



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
1 A01. CNES Atualizado	PERTINENTE	3,00	3,00	Os relatórios de alterações gerados pelo CNES foram anexados pela unidade, sendo que no mês de Abril a última atualização local ocorreu em 11/05/2018, no mês de maio ocorreu em 12/06/2018 e no mês de junho ocorreu em 08/07/2018. Os relatórios gerados pela Instituição foram anexados no Portal CROSS, no mês de Abril datado de 29/05/2018, no mês de maio datado de 25/06/2018 e no mês de junho datado de 18/07/2018 com alterações em RH e leitos; Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES. Em relação aos serviços contratados e próprios ainda consta divergência de dados, porém a instituição vem trabalhando para a atualização.
2 A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 644 AIHs, das quais 531 possuem CID secundário, o que representa 82,45%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
3 A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 596 AIHs, das quais 586 possuem CID secundário, o que representa 98,32%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
4 A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.121 AIHs, das quais 1.095 possuem CID secundário, o que representa 97,68%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
5 A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.079 AIHs, das quais 843 possuem CID secundário, o que representa 78,13%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
6 A03. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado foram realizadas 179 atualizações no Portal CROSS da 182 esperadas, atingindo o percentual de 98,35%.
7 A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana	PERTINENTE	5,00	2,00	No trimestre avaliado, das 846 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 595 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 70,33%.
8 A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de internações foi 1.633 sendo que 1.633 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 100%.
9 A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de agendamento foi de 13.761, destes, 13.716 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,67%.
10 A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 17.857 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo que 17.892 foi o total de agendas disponibilizadas no período, o que representa 99,80%.
11 A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no portal o protocolo de ACCR elaborado em 05/2014, realizada revisão em 02/2018, gráficos com números e percentuais de atendimentos distribuídos segundo a Classificação de Risco e município de origem do paciente, carimbados e assinados. De acordo com os relatórios anexados no Portal CROSS, no período foram atendidos no Serviço de Urgência da Instituição: 15.548 pacientes, sendo: 89 (0,57%) Emergências; 1910 (12,23%) Muito Urgentes; 5.724 (36,67%) Urgentes; 7.192 (46,07%) Pouco Urgentes; 223 (1,42%) Não Urgentes e 410 (2,64%) Situações incompatíveis. No trimestre observa-se que 50% dos atendimentos foram para situações de emergências, muito urgentes e urgentes e 50% foram referentes atendimentos em situações de pouco urgência, não urgentes e situações incompatíveis.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
12 A09. Alta Hospitalar Responsável	PERTINENTE	2,00	2,00	Após verificação dos itens propostos para a avaliação deste indicador considerou-se que o Indicador A.9 ? Alta Responsável encontra-se ?implantado? Justificativa: A Equipe de Alta Responsável da Santa Casa de São Carlos demonstra importante empenho e dedicação em termos da revisão dos processos de trabalho da equipe hospitalar e dos seus processos de alta especificamente. A Equipe Multiprofissional vem apresentando um árduo exercício de desenvolvimento para implementação da Clínica Ampliada, elaboração e consolidação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Acolhimento processual do paciente, família e rede social afetiva, desde sua entrada na instituição, no período de internação e de acordo com o PTS, no pós-alta também. A Gestão tem demonstrado apoio à Equipe de Alta e evidencia o empenho da instituição no compromisso da Alta Responsável e da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. A instituição vem demonstrando avanços no processo de organização interna e externa e apresentando resultados positivos da implementação do indicador. O indicador está implantado.
13 A10. Custos por Absorção	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou no Portal planilha da Planisa referente aos custos por absorção do trimestre e de acordo com o solicitado no indicador.
14 A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	Avaliação Geral : Considerando os critérios dos indicadores pelo Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP e após análise em relação à Política Estadual de Humanização, avaliamos que as ações referentes ao Indicador A.11 encontram-se implantado Justificativa: A instituição tem enfrentado alguns desafios estruturais e institucionais, houve mudanças na gestão local, entretanto a equipe avalia como saldo positivo e com boas perspectivas o que as mudanças poderão propiciar. Ressalta-se o empenho da equipe multidisciplinar junto ao CIH na implementação das ações preconizadas pela Política de Humanização, bem como um investimento significativo em relação à diretriz e ao dispositivo Acolhimento, como força no processo de produção do cuidado e qualificação da assistência. Entretanto, um contínuo investimento na ampliação / apropriação do conhecimento e disseminação das Políticas de Humanização na instituição.
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	1,00	No período avaliado das 3.443 AIHs apresentadas, 2.729 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 79,26%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais estando os mesmos identificados e assinados.
16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3.178 APACs apresentadas, 3.108 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 97,80%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais estando os mesmos identificados e assinados.
17 A14. Caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem	PERTINENTE	2,00	2,00	Durante o período avaliado foram analisadas pela Equipe de Auditoria da SMS de São Carlos 3.443 AIHs, das quais 3.192 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 92,71%.
