,48 no período apurado: 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO).

**Situação Pretendida:** Manter a Incidência de queda de paciente menor ou igual a 2%

**Indicador de Resultado:** Número de quedas / Número de paciente dia no mesmo período x 1.000.

**Manter o Índice de uso de sala cirúrgica acima de 3**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar a equipe para monitoramento e gestão da quantidade de cirurgias realizadas para o SUS, Convênios e Particulares e ocupação das 03 salas cirúrgicas disponíveis 24 horas e 07 dias por semana.

**Situação Atual:** Apresenta um índice médio de 1,89, apurado no 2º TRIMESTRE/2019 (ABRIL, MAIO E JUNHO).

**Situação Pretendida:** Manter o Índice de uso de sala cirúrgica maior ou igual a 3

**Indicador de Resultado:** Número de cirurgias realizadas no período / Número de salas cirurgicas X Número de dias do período

**Assegurar a atuação das Comissões - Controle de infecção hospitalar, conforme legislação.**

**Ações para Alcance:** Manter as Comissões obrigatórias (neste caso, CCIH - Controle de Infecção Hospitalar) ativas conforme cronograma planejado para o exercício

**Situação Atual:** Comissão implantada e atuante. Apresenta as atas das reuniões, constando a avaliação dos indicadores da CCIH, lista de presença, timbrada e assinada pelos membros e o Regimento Interno da Comissão e respectiva lista de membros.

**Situação Pretendida:** Manter a CCIH implantada e atuante com apresentação das atas das reuniões referentes aos meses de avaliação, constando a avaliação dos indicadores da CCIH, lista de presença, timbrada e assinada pelos membros, Regimento Interno da Comissão e respectiva lista de membros atualizada.

**Indicador de Resultado:** Atas das reunião realizadas, lista de presença dos membros e Regimento Interno.

**Assegurar a atuação das Comissões Comissões - Óbito, conforme legislação**

**Ações para Alcance:** Manter as Comissões obrigatórias (neste caso, Óbito)ativas conforme cronograma planejado para o exercício

**Situação Atual:** Comissão implantada e atuante. Apresenta atas das reuniões realizadas, assim como o quantitativo de óbitos/mês analisados com causa mortis, diagnóstico principal e análise de prontuários. Lista de presença dos membro e Regimento Interno.

**Situação Pretendida:** Manter a comissão implantada e atuante, com apresentação das atas das reuniões realizadas, assim como o quantitativo de óbitos/mês analisados com causa mortis, diagnóstico principal e análise de prontuários. Lista de presença dos membro e Regimento Interno.

**Indicador de Resultado:** Atas das reunião realizadas, lista de presença dos membros, Regimento Interno e relatório com quantitativo de obitos analisados.

**Assegurar a atuação das Comissões Comissões - Prontuários, conforme legislação**

**Ações para Alcance:** Manter as Comissões obrigatórias (neste caso, Prontuários) ativas conforme cronograma planejado para o exercício

**Situação Atual:** Comissão implantada e atuante. Apresenta as atas das reuniões realizadas nos meses referentes ao período da avaliação, Regimento Interno, bem como a avaliação dos prontuários e as providências tomadas para melhoria no preenchimento e interpretação dos mesmos.

**Situação Pretendida:** Manter a Comissão implantada e atuante, com apresentação das atas das reuniões realizadas, Regimento Interno, bem como a avaliação dos prontuários e as providências tomadas para melhoria no preenchimento e interpretação dos mesmos.

**Indicador de Resultado:** Atas das reunião realizadas, lista de presença dos membros, Regimento Interno e relatório com quantitativo de prontuários analisados.



**Manter atualizada a Licença de Alvará junto à VISA**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar equipe administrativa e técnica para acompanhamento e atualização dos processos de trabalho para solicitação de aprovação de Licença de Funcionamento junto à VISA Municipal.

**Situação Atual:** Apresenta Licença de Funcionamento atualizada.

**Situação Pretendida:** Manter a apresentação de Licença de Funcionamento VISA atualizada.

**Indicador de Resultado:** Licença de Funcionamento VISA atualizada

**Apresentar Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC) superior a 1**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração da Análise Econômica e Financeira com base de 31 de dezembro do ano anterior, que conste aos indicadores de LC-Liquidez Corrente, LG-Liquidez Geral e SG-Solvência Geral.

**Situação Atual:** Disponibiliza o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Situação Pretendida:** Manter a disponibilização do Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Indicador de Resultado:** Balanço Patrimonial e Análise Econômica e Financeira, assinada por Contador da Instituição. LC = Ativo Circulante/Passivo Circulante. LG = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo).

**Apresentar Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG) superior a 1**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração da Análise Econômica e Financeira com base de 31 de dezembro do ano anterior, que conste aos indicadores de LC-Liquidez Corrente, LG-Liquidez Geral e SG-Solvência Geral.

**Situação Atual:** Disponibiliza o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Situação Pretendida:** Manter a disponibilização do Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Indicador de Resultado:** Balanço Patrimonial e Análise Econômica e Financeira, assinada por Contador da Instituição. LC = Ativo Circulante/Passivo Circulante. LG = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo).

**Apresentar Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG) superior a 1**

**Ações para Alcance:** "Disponibilizar o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração da Análise Econômica e Financeira com base de 31 de dezembro do ano anterior, que conste aos indicadores de LC-Liquidez Corrente, LG-Liquidez Geral e SG-Solvência Geral. "

**Situação Atual:** Disponibiliza o Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Situação Pretendida:** Manter a disponibilização do Balanço Patrimonial do ano anterior e a declaração de Análise Econômica e Financeira do ano anterior.

**Indicador de Resultado:** Balanço Patrimonial e Análise Econômica e Financeira, assinada por Contador da Instituição. LC = Ativo Circulante/Passivo Circulante. LG = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo).

