



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 Outubro, sendo a data da última atualização nacional em 04/11/2017 e a local na data de 02/08/2017, alteração somente em RH; no mês de Novembro a data da última atualização nacional foi 03/12/2017, sendo a local na data de 27/11/2017, alteração somente em RH e no mês de Dezembro a data da última atualização nacional foi 08/01/2018, sendo a local na data de 18/12/2017, com alteração em RH e equipamentos. Foram anexados também relatórios gerados pela própria Instituição datados de: 31/10/2017, 06/12/2017 e 22/12/2017, contendo alterações de RH e Equipamentos.   |
| 2   | A02.1. CID secundário informado - Pediatria  | PERTINENTE    | 1,00             | 1,00      | Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 164 AIHs, das quais 138 possuem CID secundário, o que representa 84,15%. 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 424 AIHs, das quais 413 possuem CID secundário, o que representa 97,41%. 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 1.085 AIHs, das quais 1.054 possuem CID secundário, o que representa 97,14%. 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 1.396 AIHs, das quais 1.062 possuem CID secundário, o que representa 76,07%. 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 182 atualizações no Portal CROSS, sendo que das atualizações esperadas foram realizadas 184, atingindo o percentual de 98,91%.   |
| 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 753 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência 594 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de 78,88%. Cabe destacar que no território do DRS a micro regulação está em funcionamento desde abril de 2016, entretanto não conseguimos identificar nos dados da CROSS as solicitações que por ela são efetuadas, o que alteraria de forma significativa o alcance da meta, de forma positiva.   |
| 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 1.716 sendo que 1.707 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,48%.   |
| 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 internações foi 1.716 sendo que 1.707 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,48%.   |
| 10  | A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial   | PERTINENTE    | 5,00             | 5,00      | Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 16.965 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS no prazo estabelecido, sendo 17.609 o total de agendas disponibilizadas no período o que representa 96,34%.   |
| 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, gráficos com números e percentuais 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: 17.873 pacientes, sendo: 94 (0,53%) Emergências; 1.612 (9,02%) Muito Urgentes; 6.179 (34,57%) Urgentes; 8.495 (47,53%) Pouco Urgentes; 1.179 (6,60%) Não Urgentes e 314 (1,76%) Situações incompatíveis. Observa-se que 44,12% dos atendimentos foram caracterizados como Emergência, Muito Urgente e Urgente e 55,88% como Pouco Urgentes e 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      | 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 deste dispositivo.  |
| 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 a Comissão já havia recomendado, que a planilha anexada seja 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      | 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 dificuldades do ponto de vista estruturais e institucionais. 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)    | NÃO PERTINENTE | 3,00             | 3,00      | No período avaliado das 3.069 AIHs apresentadas, 2.504 corresponde ao mês de referência, o que representa um percentual de 81,59%. 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 3.373 APACs apresentadas, 3.311 corresponde ao mês subsequente à realização do procedimento, o que representa um percentual de 98,16%. 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 3.069 AIHs, das quais 2.803 possuem caracterização correta em relação ao Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 91,33%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.   |
| 18 A15.1. Comissões - Ética Médica  | PERTINENTE     | 0,50             | 0,50      | No mês de Outubro, a instituição anexou no Portal CROSS relatório da reunião que ocorreu em 25/10/2017. Nos meses de Novembro e Dezembro anexou relatório da mesma reunião realizada em 06/12/2017.   |
| 19 A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar   | PERTINENTE     | 0,50             | 0,50      | A Comissão reuniu-se em 18/10/2017, 22/11/2017 e 19/12/2017. 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.   |
| 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 28/11/2017, 22/12/2017 e 24/01/2018. A Instituição anexou em outubro a Ata da reunião realizada em novembro, e assim sucessivamente. A Instituição foi orientada a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de outubro deve ser anexada no Portal no próprio mês. Considerando que a Comissão de Óbito vem se reunindo sistematicamente, consideramos que a mesma é atuante.   |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão |   | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação   |
|---|---|---------------|------------------|-----------|--|
| 21  | A15.4. Comissões - Prontuários  | 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 28/11/2017, 19/12/2017 e 16/01/2018. A Instituição anexou em outubro a Ata da reunião realizada em novembro, e assim sucessivamente. A Instituição foi orientada a anexar a Ata no mês correto, ou seja, a reunião que foi realizada no mês de outubro deve ser anexada no Portal no próprio mês. Considerando que a Comissão de Prontuário vem se reunindo sistematicamente, consideramos 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, elaborado em Janeiro/2014, estando na terceira revisão realizada em Março/2017 e com previsão de nova revisão para Março/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 no mês de outubro, documento datado de fevereiro de 2016, atualizado em 26/11/2017, contendo número de projeto arquitetônico (166645/3548906/2015) referente ao aumento de área construída. No documento consta a 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 28/02/2018 início da execução do projeto, 30/06/2018 previsão para término do projeto, 01/07/2018 solicitação de vistoria do Corpo de Bombeiros após a execução do projeto, 01/08/2018 vistoria das instalações pelo Corpo de Bombeiros, 01/09/2018 relatório final do Corpo de Bombeiros e 01/10/2018 adequação das solicitações exigidas no relatório final, caso necessário. Nos meses de novembro e dezembro a Instituição anexou cronograma antigo. A Comissão orienta a Instituição para na próxima avaliação, colocar no sistema documentos com dados atualizados em todos os meses. |