18 A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	De acordo com o regimento interno, no mês de Abril não ocorreu reunião devido a mesma ser bimestral. No mês de Maio e Junho as reuniões ocorreram em 23/05/2018 e 20/06/2018. A instituição anexou no Portal CROSS Relatório e Ata da reunião, lista de presença, Regimento e Certificado da Comissão no CRM. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	A Comissão é atuante, porém as Atas das reuniões anexadas não são do referido mês avaliado. A comissão reuniu-se em 23/05/2018, 19/06/2018 e 17/07/2018. As atas estão assinadas e carimbadas, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão e gráficos dos indicadores de infecção hospitalar. A Instituição foi orientada em avaliações anteriores a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de Abril deve ser anexada no Portal no próprio mês. Cabe informar a Instituição, a importância de anexar a ata referente ao mês avaliado, se a reunião ocorreu em abril, o mês de referência da mesma é abril. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas e listas de presença, porém os documentos anexados, não se refere ao, período avaliado. Referem-se às reuniões ocorridas em 23/05/2018, 26/06/2018 e 24/07/2018. A Instituição foi orientada em avaliações anteriores a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de Abril deve ser anexada no Portal no próprio mês. Cabe informar a Instituição, a importância de anexar ata referente ao mês avaliado, se a reunião ocorreu em abril, o mês de referência da mesma é abril. Considerando que a Comissão de Óbito vem se reunindo sistematicamente, consideramos que a mesma é atuante.
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	A Comissão é atuante, porém as Atas das reuniões anexadas não são do referido mês avaliado. A comissão reuniu-se em 21/05/2018, 22/06/2018 e 23/07/2018. A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, atas das reuniões e lista de presença. A Instituição anexou em Abril a Ata da reunião realizada em Maio, e assim sucessivamente. A Instituição foi orientada a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de Abril deve ser anexada no Portal no próprio mês. Considerando que a Comissão vem se reunindo sistematicamente, entendemos que a mesma é atuante.
22 A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	PERTINENTE	2,00	2,00	
23 A17. Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição inseriu no sistema o Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com múltiplas vítimas nos três meses, contemplando eventos externos e internos. Plano elaborado em 04/2014, revisado em 03/2018. Documento anexado em papel timbrado da Instituição, assinado e carimbado.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A instituição anexou no portal CROSS no mês de Abril, Alvará com data de validade em 05/04/2019 e Protocolo de Renovação da Licença de Funcionamento. Nos meses de Maio e Junho foi anexado no Portal Cross, Licença de Funcionamento expedida pela VISA local com validade até 06/02/2019.
25 A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB	PERTINENTE	1,00	0,00	A instituição não possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB). A instituição apresentou Cronograma de Execução do Projeto Técnico com as etapas no trimestre avaliado.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, das 2.117 cirurgias agendadas, 126 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 5,95%. Vale informar que no mês de abril houve 02 cancelamentos em virtude de duplicidade de agendamento para o mesmo paciente que foram considerados como motivos administrativos, entretanto nos meses de maio e junho a mesma situação ocorreu, sendo considerado como motivos relacionados ao paciente. A Comissão entendeu que tal cancelamento se enquadra em motivos administrativos. Portanto, segue abaixo os dados que devem ser considerados na avaliação: Abril: 759 cirurgias agendadas no período, 30 cirurgias suspensas, totalizando 3,95% de cirurgias suspensas no período. Maio: 587 cirurgias agendadas no período, 58 cirurgias suspensas, totalizando 9,88% de cirurgias suspensas no período. Junho: 771 cirurgias agendadas no período, 45 cirurgias suspensas, totalizando 5,84% de cirurgias suspensas no período. No período avaliado, das 2.117 cirurgias agendadas, 133 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 6,28%.
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	0,00	Ao analisar os dados emitidos pela CROSS observa-se que persiste o alto índice de recusa quando da solicitação pela Central de Regulação de Urgências. No período avaliado das 846 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 798 o que representa um percentual de recusa de 94,33% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador. A Instituição solicita que as solicitações de urgência da microrregulação sejam computadas neste indicador.
28 A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 127 solicitações da Central de Urgência, 10 foram vaga zero, correspondendo a 7,87%.
29 A22. Educação permanente - capacitações e treinamentos	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição anexou listas de presença dos treinamentos realizados no período avaliado, contendo os temas abordados. Foram anexados treinamentos de Educação Continuada e Permanente, sendo reforçada a necessidade da instituição manter a abordagem dos temas relevantes para o processo do trabalho, ampliando o leque das abordagens em educação permanente.
30 A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	2,00	Liquidez Corrente ? Foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2017, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2017 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2017. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 48.815.876,10/ 45.587.625,46= 1,07%.
31 A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	Foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2017, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2017 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2017. A Instituição justifica que o não atendimento do índice de liquidez geral pela Entidade se deve ao fato de que para o atendimento de todas as suas operações objeto de seu Estatuto Social, com a grave crise financeira e a falta de recursos para o Terceiro Setor durante os últimos anos, a Entidade se viu na necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos, elevando com isso sua dívida no longo prazo, fato que dificulta o atendimento do índice de liquidez geral. Com isso, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente. LG (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 75.185.075,99/ 104.262,225,38= 0,72%.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	Foi anexado a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2017. SG - Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 151.132.805,64/ 104.262.225,38 = 1,45%.
33	A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	0,00	A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros no período avaliado, divergentes com o CNES, visto que no CNES constam 96 enfermeiros e no relatório um total de 123 enfermeiros. Cabe destacar que a Instituição arrendou à Unimed Instalações hospitalares conforme consta no Contrato anexado no Portal. A UNIMED disponibiliza 27 enfermeiros que estão alocados na Instituição e não fazem parte do quadro de profissionais da mesma. Considerando os 27 enfermeiros da Unimed somados ao número de enfermeiros constantes no CNES, totalizam 123 enfermeiros e o número de leitos da Instituição, no trimestre a relação enfermeiros assistenciais / leitos corresponde a 0,35. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados.

SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
34	B01. Taxa de alcance da produção conveniada/contratada	PERTINENTE	3,00	0,00	A Comissão entende que a Instituição em conjunto com a gestão municipal deve avaliar quais os motivos para o baixo desempenho alcançado no indicador. Todos os relatórios estão devidamente identificados assinados e carimbados. No período avaliado a Instituição obteve a seguinte pontuação: $(16+15+17)/(34+34+34) \times 100 = 47,06\%$.
35	B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	PERTINENTE	3,00	2,00	A Instituição informou conforme anexos o total de 7.722 paciente/dia de 10.191 leitos/dia, que corresponde a 75,77% de ocupação das referidas clínicas. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
36	B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado houve um total de 1.266 pacientes/dia e 1.365 leitos/dia, que corresponde a 92,75% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 2.963 pacientes/dia e 1.274 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,33 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 4.759 pacientes/dia e 1.871 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,54 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 1.266 pacientes/dia e 355 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,57 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	1,00	No período avaliado, houve 233 óbitos e 5.448 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,28%. A Instituição anexou em todos os meses relatórios conforme recomendação do NTE, indicando separadamente os óbitos por tipo de convênio. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
41	B08. Indicadores de infecção hospitalar	PERTINENTE	2,00	2,00	Foram anexadas mensalmente as planilhas da CCIH encaminhadas para o GVE XII de Araraquara com comprovante de envio através de email
42	B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou os relatórios informando que de 13.633 pacientes/dia, ocorreram no período 07 quedas o que representa 0,51. Os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados, constando os motivos e as ações implementadas
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, a instituição informou que houve 3.166 saídas ? SUS com 664 leitos onde obteve um índice de rotatividade de 4,77. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	No trimestre avaliado foram realizadas 3.241 cirurgias e disponibilizadas 1.001 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 3,24. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que de acordo com visita técnica pela equipe de Auditoria do DRS III realizada em 08/08/2018, observa-se que os totais de leitos bem como equipamentos estão atualizados. A instituição informa e apresenta protocolo enviado à Secretaria Municipal de Saúde, datado de 20/07/2018, solicitando a atualização no CNES.
TOTAL			103,00	83,00	
				80,58%	

Observações da Comissão



Observações da Comissão

A Comissão reforça a importância do Programa Santas Casas SUSstáveis para a gestão (municipal, estadual e hospitalar), tanto na questão financeira quanto na qualidade dos processos de trabalho e ampliação do acesso, por este fato alerta sobre a necessidade de um olhar criterioso/cuidadoso na alimentação do sistema e no anexar dos documentos, que podem interferir no alcance das metas da Instituição.