Relatório da Comissão de Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios da Prefeitura Municipal de Tambaú.

PLANO DE TRABALHO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAMBAÚ

Período de Vigência 01 de janeiro de 2026 a 31 de dezembro de 2026.

Avaliação de Maio à Agosto de 2026

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

Razão Social: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Tambaú

CNES: 2749149

CNPJ: 72.052.350/0001-02 **IM:** 541221 **CNAE:** 861010

Endereço: R. Cel. Manoel de Souza Meirelles, 40 - Centro

Município: Tambaú/SP **CEP:** 13710-000

Telefone: (19) 36732054 e (19) 3673-9500 – ramal 212

E-mails: stacasa_diretoria@tambau.sp.gov.br; stacasa_fincanceiro@tambau.sp.gov.br

II- Composição da Diretoria Executiva da Entidade:

I – Provedor Provisório (Processo Digital n.º 1001322-10.2021.8.26.0614)

Cleber Donizetti de Souza – RG 32.822.071

II – Administrador

Alfredo Menezes Arrighe – RG: 29.890.522-x

III-Gerente Financeiro

Zacarias Coratitto Tuckmantel – RG 30.192.930-0

IV- Diretor Técnico:

Dr. Rafael Augusto Abrunhosa da Silva – CRM/SP 233674

V-Responsabilidade Técnica Enfermagem

Diane Regina Ricardo – Enfermeiro – COREN/SP 704288

III – Composição da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Convênios, instituída pelo Decreto n.º 3.386, de 25 de fevereiro de 2021

Cláudia Regina Bianchini – RG n.º 33.873.993-2

Josiane Pimentel – RG n.º 40.399.560-7

Suelen de Oliveira Reis Bento – RG n.º 40.824.173-1

CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL

	META	FONTE DE INFORMAÇÃO	PONTUAÇÃO ATINGIDA
• ATENÇÃO À SAÚDE	Realizar 80 consultas/mês no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia e Acidente de Trabalho	Relatório de Agendamento	**50**
	Avaliação: A Entidade atendeu 61 consultas de ortopedia no mês de maio, 93 no mês de junho, 85 no mês de julho e 95 no mês de agosto, não atingindo o pactuado apenas no mês de maio.		
	Realizar 12 Cirurgias na especialidade de Cirurgia geral, 3 cirurgias de ortopedia e 03 ginecológicas/mês).	Planilha Nominal	**50**
	Avaliação: No mês de maio foram realizadas 13 cirurgias gerais, 03 ortopédicas, 04 ginecológicas, no mês de junho foram realizadas 07 cirurgias gerais, 0 ginecológica e 0 ortopédica, no mês de julho foram realizadas 0 cirurgia geral, 04 ortopédicas e 02 ginecológicas e no mês de agosto foram realizadas 11 cirurgias gerais, 0 ortopédica e 0 ginecológica.		
• GESTÃO DA SAÚDE	Apresentação de 100 AIH'S/ mês	Relatório SISAIH	**50**
	Avaliação: O número de AIH's apresentadas pela Entidade no mês de maio foi de 197, no mês de junho foi de 103, no mês de julho foi de 102 e no mês de agosto foi de 92. Não atingiu o pactuado somente no mês de agosto.		
	Apresentação de 100% das AIH's no mês de competência.	Relatório SISAIH	**100**
	Avaliação: A Entidade apresentou todas as AIH's para o faturamento, dentro do prazo estipulado, que é até dia 15 do mês subsequente.		
	Manutenção de 45% ou mais	Relatório de	**0**

	da taxa de Ocupação dos leitos hospitalares	pacientes Internados no período	

Avaliação: A taxa de ocupação do mês de maio foi de 42,37%, de junho foi de 30,99%, de julho foi de 36,79% e de agosto foi de 34,70%. Não atingindo o pactuado em nenhum mês.

	Acompanhamento e monitoramento da taxa de permanência mensal	Relatório de análise da taxa de permanência	**100**

Avaliação: A Entidade apresentou relatório de análise de taxa de permanência, desta forma atingiu a pontuação máxima.

• ATENÇÃO À SAÚDE	100% de óbitos avaliados no período	Relatório do CMMI	**100**

Avaliação: A Entidade apresentou Ata de reunião ocorrida em 07 de julho com avaliação de 09 óbitos ocorridos em maio e junho e ata de 08 de setembro com avaliação de 12 óbitos ocorridos em julho e agosto.

	100% de óbitos maternos e infantis avaliados.	Relatório do CMMI	**100**

Avaliação: A Entidade apresentou Ata ocorrida em 08 de julho relatando que houve 01 registro de óbito fetal no mês de maio e ata ocorrida em 09 de setembro relatando que não houve registro de óbito fetal nos meses de julho e agosto.

	100% das declarações de óbitos preenchidas corretamente	Análise por amostragem de 10 Fichas de óbito	**50**

Avaliação: Conforme ofícios emitidos pela Vigilância Epidemiológica do município e enviados a esta Comissão, no mês de maio foram preenchidas 04 Declarações de Óbito válidas 01 cancelada por erro de preenchimento. No mês de junho foram preenchidas 05 declarações de óbitos válidas e 01 cancelada por erro de preenchimento. No mês de julho foram preenchidas 06 declarações de óbitos, todas válidas. No mês de agosto foram preenchidas 06 Declarações de Óbitos válidas e 01 canmcelada por erro de preenchimento.