**Manter a Relação de enfermeiros leitos acima de 0,36**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar a Relação entre o número total de enfermeiros ligados à área assistencial de internação e o número de leitos. (SUS+Convênio+ Particular).

**Situação Atual:** Apresenta a relação de enfermeiro leito igual 0,22, no período apurado: 2º trimestre de 2019 (abril, maio e junho)

**Situação Pretendida:** Ampliar a Relação de enfermeiros leitos para igual ou superior a 0,36.

**Indicador de Resultado:** Número total de enfermeiros ligados à área assistencial de internação / Número total de leitos

**Implementar a Alta Hospitalar Responsável**

**Ações para Alcance:** Disponibilizar Equipe Assistencial Multidisciplinar para monitorar os protocolos de alta hospitalar qualificada para as áreas de clínica médica (com ênfase em hipertensão e diabetes) e de assistência materno-infantil (com ênfase na gestante e recém-nascido de risco). Implementar o protocolo, garantindo a continuidade do cuidado conforme fluxo definido em conjunto com o Gestor Municipal.

**Situação Atual:** Utiliza Protocolo de Alta Hospitalar Responsável, com fluxograma e encaminhamento dos usuários à rede básica ou especializada para continuidade do cuidado e monitoramento dos casos. Disponibiliza equipes da Santa Casa para discussões e acompanhamento dos casos.

**Situação Pretendida:** Manter a utilização do Protocolo de Alta Responsável, com fluxograma e encaminhamento dos usuários à rede básica ou especializada para continuidade do cuidado e monitoramento dos casos. Disponibilizar equipes da Santa Casa para discussões e acompanhamento dos casos.

**Indicador de Resultado:** Itens implantados ou em implantação

**Apresentar Indicadores de infecção hospitalar**

**Ações para Alcance:** Enviar os Indicadores de vigilância das infecções hospitalares padronizado pelo CVE. (Mensal e com data)

**Situação Atual:** Apresentada as planilhas dos indicadores de I.H. referentes aos meses avaliados. O envio das mesmas segue fluxo estabelecido e ocorre dentro do prazo. Período apurado: 2º trimestre de 2019.

**Situação Pretendida:** Manter a apresentação dos Indicadores de infecção hospitalar à VE Municipal conforme cronograma estabelecido.

**Indicador de Resultado:** Apresentar o relatório enviado à VE Municipal.

**ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO**

Ordem	Etapa	Duração	Descrição
1	Aquisição de Materiais de Consumo - Medicamentos	0	Aquisição de Medicamentos: Analgésico, Análogo da Prostaglandina, Anestésico, Antibióticos, anticonvulsivante, antiemético, anti-hipertensivo, anti-inflamatório, antitrombótico, antiulcera, bloqueador neuromuscular e relaxante muscular, expansor de volume plasmático, imunoglobulina, nutrição parenteral, sedativo, supressor hormônio do crescimento, vasodilatador, vasopressor.
2	Pagamento de prestação de serviços	0	Pagamento de serviço de terceiro: Hemodinâmica, Banco de Sangue, Laboratório de análises, Fisioterapia, Técnicos Raio-x, Diagnóstico por imagem e plantões médicos
	Aquisição de		



# SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS

## Plano de Trabalho para Formalização de Convênio

Ordem	Etapa	Duração	Descrição
3	Materiais de Consumo - Materiais Hospitalares	0	Aquisição de material de consumo: Materiais Hospitalares: Materiais de cobertura, Luvas seringas e agulhas , materias de punção .incisão e sutura, antissepticos , dispositivos de infusão, materiais para esterilização e saniantes.

### PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1	CUSTEIO	Medicamentos	Aquisição de Materiais de Consumo - Medicamentos	0,00	0,00	2.493.023,52	17,50
2	CUSTEIO	Serviço prestado por Pessoa Jurídica	Pagamento de prestação de serviços.	0,00	0,00	9.259.776,95	64,99
3	CUSTEIO	Material Médico e Hospitalar	Aquisição de Materiais Hospitalares	0,00	0,00	2.493.023,52	17,50
				0,00	0,00	14.245.823,99	99,99

### CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total Desembolso
1	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
2	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
3	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
4	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
5	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
6	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
7	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
8	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
9	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
10	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
11	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
12	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
13	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
14	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
15	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
16	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
17	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
18	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
19	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
20	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
21	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
22	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
23	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
24	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
25	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
26	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
27	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
28	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00

	14.245.824,00	99,84	0,00	0,00	14.245.823,99	99,36	14.245.823,99
--	---------------	-------	------	------	---------------	-------	---------------



# SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS

## Plano de Trabalho para Formalização de Convênio

Santa Casa  
Carolina

Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total Desembolso
29	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
30	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
31	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
32	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
33	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
34	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
35	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
36	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
37	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
38	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
39	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
40	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
41	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
42	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
43	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
44	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
45	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
46	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
47	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
48	296.788,00	2,08	0,00	0,00	296.788,00	2,07	296.788,00
	14.245.824,00	99,84	0,00	0,00	14.245.823,99	99,36	14.245.823,99

### PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: A partir da data de assinatura do Ajuste

Término: 31/12/2024

### RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO

CPF	Nome da Pessoa	Função	Cargo	Email
173.825.418-60	JOSUE ALBERTO DE MELO JUNIOR	Administrador Local Beneficiário	GERENTE HOSPITALAR	

### DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, DECLARO, para fins de prova junto à Secretária de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma de Plano de Trabalho.

### ASSINATURAS DIGITAIS

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

Data Assinatura	CPF	Nome da Pessoa	Entidade	Cargo
Nenhuma Assinatura Registrada!				

Plano de Trabalho emitido pelo sistema SANI - SES/SP.