HOSPITAL REGIONAL
DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS

# Relatório de Desempenho

## MAIO - AGOSTO/2022

# Sumário

**1 INTRODUÇÃO ..... 8**

**2 MÉTODO ..... 9**

**3 DESENVOLVIMENTO ..... 10**

**4 CONCLUSÃO ..... 299**

**IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL**

Hospital: **Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (HRCGD)**

CNES: **7868863**

Endereço: **Rua Coronel Ponciano de Mattos Pereira, nº 3.233, Vila Alba, CEP: 79.830-220, Dourados – MS.**

**Telefone:** (67) 9.8182-1193 | 0800-038-5840 | (67) 9.9800-2048

Contrato de Gestão nº 002/2020/SES – GCONT 13538

**IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS**
**Organização Social de Saúde: Instituto Social Mais Saúde**

PRESIDENTE

Nome: **Carla Soares Alves**RG: 30.171.370-4 - SSP/SPCPF: 269.127.118-80

Endereço Comercial: Rua Casa do Ator, nº 1.117, Conjunto 163, 16º Andar, Vila Olímpia, CEP: 04.546-004, São Paulo - SP

Telefone: (11) 3842-1501

Início de Exercício:

Ato de Nomeação: Ata de Eleição da Atual Diretoria e 8º Estatuto Social

Endereço Residencial: Rua Gregório de Matos Guerra, nº 166A, Jardim Caçula, CEP: 09.415-160, Ribeirão Pires – SP

**DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS**:

Diretor Geral: **Alex Marques Cruz**

Formação Profissional: Teólogo

RG: 30520765-9 – SSP/SP

CPF: 298.771.838-11

Ato de Nomeação: 27/07/2021

Início da vigência: 27/07/2021

Endereço Residencial: Rua Isidoro Pedroso, nº 450, Apto 104, Vila Maxwell,

CEP: 79.800-000, Dourados – MS

Telefone: (18) 9.9707-7121

E-mail: diretoria@dourados.institutomaissaude.org.br

Supervisor Operacional: **Lidiane Aparecida S. Melgarjo**

Formação Profissional: Superior incompleto

RG: 00140922 - SSP/MS

CPF: 003.800.281-74

Ato de Nomeação: 20/07/2020

Início da vigência: 20/07/2020

Endereço Residencial: Rua Izzat Bussuan, nº 4.377, Vila Ubiratan,

CEP: 79.831-010, Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9635-2707

E-mail: administrativo@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Técnico: **Cassio Tafarel Petek**

Formação Profissional: Médico Ortopedista
CRM/MS: 7496/MS

RG: 001.648.882-SSP/MS

CPF: 002.313.311-26
Ato de Nomeação: 01/08/2021

Início da vigência: 01/08/2021

Endereço Residencial: Rua Dr. Camilo Hermelindo, nº 529, Centro,

CEP: 79.890-000,Itaporã – MS

Telefone: (67) 9.9246-8474

E-mail: direcaotecnica@dourados.institutomaissaude.org.br

Responsável Técnica de Enfermagem: **Roseli Evangelista do Nascimento**

Formação Profissional:

Enfermeira COREN/MS:

000.598.908

RG: 001.956.606

CPF: 042.967.761-85

Ato de Nomeação: 17/08/2020

Início da vigência: 17/08/2020

Endereço Residencial: Rua Joana de Matos Rocha, nº 1520, Jd. Novo Horizonte

CEP:79.822-400, Dourados – MS

Telefone: (67) 92000-4716

E-mail: enfermagem@dourados.institutomaissaude.org.br

Responsável Técnico pela Farmácia: **Ewerton Esterque Rocha**

Formação Profissional:

Farmacêutico CRF-MS: 3178/MS

RG: 001.061.664- SSP/MS

CPF: 703.554.521-20

Ato de Nomeação: 01/12/2020

Início da vigência: 01/12/2020

Endereço Residencial: Rua Raul Frost, nº 2715, Terra Rocha, CEP: 79.840-280,

Dourados – MS

Telefone: (67) 9.9934-6251

E-mail: farmacia@dourados.institutomaissaude.org.br

Diretor Clínico: **Rubson Rodrigues Junior**

CRM-MS: 6256/MS

RG: 13.773.003 – SSP/MT

CPF: 003.831.341-55

Ato de Nomeação: 12/06/2019

Início de Exercício: 12/06/2019

Endereço Residencial: Rua João Vicente Ferreira, nº 1.840, Jardim Tropical,

CEP:79.824-030, Dourados – MS

**Telefone:** (67) 9.9621-1277

**E-mail:** rubsonjuninho@hotmail.com

**TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS METAS DE PRODUÇÃO,DESEMPENHO E QUALIDADE:**

**Grazieli Landiosi Garcia**
Formação Profissional: Enfermagem

RG: 41.955.198-0 – SSP/SP

CPF: 341.928.558-28

Início da vigência: 05/06/2020

Telefone: (18) 9.9810-9092

E-mail: assessoriatecnica@institutomaissaude.org.br

**TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA ÁREA ADMINISTRATIVA,CONTÁBIL E FINANCEIRA:**

**Fabiane Thomé Cotovia Pimentel**
Formação Profissional: Administração de Empresas

RG: 25.516.385-X – SSP/SP

CPF: 146.840.368-04

Telefone: (11) 98823-1340

E-mail: financeiro1@institutomaissaude.org.br

**CONTADOR:**
**Felipe josé da Silva Junior**

Formação Profissional: Contador

CRC/SP: 297249/O-6

RG: 28486637-4 – SSP/SP

CPF: 273.869.828-01

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 3842-1501

E-mail: controladoria@institutomaissaude.org.br

**ASSESSORIA JURIDICA:**

Advogada: **Elizete da Silva Moutinho**

OAB/SP nº 207.674

CPF: 172.505.928-23

Ato de Nomeação ou Contrato: Contrato de Prestação de Serviços

Início da vigência: 01/06/2022

Telefone: (11) 9.9891-9782

E-mail: juridico@institutomaissaude.org.br

**EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO**

| **NOME** | **CARGO** |
|---|---|
| Alex Marques Cruz | Diretor Geral |
| Roseli Evangelista do Nascimento | Responsável Técnica Enfermagem |
| Ewerton Esterque Rocha | Responsável Técnico Farmacêutico |
| Grazieli Landiosi Garcia | Coordenadora de Projetos |
| Alexandre Aguilera Gasoto | Responsável Faturamento |

**LISTA DE SIGLAS**

| | |
|---|---|
| **CCIH** | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| **CCIRAS** | Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde |

| | |
|---|---|
| **CECAA** | Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria |
| **CNES** | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| **SGE** | Superintendência-Geral de Gestão Estratégica |
| **DATASUS** | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| **ESF** | Estratégia Saúde da Família |
| **GM** | Gabinete do Ministro |
| **MS** | Mato Grosso do Sul |
| **PPI** | Programação Pactuada e Integrada da Assistência |
| **SES** | Secretaria de Estado de Saúde |
| **SIA/SUS** | Sistema de Informação Ambulatorial do SUS |
| **SIHD/SUS** | Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS |
| **SMS** | Secretaria Municipal de Saúde |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **UBS** | Unidade Básica de Saúde |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Relatório trata da Prestação de Contas das metas assistenciais, que compreendem as metas de produção, desempenho e qualidade, em atenção ao disposto na Cláusula Décima do Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538.

O Contrato supracitado tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no HRCGD, descritos no Anexo desse Instrumento e foi assinado com a SES/MS no dia 05 de junho de 2020.

O Desenvolvimento do Relatório apresenta o cumprimento do objeto do Contrato de Gestão, de acordo com a sistematização estabelecida no Regulamento do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE-MS), para a remessa obrigatória de informações, dados, documentos e demonstrativos, aprovado por meio da Resolução - TCE-MS nº 54, de 14 de dezembro de 2016.

Desse modo, o Relatório contempla para cada meta o respectivo indicador, as ações previstas para alcance da meta, as ações realizadas e o percentual de alcance das metas de produção ambulatorial, hospitalar e de desempenho e qualidade. Ademais, para as metas não alcançadas, apresentam-se, em seguida, as respectivas justificativas.

## 2 MÉTODO

Para desenvolvimento desse Relatório de Prestação de Contas, a equipe realizou os seguintes procedimentos:

a- Análise dos dados de registro do sistema PR e CORE;

b- Levantamento de dados do faturamento;

c- Reunião para compilação de dados com a equipe.

## 3 DESENVOLVIMENTO

Para melhor análise do desempenho do HRCGD atendendo ao Contrato de gestão e ao 6º TA estabeleceu ajuste das metas, bem como incremento de complexidade nos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de média complexidade realizados na unidade conforme quadro abaixo:

***ANEXO II – Critérios e Metas de Produção***

***2. Metas de produção***
***2.1 Metas de produção para internação***
***2.2.1 Meta de Produção para internação hospitalar de média complexidade na Unidade(NR)***

| Especialidade | Quantidade | Procedimento | Mensal | Quadrimestral |
|---|---|---|---|---|
| Cirurgia Ginecológica | 27 | Histerectomia Total | 20 | 80 |
| | | Colpoperineoplastias | 7 | 28 |
| | | Tratamento cirúrgico de incontinência urinária por via vaginal | | |
| | | Exerese de glândula de Bartholin/Skene | | |
| | | Laqueadura tubária | | |
| | | Curetagens uterinas | | |
| Cirurgia Geral | 96 | Colecistectomia | 58 | 232 |
| | | Hernioplastias | 38 | 152 |
| Cirurgia Ortopédica | 65 | Reconstrução ligamentar intra-articular de joelho (LCA) | 20 | 80 |
| | | Tratamento cirúrgico de rotura do menisco | 20 | 80 |
| | | Reparo de rotura do manguito rotador | 10 | 40 |
| | | Tratamento cirúrgico de luxação recidivante de articulação escapulo-umeral | 5 | 20 |
| | | Outras cirurgias ortopédicas | 10 | 40 |
| Cirurgia Vascular | 20 | Tratamento cirúrgico de varizes (uni/bilateral) | 20 | 80 |
| **Total** | | | **208** | **832** |

*[...]*

***2.2.2 Meta de Produção para atendimento ambulatorial de média complexidade na Unidade(NR)***

| Tipo de Atendimento | Mensal | Quadrimestral |
|---|---|---|
| Diagnóstico por laboratório clínico | 1000 | 4000 |
| Diagnóstico por radiologia | 100 | 400 |
| Diagnóstico por ultrassonografia | 80 | 320 |
| Consultas médicas especializadas, incluindo risco cirúrgico | 350 | 1248 |

| | | |
|---|---|---|
| Diagnóstico por colonoscopia | 30 | 120 |
| Diagnóstico por endoscopia | 30 | 120 |
| Total | 1590 | 6360 |

**Quadro I** Metas de produção ambulatorial e internação para os meses de janeiro a abril**.**

## DADOS DE INDICADORES DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**Descrição:** Produção para **atendimento ambulatorial** de média complexidade no HRCGD.