	Apresentar relatório quadrimestral relacionados à organização dos prontuários e qualidade dos	Relatório	**100**

registros

Avaliação: Entidade apresentou cópia das Atas das Reuniões da Comissão de Revisão de Prontuários ocorridas nos dias 12 de junho, 13 de julho, 12 de agosto e 11 de setembro de 2026 constando as análises dos prontuários no período.

100% de registro de SAE nos prontuários de pacientes internados	Análise por amostragem de 10 prontuários.	**50**

Avaliação: Em visita à Santa Casa no dia 23 de setembro, esta Comissão avaliou 10 prontuários de cada mês, escolhidos aleatoriamente referentes ao quadrimestre (Maio a Agosto/2026), constatando que no mês de maio todos os prontuários estava com SAE preenchidas. No mês de junho, 01 prontuário estava sem SAE. No mês de julho 04 prontuários sem SAE preenchidas. No mês de agosto 05 prontuários sem SAE cópia do relatório de alta.

Apresentar Relatório Mensal de índice de infecção hospitalar	Relatório.	**100**

Avaliação: A Entidade enviou as Atas da CCIH de 15 de junho, 10 de julho, 28 de agosto e 11 de setembro contendo informações referentes aos meses de maio a agosto relatando não ter havido nenhum registro de infecção hospitalar no período.

Realizar uma ação por quadrimestre desenvolvida pelo grupo Técnico de Humanização – GTH	Relatório e lista de Presença.	**100**

Avaliação: Foram enviados Relatório da Brinquedoteca e visitas psicológicas aos pacientes e funcionários.

- PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

Divulgar comunicado e manter visita aberta aos pacientes internados.	In loco	**100**

Avaliação: Em visita in loco no dia 23 de setembro encontramos comunicado visível aos pacientes sobre horário de visita, na recepção da Santa Casa, sendo todos os dias, das 10h às 19h.

Garantir a entrega e a orientação a 100% dos pacientes e a apresentação de relatório de resultados das mesmas.	Resultado da avaliação e resultado da pesquisa de satisfação dos	**100**

usuários.

Avaliação: A Entidade emitiu relatório do resultado da pesquisa de satisfação, sendo 135 de 150 internações em maio, 100 de 111 internações em junho, 126 de 140 internações em julho e 114 de 125 internações em agosto.

Instituir Ficha de Atendimento de Ouvidoria para registro de informações prestadas	Avaliação por amostragem de 10 Fichas de atendimento da Ouvidoria	**100**

Avaliação: A Assistente Social da Santa Casa emitiu relatório, comunicando que no período de maio a agosto foi recebida apenas 01 ouvidoria hospitalar em 27/08/2026, relatando ser encaminhada ao setor competente para providências e acompanhamento.

Manter a farmácia em dia com a legislação sanitária exigida	Relatório emitido pela VISA	**100**

Avaliação: Foi enviado Licença Sanitária com validade em 28/09/2027.

Melhoria do índice de absenteísmo e incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	Relatório de apuração do Índice.	**0**

Avaliação: Foram enviados ofícios a esta Comissão com os índices, porém não houve melhoria no primeiro mês avaliado, que foi maio, em relação aos outros meses (junho, julho e agosto).

Realizar no mínimo 1 reunião bimestral do Comitê Transfusional	Ata da reunião.	**100**

Avaliação: Foi apresentada Ata da Reunião do Comitê Transfusional ocorrida no dia 08 de julho e 15 de setembro.

Realizar manutenção e calibração dos equipamentos da agência transfusional periodicamente.	Laudos técnicos	**100**

Avaliação: Entidade enviou cópia dos laudos técnicos da calibração e manutenção dos equipamentos realizadas no dia 07/04/2026.

Elaborar e atualizar	Apresentação	**100**

protocolos clínico-nutricionais para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital	de protocolos Implantados.	

Avaliação: Protocolo foi entregue pela Entidade, devidamente elaborado com orientações nutricionais dividido em duas partes, uma parte para crianças e adolescentes e a outra parte para adultos e idosos. Protocolos revisados em janeiro de 2026.

Protocolo de Terapia de Nutricional Enteral revisado em fevereiro de 2026.

Procedimentos Operacionais Padrão revisados em janeiro de 2026.

Manual de Boas Práticas de manipulação dos alimentos revisado em janeiro de 2026.

Protocolo de recomendações e orientações nutricionais para patologias revisado em fevereiro de 2026.

Avaliação de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, em 100% dos neonatos com registro em prontuário	Análise por amostragem de 10 prontuários de neonatos no período.	**100**

Avaliação: Os 10 prontuários escolhidos aleatoriamente para análise desta Comissão contemplaram registro de Apgar.

100% dos neonatos avaliados e registro em prontuário.	Relatório de proporção de recém nascidos com apgar <7 no primeiro minuto.	**100**

Avaliação: No mês de maio: 8,33%, junho: 12,5%, julho: 0% e agosto: 10%.

