



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 do CNES foram anexados pela unidade no mês de julho, sendo a data da última atualização nacional em 20/08/2017 e a local na data de 02/08/2017, alteração somente em RH; no mês de agosto a data da última atualização nacional foi 11/09/2017, sendo a local na data de 02/08/2017, não havendo alteração neste período e no mês de setembro a data da última atualização nacional foi 03/10/2017, sendo a local na data de 02/08/2017, com alteração em RH. Cabe ressaltar que a Instituição realizou as alterações nos três meses na data de 02/08/2017 o que demonstra a não atualização da estrutura da unidade contrariando orientações da Portaria SAS nº portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014. A Comissão orienta que a Instituição atenda ao preconizado na referida Portaria .
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 219 AIHs, das quais 194 possuem CID secundário, o que representa 88,58%. 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 562 AIHs, das quais 549 possuem CID secundário, o que representa 97,69%. 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 1.059 AIHs, das quais 1.032 possuem CID secundário, o que representa 97,45%. 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 1367 AIHs, das quais 1088 possuem CID secundário, o que representa 75,59%. 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 181 atualizações no Portal CROSS, sendo que das atualizações esperadas foram realizadas 184, atingindo o percentual de 98,36%.
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 712 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 551 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 77,39%.
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 1.829, sendo que 1.822 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,62 %.
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 13.178, destes, 13.121 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 99,57%.
10	A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o trimestre avaliado foram disponibilizadas 17.605 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS e destas 17.605 foram dentro do prazo estabelecido, correspondendo a 100%.
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, com previsão de revisão para 02/2018, gráfico com número e percentual de atendimentos distribuídos segundo a Classificação de Risco Protocolo de Manchester, carimbados e assinados. De acordo com os relatórios anexados no Portal CROSS, no período foram atendidos no Serviço de Urgência da Instituição: 14.962 pacientes, sendo: 108 (1%) Emergências, 1.410 (9%) Muito Urgentes, 6.157 (41%) Urgentes, 6.617 (44%) Pouco Urgentes, 350 (2%) Não Urgentes e 320 (2%) Situações incompatíveis. Observa-se que 51% dos atendimentos foram caracterizados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 49% como Pouco Urgentes e Não Urgentes e Situações Incompatíveis. A Comissão Técnica de Avaliação Regional recomenda, por orientação do NTE, que a Instituição reveja a qualidade dos relatórios, visando o aprimoramento da análise do ponto de vista qualitativo.