**Indicadores:** Quantitativo da produção aprovada/quantitativo da meta de produção x 100**% de alcance da meta na competência 01 de maio a 31 de agosto de 2022:** conforme apresenta o Quadro nº 02.

**Quadro nº 02.** Quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade contratados (meta) e realizados, com respectivo % de alcance da meta, HRCGD, competências 01 de maio a 31 de agosto de 2022.

| Consultas especializadas | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | TOTAL | META | ALCANCE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cirurgia Geral | 243 | 278 | 290 | 315 | 1126 | 1248 | - |
| Ortopedia ombro | 120 | 86 | 40 | 58 | 304 | | - |
| Consulta GO | 125 | 148 | 188 | 124 | 585 | | - |
| Consulta vascular | 140 | 143 | 71 | 81 | 435 | | - |
| Ortopedia | 93 | 115 | 70 | 156 | 434 | | - |
| Consulta Avaliação risco cirúrgico | 223 | 298 | 262 | 181 | 964 | | - |
| Total | 944 | 1068 | 921 | 915 | 3848 | | 308% |

| Exames de Apoio Diagnóstico | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | TOTAL | META | ALCANCE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico por laboratório clínico | 3095 | 2400 | 2055 | 3280 | 10830 | 4000 | 271% |
| diagnóstico por endoscopia | 15 | 28 | 25 | 20 | 88 | 120 | 73% |
| Diagnóstico por colonoscopia | 16 | 23 | 27 | 15 | 81 | 120 | 68% |
| Diagnóstico por radiologia | 318 | 288 | 227 | 312 | 1145 | 400 | 286% |
| Diagnóstico por Ultrassonografia - dopller vascular | 19 | 37 | 16 | 16 | 88 | 320 | 83% |
| Diagnóstico por Ultrassonografia - vias urinárias | 60 | 44 | 37 | 37 | 178 | | |
| Método Diagnóstico em especialidades (ECG) | 227 | 214 | 184 | 203 | 828 | - | - |
| Total | 3750 | 3034 | 2571 | 3883 | 13238 | 4960 | 267% |

**Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas**

No mês de maio foram realizados 4694 procedimentos ambulatoriais, sendo 944 consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 3750 apoio diagnósticos .

No mês de junho foram realizados 4102 procedimentos ambulatoriais, sendo 1068 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico, e 3034 apoio diagnósticos.

No mês de julho foram realizados 4798 procedimentos ambulatoriais, sendo 921 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 3492 apoio diagnósticos.

No mês de agosto foram realizados 4798 procedimentos ambulatoriais, sendo 915 consultas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, vascular, ginecologia e risco cirúrgico e risco cirúrgico, e 3883 apoio diagnósticos.
Os exames foram ofertado para os pacientes regulaodos via CORE e fila interna do HRCGD para viabilizar as cirurgias.

Observa-se a alta produtivodade da instituição dos procedimnetos ambulatoriais afim de captar pacientes elegíveis para a realização da meta cirurgica.

**Quadro nº 03 – Quadro com a quantidade ofertada de consultas, agendamentos perca primária e absenteísmo.**

| AMBULATÓRIO | OFERTA | AGENDADO | PERCA PRIMÁRIA | REALIZADO | ABSENTEÍSMO |
|---|---|---|---|---|---|
| MAIO | 1527 | 1157 | 370 | 880 | 277 |
| JUNHO | 1517 | 1313 | 204 | 1053 | 260 |
| JULHO | 1464 | 1098 | 366 | 918 | 180 |
| AGOSTO | 1410 | 1130 | 280 | 860 | 270 |

Temos encontrado dificuldade significativa com a perca primária e o absenteísmo, analisando o segundo quadrimestre perdemos 1220 consultas de perca primária, ou seja foi disponibilizado pelo serviço para central de regulação, porém não foi agendado os pacientes para as consultas, bem como o absenteísmo que nesse

quadrimestre alcançamos a marca de 987 pacientes que foram agendados, confirmado a presença e não passarm por consulta.

Esses números em muito nos preocupa, pois podemos não alcançar as metas contratuais, e ainda mantemos toda a estrutura para atendimento e não conseguimos atender o paciente.

Informamos ainda que mensalmente enviamos para a secretaria documentos informando as referidas percas primária e absenteísmo para análise e os devidos encaminhamentos.