| 26  | A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais) | PERTINENTE    | 2,00             | 2,00      | No período avaliado, das 2.095 cirurgias agendadas, 101 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 4,82%.  |
| 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 753 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 704 o que representa um percentual de recusa de 93,49% 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.   |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão         | Avaliado Como  | Pontos Possíveis | Resultado | Observação   |
|---|----------------|------------------|-----------|--|
| 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 116 solicitações da Central de Urgência, 13 foram vaga zero, correspondendo a 11,21%. 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: Outubro - 258 solicitações reguladas, 3 vagas zero, totalizando 1,16% vagas zero Novembro - 225 solicitações reguladas, 5 vagas zero, totalizando 2,22% vagas zero Dezembro - 270 solicitações reguladas, 5 vagas zero, totalizando 1,85% vagas zero Assim, do total de 753 solicitações, houve 13 vagas zero, o que corresponde a 1,73% 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%. |
| 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%.  |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação  |
|---|---------------|------------------|-----------|---|
| 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: $(12+11+16)/(34+34+34) \times 100 = 38,24\%$ .  |
| 35 B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica) | NÃO PERTINENTE | 3,00             | 1,00      | A Instituição apresentou os anexos com o total de 7.700 paciente/dia de 11.132 leitos/dia, que corresponde a 69,17% de ocupação das referidas clínicas. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. Cabe destacar que no mês de Outubro os dados referentes aos números de leitos/dia estão divergentes com o CNES.   |
| 36 B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto          | NÃO PERTINENTE | 3,00             | 3,00      | Outubro: 356 pacientes-dia em terapia intensiva, 465 leitos-dia, 76,56% de ocupação. Novembro: 478 pacientes-dia em terapia intensiva, 450 leitos-dia, 106,22% de ocupação. Dezembro: 433 pacientes-dia em terapia intensiva, 450 leitos-dia, 96,22% de ocupação. Observações/recomendações: No período avaliado houve um total de 1.267 pacientes/dia e 1.365leitos/dia, que corresponde a 92,82% 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 leito/dia no mês de dezembro estão incorretos, tanto na digitação quanto no relatório anexado, visto que constam 450 leitos/dia (15 Leitos), sendo o correto 465 leitos/dia (15 leitos x 31 dias = 465). Segue abaixo os dados a serem considerando para avaliação: Outubro: 356 pacientes-dia em terapia intensiva, 465 leitos-dia, 76,56% de ocupação. Novembro: 478 pacientes-dia em terapia intensiva, 450 leitos-dia, 106,22% de ocupação. Dezembro: 433 pacientes-dia em terapia intensiva, 465 leitos-dia, 93,12% de ocupação. Observações/recomendações: No período avaliado houve um total de 1.267 pacientes/dia e 1.380 leitos/dia, que corresponde a 91,81% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. |
| 37 B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica                | PERTINENTE     | 2,00             | 2,00      | A instituição apresentou os anexos com o total de 2.991 pacientes/dia e 1.164 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,57 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 4.709 pacientes/dia e 1.915 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,46 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.  |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção |  | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado     | Observação   |
|---|--|---------------|------------------|---------------|--|
| 39  | B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto | PERTINENTE    | 2,00             | 2,00          | A instituição apresentou os anexos com o total de 1.267 pacientes/dia e 365 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 3,47 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.  |
| 40  | B07. Taxa de mortalidade institucional       | PERTINENTE    | 2,00             | 1,00          | No período avaliado, houve 217 óbitos e 5.329 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,07%. 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 12.762 pacientes/dia, ocorreram no período 02 quedas o que representa 0,16. 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 3.052 saídas ? SUS com 630 leitos, portanto, a Instituição obteve um índice de rotatividade de 4,84. 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 3.455 cirurgias e disponibilizadas 1.012 salas. Tendo um índice de uso de sala cirúrgica de 3,41. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.   |
| <b>TOTAL</b>                                    |  |               | <b>103,00</b>    | <b>83,00</b>  |  |
|   |  |               |                  | <b>80,58%</b> |  |

### 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. Cabe destacar que na avaliação anterior a Instituição foi informada, via email, sobre todos os indicadores que não foram validados pelo Núcleo técnico Executivo em Avaliação referente ao 1º semestre/2017, como por exemplo: indicador A10 onde obteve 01 ponto e não 02 pontos conforme avaliação da Comissão de Monitoramento Regional; indicador A09 obteve 02 pontos e não 01 ponto dado pela Comissão Regional, e indicador A21, onde a Instituição não pontuou, divergindo da pontuação dada pela Comissão Regional, inclusive a Instituição foi orientada a melhorar alguns relatórios, que apesar de serem validados pelo Núcleo Técnico Executivo, continham apontamentos, visando qualificar a informação.