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?. A Santa Casa de São Carlos têm Implantado todos os dispositivos que compõem o Indicador A9 e demonstra um importante empenho na avaliação e monitoramento destes dispositivos. Cabe ressaltar a necessidade de desenvolvimento e qualificações das ações que fortaleçam os processos em rede interna e externa.
13	A10. Custos por Absorção	NÃO PERTINENTE	2,00	1,00	A instituição anexou no Portal planilha da Planisa referente aos custos por absorção por trimestre e de acordo com o solicitado no indicador, entretanto os dados se referem a períodos que não condizem com o avaliado contrariando a Resolução SS - 2, de 1-2-2017 que destaca que os valores devem ser informados por competência, ou seja, mensalmente. No trimestre anterior já havia sido realizada, pela Comissão, a recomendação que a planilha seja anexada referente ao mês avaliado, entendendo assim, que o resultado para este indicador encontra-se em implantação, de acordo com a avaliação do Núcleo Técnico Executivo Estadual.
14	A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	Foi anexado o relatório de Monitoramento do Articulador de Humanização do DRSIII, onde consta a evolução da implantação/implementação das ações em consonância com a Política Estadual de Humanização. 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. A instituição tem enfrentado algumas mudanças do ponto de vista estruturais e institucionais, inclusive com perda significativa de funcionários, o que tem impactado diretamente na qualidade da assistência prestada. Entretanto, conta com uma equipe envolvida e dedicada para a implementação de ações de humanização, estando imbuídos no processo de qualificação destas ações.
15	A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3.207 AIHs apresentadas, 2.649 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 82,60%. 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 3.245 APACs apresentadas, 3.176 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 97,87 %. 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 3.207 AIHs, das quais 2.964 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 92,42%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
18	A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	Comissão de Ética Médica ? Referente Julho/2017, a instituição anexou no Portal CROSS a pauta/ata da reunião que ocorreu em 19/07/2017. No mês de agosto anexada pauta/ata da reunião realizada em 09/08/2017 e em setembro anexada pauta/ata da reunião realizada em 20/09/2017. Cabe destacar que de acordo com a Resolução CFM 2.152/2016 que aponta impedimentos de profissionais para candidatarem-se ao processo eleitoral da Comissão de Ética Médica, a Comissão de Avaliação solicita que sejam incluídos na ata, quando da assinatura da mesma, a descrição da ocupação dos profissionais na Instituição.
19	A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	A Comissão reuniu-se em 20/07/2017, 23/08/2017 e 21/09/2017. A Instituição anexou as atas assinadas e carimbadas, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão e gráficos dos indicadores de infecção hospitalar no período avaliado.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
20 A15.3. Comissões - Óbito	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma de reuniões e as atas referente ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 30/07/2017, 31/08/2017. No mês de setembro não houve reunião, conforme verificado em visita "in loco", realizada em 09/10/2017 para Avaliação do Programa Pró Santa Casa, no qual a Instituição participa. Salienta-se que no corpo da ata anexada no Portal CROSS, referente ao mês de setembro, a data é 23/09, no cabeçalho e na lista de presença consta a data de 23/10. Segundo a Instituição, através de email datado de 01/11/2017, a mesma está passando por um processo de remodelação de todas as comissões obrigatórias. Ressalta-se que todas as atas estão devidamente identificadas e assinadas pelos representantes da Comissão. Cabe destacar a necessidade de revisão do cronograma de reuniões anexado, visto que no período avaliado, nenhuma das reuniões ocorreram conforme o mesmo. Apesar dos apontamentos, entendemos que a Comissão é atuante, considerando que a mesma vem se reunindo sistematicamente.
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma anual de reuniões e atas referentes ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 19/07/2017, 28/08/2017 e 20/09/2017.
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, elaborado em Janeiro de 2014, estando na terceira revisão realizada em março de 2017 e com previsão de nova revisão para março de 2018. Todos os documentos estão devidamente identificados e assinados.
24 A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A Instituição inseriu a licença de funcionamento expedida pela VISA municipal com vigência até 06/02/2018 nos meses avaliados.
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 anexou no portal CROSS documento datado de fevereiro de 2016 contendo número de projeto arquitetônico referente ao aumento de área construída. Documento atualizado em janeiro de 2017 constando situação atual da Santa Casa em relação a prevenção e combate a incêndio na edificação, relação de necessidade para obtenção do AVCB e cronograma de execução do projeto técnico com as respectivas fases de implantação. Anexou ainda o protocolo FAT - Resposta do Formulário de atendimento do 9º Grupamento de Bombeiros, onde consta a aprovação do projeto bem como do cronograma de execução do mesmo, sendo previsto para junho de 2017 o término do projeto, agosto de 2017 a visita do Corpo de Bombeiros e para 30 de setembro de 2017 as adequações das solicitações exigidas no relatório final e ainda manutenção/empresa contratada. Cabe destacar que no documento anexado não consta se o projeto foi concluído em agosto/2017, conforme previsto, e se houve a visita do Corpo de Bombeiro em 30 de setembro. A Comissão orienta a Instituição para na próxima avaliação, colocar no sistema documentos com dados atualizados.
26 A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado, das 1.975 cirurgias agendadas, 147 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 7,44%.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
27	A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulacao	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 712 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 677 o que representa um percentual de recusa de 95,08% 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	NÃO PERTINENTE	5,00	5,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 92 solicitações da Central de Urgência, 12 foram vaga zero, correspondendo a 13,04%. A Comissão de Avaliação discorda destes números visto que o denominador utilizado pela CROSS, diverge da descrição do mesmo na Resolução SS-02, de 01-02-2017 (Total de solicitações de atendimento mediadas pela Central de Regulação no mesmo período). Considerando a Resolução, pelo entendimento da Comissão, o valor do denominador a ser utilizado deve ser o mesmo do Indicador A20, visto que a nomenclatura é a mesma. Em avaliações anteriores esta discordância da comissão já foi apontada. Diante disso, os dados a serem considerados devem ser: Julho - 326 solicitações reguladas, 6 vagas zero, totalizando 1,84% vagas zero Agosto - 219 solicitações reguladas, 1 vaga zero, totalizando 0,46% vagas zero Setembro - 167 solicitações reguladas, 4 vagas zero, totalizando 2,40% vagas zero Assim, do total de 712 solicitações, houve 12 vagas zero, o que corresponde a 1,69% de vaga zero no período avaliado, alcançando o score máximo, ou seja, 05 pontos.
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	0,00	No trimestre avaliado foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, 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 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. LC (Ativo Circulante/Passivo Circulante): 53.227.835,63/ 54.066.664,85= 0,98%.
31	A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	No trimestre avaliado foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, 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 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. 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): 79.125.119,22/ 103.008,258,16= 0,77%.