**Quadro nº 04 – Descrição:** Internação hospitalar cirúrgica de média complexidade no HRCGD .

| CIRURGIAS | MAI | JUN | JUL | AGO | TOTAL | META | ALCANCE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cirurgia Geral | 116 | 115 | 71 | 103 | 405 | 384 | 105% |
| Cirurgia ginecológica | 35 | 48 | 37 | 38 | 158 | 108 | 146% |
| Ortopedia e Traumatologia | 44 | 35 | 46 | 72 | 197 | 260 | 76% |
| Cirurgia Vascular | 10 | 16 | 15 | 16 | 57 | 80 | 71% |
| **Total Geral** | **205** | **214** | **169** | **229** | **817** | **832** | **98%** |

**Indicadores:** Quantitativo da produção realizada da meta de produção x 100.

Detalhamento dos procedimentos realizados:

## Maio a Agosto

| ESPECIALIDADE | PROCEDIMENTO | META | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIRURGIA GINECOLÓGICA | Histerectomia | 20 | 18 | 21 | 17 | 17 | 73 |
| | Colpoperineoplastia | 7 | 3 | 7 | 4 | 3 | 17 |
| | Tratamento Cirurgico de incontinencia Urinária por via vaginal | | 5 | 16 | 11 | 7 | 39 |
| | Excerese de glandula de bartolin/Skene | | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| | Laqueadura Tubária | | 3 | 2 | 1 | 4 | 10 |
| | Curetagem Uterina | | 3 | 2 | 3 | 5 | 13 |
| CIRURGIA GERAL | Colecistectomia | 58 | 91 | 88 | 43 | 52 | 274 |
| | Herniorrafia | 38 | 25 | 27 | 28 | 51 | 131 |
| CIRURGIA ORTOPÉDICA | Reconstrução de ligamento intraarticular do joelho (LCA) | 20 | 12 | 7 | 7 | 18 | 44 |
| | Tratamento Cirurgico de Rotura do Menisco | 20 | 7 | 9 | 9 | 17 | 42 |
| | Reparo de rotura do Manguito Rotador | 10 | 14 | 14 | 15 | 19 | 62 |
| | Tratamento cirurgico de luxação recidivante de articulação escapula umeral | 5 | 1 | 0 | 7 | 0 | 8 |
| | Outras cirurgias ortopédicas | 10 | 10 | 5 | 8 | 18 | 41 |
| CIRURGIA VASCULAR | Tratamento Cirurgico de Varizes | 20 | 10 | 16 | 15 | 16 | 57 |
| | Escleroterapia não estética de varizes de MMII | 200 | 155 | 176 | 179 | 197 | 707 |
| TOTAL | | | 360 | 390 | 348 | 426 | 1524 |

**Fonte: CORE, relatório do NIR e PR Sistemas.**

Assim como encontramos dificuldades na parte ambulatorial, na parte cirúrgica não foi diferente, tem ocorrido faltas cirúrgicas significativas, causando assim a dificuldade no atingimento das metas cirúrgicas.

**Quadro nº 05**. Meta de produção **faturada** para internação hospitalar de média complexidade em clínica cirurgica, por mês de competência, segundo o procedimento principal aprovado, HRCGD, 01 de maio a 31 de agosto de 2022.

| PROCEDIMENTOS FATURADOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | Maio/22 | Junho/22 | Julho/22 | Agosto/22 |
| 03.08.04.001-5 - TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS | | | | |
| 04.03.02.012-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO | 1 | 4 | 6 | 5 |
| 04.06.02.056-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL) | 6 | 6 | 21 | 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 04.06.02.057-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | 1 | 5 | 7 | 3 |
| 04.07.03.002-6 - COLECISTECTOMIA | 58 | 3 | 150 | 42 |
| 04.07.04.006-4 | | | | 3 |
| 04.07.04.008-0 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL | 3 | 1 | 8 | 2 |
| 04.07.04.010-2 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | 22 | 4 | 39 | 14 |
| 04.07.04.011-0 - HERNIOPLASTIA ABDOMINAL | | | | |
| 04.07.04.012-9 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL | 8 | | 18 | 5 |
| 04.08.01.013-4 | 1 | | | |
| 04.08.01.014-2 - REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) | 15 | 5 | 28 | 16 |
| 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR | | | | |
| 04.08.01.019-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA | 1 | 1 | 2 | |
| 04.08.01.021-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | | | | |
| 04.08.01.023-1 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL | | | | 4 |
| 04.08.02.032-6 – TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO | 2 | | 1 | |
| 04.08.06.044-1 - TENÓLISE | | | | |
| 04.08.05.016-0 RECONSTRUCAO LIGAM INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) | 15 | 1 | 20 | 10 |
| 04.08.05.037-3 - TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR | | | | |
| 04.08.05.089-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | 12 | 2 | 17 | 10 |
| 04.08.06.012-3 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES | | | | |
| 04.08.06.021-2 RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | 1 | | 1 | |
| 04.08.06.035-2 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO | 1 | | 1 | |
| 04.08.06.037-9 – RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSOS | 2 | | 1 | 1 |
| 04.08.06.044-1 - TENÓLISE | 1 | | 1 | 3 |
| 04.09.01.043-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE | | 1 | 1 | 2 |
| 04.09.01.049-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL | 5 | | 2 | |
| 04.09.06.002-0 - COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO | | | | |
| 04.09.06.003-8 | | | | 1 |
| 04.09.06.004-6 - CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 04.09.06.010-0 | | 1 | 2 | 3 |
| 04.09.06.011-9 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) | | 7 | 6 | 4 |
| 04.09.06.012-7 - HISTERECTOMIA SUBTOTAL | 1 | | 2 | |
| 04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL | 9 | 3 | 12 | 11 |
| 04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA | 4 | 3 | 6 | 1 |
| 04.09.06.019-4 - MIOMECTOMIA | 1 | | | |
| 04.09.07.005-0 | | | 5 | 1 |
| 04.09.07.006-8 - COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR | 1 | | 5 | |
| 04.09.07.007-6 - COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA | | | | |
| 04.09.07.008-4 - COLPOPLASTIA ANTERIOR | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 04.09.07.014-9 - EXERESE DE CISTO VAGINAL | | | | |
| 04.09.07.015-7 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 04.09.07.019-0 - MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN | 1 | | 1 | |
| 04.09.07.027-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL | 4 | 2 | 19 | |
| **TOTAL DE AIHs APRESENTADAS NO SIHD/SUS** | **180** | **53** | **386** | **144** |