100% dos neonatos avaliados e registro em prontuário.	Relatório de proporção de recém nascidos com apgar <7 no quinto minuto.	**100**

Avaliação: No mês de maio:0%, junho: 0%, julho: 0% e agosto: 0%

100% dos neonatos avaliados e registro em prontuário.	Relatório de proporção de nascidos com baixo peso.	**100**

Avaliação: No mês de maio: 4,17%, junho: 12,5%; julho:10% e agosto: 10%

100% dos neonatos avaliados e registro em prontuário.	Relatório de proporção de recém nascidos prematuros.	**100**

Avaliação: No mês de maio: 4,16%, junho: 0%, julho: 0% e agosto: 0%

Avaliação quadrimestral do indicador.	Relatório de proporção de recém nascidos de mães adolescentes.	**100**

Avaliação: No mês de maio: 0%, junho: 0%, julho: 15% e agosto: 0%

Realizar exame do pezinho em 100% dos nascidos	Relatório de proporção de recém nascidos com teste do pezinho realizado.	**100**

Avaliação: Diante do relatório apresentado pela Santa Casa, todos os recém-nascidos realizaram teste do pezinho.

Garantir 100% das gestantes com acompanhante.	Relatório de proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto	**100**

Avaliação: Em todos os meses avaliados foram garantidos acompanhantes às gestantes.

Realizar VDRL em 100% das gestantes	Análise por amostragem de 10 prontuários.	**100**

Avaliação: Os 10 prontuários de gestantes escolhidos aleatoriamente pela Comissão, contemplaram resultado de VDRL.

Realizar Teste rápido para HIV em 100% das gestantes	Análise por amostragem de 10 prontuários.	**100**

Avaliação: Os 10 prontuários de gestantes escolhidos aleatoriamente pela Comissão, contemplaram resultado de teste rápido de HIV.

Realizar encaminhamento e orientações (vacinas, testes de orelhinha, teste do pezinho, teste do olhinho e teste da linguinha etc) em formulário próprio em 02 vias contendo todas as informações.	Análise por amostragem de 10 prontuários.	**50**

Avaliação: Os 10 prontuários de gestantes, escolhidos aleatoriamente pela Comissão, contemplaram Relatório de Alta, que são emitidos em 02 vias.

Atingir média de 19% de partos Vaginais	Relatório de proporção de partos normais.	**0**

Avaliação: No período houve 04 partos normais dos 62 partos ocorridos no período, ou seja, 6,45% de partos normais, não atingindo o pactuado.

Reduzir em 5% taxa de cesárea durante a vigência do convênio.	Relatório de proporção de cesáreas.	**50**

No quadrimestre avaliado houve uma alternância na taxa de proporção de cesáreas, ficando em 91,66% em maio, mas retornando aos 100% em junho, em julho ficou 95% e em agosto 90%, não atingindo o pactuado.

• INCORPORAÇÃO	Manter atualizado o cadastro de funcionários no CNES	Relatório do CNES	**100**

TECNOLÓGICA	**Avaliação:** CNES atualizado.		
• GESTÃO DA SAÚDE	Manter Alvará da Vigilância sanitária	Relatório da VISA.	**0**
	Avaliação: A Entidade não enviou Alvará.		
	Apresentação do relatório mensal da estrutura de receitas e despesas e da produção à Comissão de Acompanhamento do Convênio	Relatório.	**100**
	Avaliação: A Entidade apresentou a Prestação de Contas.		
• DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Garantir ações de educação permanente aos trabalhadores do hospital, sendo no mínimo 01 capacitação e/ou treinamento a cada 4 meses	Relatório e lista de Presença.	**100**
	Avaliação: Entidade enviou cópia da lista de presença da Palestra SIPAT ocorrida no dia 09/06/2026, Palestra Psicossocial dos dias 12/05, 13/05, 14/05, 01/06 e 02/06.		
• VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Notificar e enviar 100% das notificações devidamente preenchidas a Vigilância Epidemiológica.	Declaração da V.E.	**100**
	A V.E. enviou Ofícios informando que não houve notificações ocorridas de maio a agosto.		
TOTAL			**3.150**

PONTUAÇÕES POSSÍVEIS: SIM = 100 PONTOS; PARCIAL=50 PONTOS; NÃO=ZERO PONTOS

PARECER: A Entidade atingiu o total **3.150 pontos**.

Metas	PONTUAÇÃO POSSÍVEL
• Atenção à Saúde	900
• Gestão da Saúde	600

• Participação nas Políticas Prioritárias do SUS	2.200
• Incorporação Tecnológica	100
• Desenvolvimento profissional	100
• Vigilância em Saúde	100
• Total	4.000

Faixa de Pontuação	Percentual do Valor Variável
Até 1.000	25%
1.001 à 2.000	50%
2.001 à 3.000	75%
3.001 à 4.000	100%

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS CONVÊNIOS:

Cláudia Regina Bianchini:

_____

Josiane Pimentel:

_____

Suelen de Oliveira Reis Bento:

_____