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	No trimestre avaliado 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 2016. SG - Ativo Total / (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo): 156.098.459,80/ 103.008.258,16 = 1,52%.
33 A24. Relação de enfermeiros leitos	PERTINENTE	2,00	2,00	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, totaliza 123 enfermeiros, o que corresponde a 0,37 enfermeiros.

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: $(10+13+13)/(34+34+34) \times 100 = 35,29\%$.
35 B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica)	NÃO PERTINENTE	3,00	2,00	A Instituição apresentou os anexos com o total de 8.706 paciente/dia de 10.738 leitos/dia, que corresponde a 81,08% de ocupação das referidas clínicas. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. Cabe destacar que no mês de julho os dados referente aos números de leitos/dia estão divergentes com o CNES. A comissão confrontou os relatórios apresentados pela instituição com as informações do CNES, verificando divergências no quantitativo de leitos/dia por especialidade, considerando que a Instituição possui 69 (60 Clínica Geral e 9 Neonatologia) leitos SUS de Clínica Médica e 52 leitos Cirúrgicos SUS, diferente do apontado nos relatórios anexados, onde a Instituição informa que possui 66 leitos SUS de Clínica Médica e 52 leitos Cirúrgicos SUS, de acordo com CNES, porém no mês de julho os números divergem, visto que a Instituição erroneamente contabilizou 30 dias e não 31, segue abaixo os dados corretos: 69 leitos de Clínica +52 Leitos Cirúrgicos = 121 leitos Julho ? 2.705 pacientes-dia, 3.751 leitos-dia (2.139 Clínica Médica + 1.612 Cirúrgicos), apresentando uma taxa de 77,90%. Agosto ? 3.043 pacientes ? dia, 3.751 leitos-dia (2.139 Clínica Médica + 1.612 Cirúrgicos), apresentando taxa de 87,64% Setembro ? 2.958 pacientes ? dia, 3.360 leitos-dia (2.070 Clínica Médica + 1.560 Cirúrgicos), apresentando taxa de 97,69%. Considerando 121 leitos (69 leitos de Clínica +52 Leitos Cirúrgicos) no trimestre a Instituição apresentou o total de 8.706 paciente/dia de 10.862 leitos/dia, que corresponde a 80,15% de ocupação das referidas clínicas. A Instituição foi orientada a adequar os relatórios apresentados, com os dados do CNES. Os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
36 B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto	NÃO PERTINENTE	3,00	0,00	No período avaliado houve um total de 1.363 pacientes/dia e 1.380 leitos/dia, que corresponde a 98,77% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. Cabe destacar que os dados referentes a pacientes dia divergem com os apresentados no indicador B06. Esta situação acontece nos meses de julho e agosto/2017. Considerando as divergências nos relatórios anexados, visto que os dados são conflitantes, a Comissão entende que a análise do indicador fica prejudicada.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 3.600 pacientes/dia e 1.449 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,48 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
38	B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 5.106 pacientes/dia e 1.867 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,73 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	NÃO PERTINENTE	2,00	0,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 1.413 pacientes/dia e 326 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,33 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. Cabe destacar que os dados referentes a pacientes dia divergem com os apresentados no indicador B03. Esta situação acontece nos meses de julho e agosto/2017. Considerando as divergências nos relatórios anexados, visto que os dados são conflitantes, a Comissão entende que a análise do indicador fica prejudicada.
40	B07. Taxa de mortalidade institucional	PERTINENTE	2,00	1,00	No período avaliado, houve 259 óbitos e 5.376 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,71%. A Instituição anexou no mês de setembro o relatório 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 14.427 pacientes/dia, ocorreram no período 07 quedas o que representa 0,48. Nos relatórios 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 houve 3.162 saídas ? SUS com 630 leitos, portanto, a Instituição obteve um índice de rotatividade de 5,02. Cabe destacar que os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	No trimestre avaliado foram realizadas 3.236 cirurgias e disponibilizadas 1.012 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 3,20. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
TOTAL			103,00	79,00	
				76,70%	

Observações da Comissão

A Comissão enfatiza o monitoramento sistemático como uma ferramenta importante para a gestão tanto hospitalar quanto municipal, visto que os indicadores refletem os processos desenvolvidos em todos os âmbitos.