**Fonte: Planilha de faturamento SISAIH.**

## INDICADORES DO EIXO DE ASSITÊNCIA À SAÚDE

## Metas de Desempenho e Qualidade

## Contrato de Gestão nº 002/2020 – GCONT 13538

### *ANEXO IV.– Indicadores de Desempenho e Qualidade*

**INDICADOR Nº 01 – Descrição: Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva:** Disponibilidade Serviço de Esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº9.263 de 12/01/96, Lei Estadual nº2.497 de 31/07/02 e Portaria MS SAS nº48 de 11/02/99.

Considerar meta cumprida desde que o hospital habilitado comprove o atendimento dos seguintes critérios:

*a)* Manutenção da agenda regular no Sistema Informatizado de Regulação CORE para consultas de pré e pós- operatório e para cirurgias de laqueadura e vasectomia;

*b)* Apresentação e comprovação da disponibilidade de equipe médica contratada para realização dos atendimentos supracitados, em conformidade com a agenda registrada no Sistema Informatizado de Regulação;

*c)* Registro dos atendimentos supracitados no SIA e SIHD/SUS, mensalmente.

Fonte de evidência: SAI e SIHD/SUS, Sistema Informatizado de Regulação Estadual CORE, contratos médicos, agenda e protocolo instituído para realização de laqueadura e vasectomia.

**Ação Realizada:** Disponibilização de datas para agendamento pelo sistema CORE de consultas na especialidade de ginecologia, acompanhamento das vagas inseridas pelo CORE e consultas e demandas geradas.

**Agenda quadrimestral em gnecologia**

AGENDA GINECOLOGICA.pdf

**Contrato equipe de Ginecologia**

Contrato Ginecologia CAF ser

**Protocolo de acesso ginecologia e laqueadura**

PROTOCOLO LAQUEADURA PDF.p

## INDICADORES DE METAS DO EIXO DE GESTÃO

**INDICADOR Nº 02 – Descrição:** Disponibilizar, nos prazos definidos pela SES/MS,os dados e documentos mínimos que deverão compor a prestação de contas das áreas administrativa, financeira e contábil, atendo a Resolução nº 03/2020/SES no que couber, assinados por profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo Responsável Legal da *Organização Social:*

-Balancete contábil,

-Razão contábil,

-Demonstração do Fluxo de Caixa;

-Relação de todos os pagamentos efetuados no mês, em ordem cronológica;

-Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira;

-Comprovantes das despesas (orçamentos, notas fiscais, certidões negativas de débitos, comprovantes de transferências bancárias e demais documentos que Comprovem os gastos);

-Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais;

-Planilha com registro dos processos de contratação de serviços, fornecedores e recursos humanos, detalhado: nº do edital, objeto, meio de divulgação (jornal local, diário oficial e/ou site da OSS), data da publicação do edital e do resultado;

-Planilha com detalhamento da manutenção de equipamentos, especificando: ordem de serviço (nº e data), equipamento, problema detectado, data da resolução do problema;

-Relação de contratos com prestadores de serviços e fornecedores, especificando:

número do contrato, razão social/CNPJ do contratado, objeto, unidade de medida, valor e vigência;

-Relatório dos colaboradores informando os nomes, quantidade, valores de remuneração, data da admissão e demissão, separados por setores.

-Resumo da folha de pagamentos e comprovantes de recolhimento dos encargos trabalhistas e previdenciários.

**Fonte de evidência:** Apresentação de todos documentos listados acima.

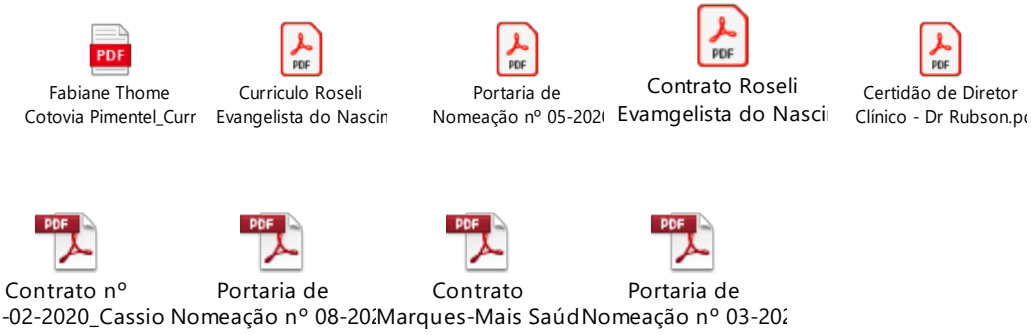
**Ação Realizada:** Apresentação de todos os documentos pelo Instituto Social Mais Saúde através da plataforma de prestação de contas, bem como no Portal da Transparência

***https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/***

**INDICADOR Nº 3 -** Metas de desempenho e qualidade: Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:

A Organização Social deve manter a qualificação técnica (formação profissional e experiência) do Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e/ou Diretor Financeiro e Diretor de Enfermagem utilizada para pontuação no processo de Chamamento Público ou substituir por outras certificações ou capacitações técnicas equivalentes ou superiores.

***Fonte de evidência****: Ato de nomeação, contrato de trabalho, curriculum.*




**Ações Realizadas:** Considerando perfil hospitalar regional, foram designados para os cargos Diretivos da unidade:

**Alex Marques Cruz:** Teólogo, Gestor em Saúde Pública, Especialista em administação de serviços hospitalares com experiência em Coordenação de Projetos na área da Saúde no

Estado de São Paulo, estado do Pará, experiência em atuação como gestor municipal de saúde e gestor hospitalar, para o cargo de **Direção Geral da unidade**.

**Cássio Taffarel Petek:** Médico Ortopedista, especialista em cirurgia do Joelho, com experiência em cirurgias na macrorregional de Dourados, bem como experiência em gestão, para **Diretor Técnico da unidade**.

**Fabiane Thome Cotovia Pimentel:** Contadora, MBA em controladoria e finanças, experiência na diretoria administrativa e financeira de projetos na área da saúde, para o cargo de **Direção Administrativa e Financeira.**

**Roseli Evangelista do Nascimento:** Enfermeira, com experiência como Responsável Técnica, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e áreas assistenciais, gerenciamento e lideranças para **RT de Enfermagem**.

Considerando avaliação do Projeto, Perfil da unidade, recurso justo e abrangência cultural da unidade no município e região, optou-se por identificar profissionais atuantes e competentes na modalidade de designação para os cargos diretivos, profissionais conhecedores da gestão em saúde, o que cremos facilita o entendimento, alinhamento e desenvolvimento do objetivo do projeto no estado do MS com todos os atores envolvidos em prol da saúde da população.

**INDICADOR Nº 4** – **Descrição:** Política de Regulação do Acesso:

a) Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituído;

b) Rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de Implantação e Implementação do NIR - Ministério da Saúde (2017);

c) Registro, monitoramento e vigilância, mensal e quadrimestral, dos indicadores de processo, resultado e desempenho, referente a gestão da ocupação dos leitos e agendas, conforme manual do NIR;

d) Apresentação de relatório na Câmara técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Dourados/MS, relativos à agenda, demanda/fila de espera, fluxos e protocolos de referência e contra refrência ao HRCGD.

**Fonte de evidência:**

Declaração da composição dos colaboradores do NIR assinada pelo Diretor

Administrativo do Hospital, apresentação da escala de plantão e do Regimento Interno;

a) Apresentação dos Protocolos e relatório das atividades realizadas no mês;
b) Envio dos dados conforme prazos solicitados via e mail ou por plataforma eletrônica.
c) Apresentação da Ata da reunião.

**Ações realizadas:** Elaboração do Relatório de Atividades do NIR realizadas no período, elaboração de Protocolo e Planilhas com registro e envio dos mapas dos dados de internação e censo diário dos pacientes na unidade aos endereços eletrônicos diariamente disponibilizados pela CECAA, NRS, CERA, CORE. Elaboração de relatórios e planilhas enviadas a CRLD, CECAA, NRS, alimentação Sistema SES/MS e relatórios módulos CORE (Mapa de Leitos).

***PERÍODO DE MAIO A AGOSTO***

***Documentos do NIR***

regimento Interno Núcleo de Regulaçã

ATA NOMEAÇÃO.pdf

FLUXOGRAMA AMBULATORIAL E CI

**Atas quadrimestre**

ATAS NIR 2º Quadrimestre.pdf

**Monitoramento ambulatorial e cirúrgico quadrimestral**

MONITORAMENTO-MAIO.pdf

MONITORAMENTO-JUNHO.pdf

MONITORAMENTO-JULHO.pdf

MONITORAMENTO-AGOSTO.pdf

**Ata de Reunião Câmara Técnica**

Junho-2022-Reuniã o Câmara tecnica do

Obs. Não houve reunião nos meses de de maio, julho e agosto

**INDICADOR nº 5 – Descrição:** Política de Regulação do Acesso: manter painel de indicadores da capacidade instalada e portal da transparência, disponível no endereço eletrônico, com atualização mensal e quadrimestral.

***Fonte de evidência:*** apresentação do link onde constam as informações solicitadas acima - ***https://www.institutomaissaude.org.br/dourados/***

**Ações realizadas:** Construção do painel e portal da transparências

**INDICADOR nº 6 – Descrição:** Funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;

b) implantação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);

*c)* vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecções em pacientes que fizeram cirurgias, registro e notificação à Vigilância Sanitária e apresentação mensal do indicador de ISC)

***Fonte de evidência:***

a) Apresentação do PCIH e das atas mensais de reunião constando as assinaturas dos membros participantes;
b) Apresentação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);
c) Apresentação dos instrumentos aplicados de Pesquisa Fonada bem como indicadores que atestem sua implantação para mensuração de ISC.

**Ações realizadas:** Foram definidas ações para anualmente acompanharem avaliações constantes, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Ação de aplicação de instrumento de avaliação dos três indicadores de desempenho definidos pela CCIRAS para mensuração das práticas aplicadas em todos os pacientes.

ANTIMICROBIANOS REVISADO 25-06-21.

PESQUISA FONADA MAIO 2022.pdf

PESQUISA FONADA JUNHO 2022.pdf

PESQUISA FONADA JULHO.pdf

PESQUISA FONADA 2022.pdf

PROFILAXIA 05-22.pdf

PROFILAXIA 06-22.pdf

PROFILAXIA 07-22.pdf

PROFILAXIA 08-22.pdf

PROFILAXIA 08-22 CONTINUAÇÃO.pdf

ATA CCIH MAIO 2022 MAIO 2022.pdf

ATA CCIH JUNHO 2022.pdf

ATA CCIH JULHO.pdf

ATA CCIH 2022.pdf

**INDICADOR nº 7 – Descrição:** Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

a) Apresentar o Programa de Segurança do Paciente (PSP) e atas de reunião mensal;

b) Implantação e monitoramento do Protocolo de Identificação do Paciente, com apresentação mensal de indicador;

c) Implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, com apresentação mensal de indicador;

d) Implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação mensal de indicador;

e) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de quedas, com apresentação mensal de indicador;

f) notificação e investigação dos Eventos Adversos (EA), bem como, encaminhamentos após identificação de oportunidades de melhoria para mitigação de danos e para evitar recorrência dos EA.

*Obs: Os Protocolos de Segurança do Paciente devem ser implantados, no mínimo, um por mês.*

**Fonte de evidência:**

a) Apresentação do Programa de Segurança do Paciente (PSP) e das atas mensais de reunião do Comitê;

b) Apresentação dos Protocolos bem como indicadores que atestem sua implantação.

c) Apresentação das Notificações, bem com relatórios que atestem a investigação dos EA e plano de ação para redução do dano e para evitar sua recorrência.

**Ações Realizadas:**

- Reorganização através de reunião para redefinição dos membros da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente,
- Apresentação da elaboração, implantação e monitoramento dos Protocolos de Identificação do paciente, Administração de Medicamentos, Prevenção de Úlceras, Prevenção de Quedas,
- Notificação e Investigação de Eventos Adversos.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E SE

REGIMENTO INTERNO COMISSÃC

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MONITORAMENTO E PREVENÇÃO DE QU

MONITORAMENTO E PREVENÇÃO DE LE

PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO EVEN

**MAIO**

ATA NSP MAIO 2022.pdf

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA N

PROTOCOLO IDENTIFICAÇÃO MAI

**JUNHO**

ATA NSP JUNHO 2022.pdf

PROTOCOLO CIURGIA SEGURA

PROTOCOLO DE JUIDENTIFICAÇÃO JUN

**JULHO**

ATA NSP JULHO.pdf

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

PROTOCOLO DE JIDENTIFICAÇÃO JULI

**AGOSTO**

ATA NSP 2022.pdf

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

PROTOCOLO IDENTIFICAÇÃO DO

**INDICADOR nº 08 – Descrição:** Funcionamento da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.

a) constituição da equipe, com aprovação de Regimento Interno e apresentação de atas mensais de reunião;

b) rotina e protocolos para revisão, análise, notificação, investigação e classificação dos óbitos hospitalares quanto à evitabilidade dos mesmos;

c) registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional.

**Objetivo:** aprimorar a qualidade da assistência ao paciente e resolutividade da atenção hospitalar.

**Fonte de evidência*:***

a) Declaração dos colaboradores da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar assinada pelo Diretor Administrativo do Hospital

b) apresentação do Regimento Interno

c) apresentação das atas mensais de reunião com assinatura dos participantes

a) Apresentação dos Indicadores de mortalidade institucional bem como análise e recomendações da Comissão a Direção Hospitalar.

**Ações realizadas:**

a) Reunião registrada em ata para implantação da Comissão.

b) Regimento Interno com definição dos indicadores da Comissão.

c) Elaboração de fluxogramas para encaminhamentos e comunicação dos óbitos pela enfermagem e pela comissão.

Ata de Nomeação.pdf

Ata de Implantação.pdf

REGIMENTO INTERNO COMISSÃC

FLUXOGRAMA OBITO 2022.pdf

Ata de constitutiçãoda com

ATA PRONTUARIO E OBITO MAIO 2022.p

ATA OBITO JUNHO 2022.pdf

ATA OBITO JULHO.pdf

ATA REVISÃO PRONTUARIOS E ÓB

**INDICADOR nº 09** – *Descrição:* Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas para funcionários relacionados à assistência:

1. Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência a saúde;

2. Protocolos de Segurança do Paciente;

3. Higienização das mãos;

4. Humanização.

a. Realizar, no mínimo, duas capacitações das descritas acima por quadrimestre.

b. Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.

*Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovante.*

***Fonte de evidência:*** *Apresentação de documento com data, carga horária, conteúdo abordado, palestrante/facilitador, local e nome completo, cargo e assinatura dos participantes.*

***Ações realizadas****:*

*Elaborado cronograma para capacitações pelo setor de RH e RT de Enfermagem, conforme período para apresentação quadrimestral.*

*Realizado capacitações e treinamentos incluindo todos os setores do hospital e disponibilizados os certificados conforme cronograma elaborado pela unidade e descrito em contrato de gestão.*

Cronograma
Educação Continuac

**TREINAMENTO MAIO:** SEGURANÇA DOPACIENTE

Lista de Presença
treinamento - Segur

Media de
funcionarios que pa

Relatorio Geral
treinamento realizac

**TREINAMENTO JUNHO:** PRIMEIROS SOCORROS

Coteudo
treinamento Primeir

Lista de Presença
treinamento - Primei

Media de
funcionarios que pa

Relatorio Geral
treinamento realizac

Treinameto medico
higienização das mã

**TREINAMENTO JULHO:** HUMANIZAÇÃO E BOAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO

Coteudo
treinamento Human

Lista de presença
treinamento - Huma

Media de
funcionarios que pa

Relatorio Geral
treinamento realizac

**TREINAMENTO AGOSTO:** DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.

Coteudo
treinameto doenças

Lista de presença
treinamento Doenç

Relatorio Geral
trinamento realizad

Media de
funcionario que par

Relatorio Geral
trinamento realizad

Treinamento
medico infecção ort

**ANÁLISE QUADRIMESTRAL**

Análise
quadrimestral de tre

**INDICADOR nº 12 – Descrição:** Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores)

**Fonte:** registro de **reunião quadrimestral** entre a Direção Administrativa (alta gestão) e colaboradores chaves (Responsáveis Técnicos e líderes) para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual,

bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratadas.

**OBSERVAÇÃO:** As reuniões para apresentação do Relatório de Visita Técnico aos colaboradores chaves na unidade hospitalar só são possíveis ocorrerem em datas *posteriores ao recebimento do Relatório enviado pela CECAA.*

**ATAS DAS REUNIÕES DE GESTÃO PARTICIPATIVA JANEIRO A ABRIL 2022**

Atas das reuniões realizadas com as Gerências, Coordenações, Supervisor, equipes e colaboradores da unidade em momentos distintos, conforme possível para manter assistência da unidade hospitalar e evitar aglomerações.

**REUNIÕES QUADRIMESTRE**

ATAS GESTÃO 2 QUADRIMESTRE.pdf

**DADOS COMPLEMENTARES REFERENTE AO FATURAMENTO REALIZADO NA UNIDADE:**

**Ações realizadas: Atualização mensal no CNES.**

A) Profissionais

PROFISSIONAIS 05-22.pdf
PROFISSIONAIS 06-22.pdf
PROFISSIONAIS 07-22.pdf
PROFISSIONAIS 08-22.pdf

B) serviços cadastrados e equipamentos

MAIO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (
INFRAESTRUTURA 05-22.pdf
EQUIPAMENTO 05-22.pdf
ATIVIDADE 05-22.pdf

JUNHO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (
INFRAESTRUTURA 06-22.pdf
EQUIPAMENTO 06-22.pdf
ATIVIDADE 06-22.pdf

JULHO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (

INFRAESTRUTURA 07-22.pdf

EQUIPAMENTO 07-22.pdf

EQUIPAMENTO 07-22.pdf

ATIVIDADE 07-22.pdf

AGOSTO

CLASSIF ESTABELECIMENTO (

INFRAESTRUTURA 08-22.pdf

EQUIPAMENTO 08-22.pdf

ATIVIDADE 08-22.pdf

a) instalações físicas para assistência (ambulatório, centro cirúrgico e hospital);

MAIO

INFORMAÇÕES GERAIS 05-22.pdf

LEITOS 05-22.pdf

CARACTERIZAÇÃO 05-22.pdf

JUNHO

INFORMAÇÕES GERAIS 06-22.pdf

LEITOS 06-22.pdf

CARACTERIZAÇÃO 06-22.pdf

JULHO

INFORMAÇÕES GERAIS 07-22.pdf

LEITOS 07-22.pdf

CARACTERIZAÇÃO 07-22.pdf

AGOSTO

INFORMAÇÕES GERAIS 08-22.pdf

LEITOS 08-22.pdf

CARACTERIZAÇÃO 08-22.pdf

**Fonte de evidência:** Sítio do CNES.

**PRODUÇÃO INTERNAÇÃO CIRURGICA MAIO A AGOSTO DE 2022**.

**MAIO**

ESPELHOS.HRCGD 05.2022.pdf

PROTOCOLO SISAIH.pdf

**JUNHO**

ESPELHOS.HRCGD 06.2022.pdf

PROTOCOLO.pdf

**JULHO**

PROTOCOLO.pdf

ESPELHOS 07.2022.pdf

**AGOSTO**

ESPELHOS.HRCGD 08.2022.pdf

PROTOCOLO.pdf

**RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL - MAIO A AGOSTO**

Pesquisa Satisfaçao 05-22.pdf

Pesquisa Satisfaçao 06-22.pdf

Pesquisa Satisfaçao 07-22.pdf

Pesquisa Satisfaçao 08-22-1.pdf

**RELATÓRIO ATENDIMENTOS A INDÍGENAS MESES - MAIO A AGOSTO 2022**

ATENDIMENTO INDIGENA 05-22.pdf

ATENDIMENTO INDIGENA 06-22.pdf

ATENDIMENTO INDIGENA 08-22.pdf

**RELATÓRIO ATUALIZADO PATRIMÔNIO MAIO A AGOSTO 2022**

RELAÇÃO DO PATRIMONIO MAIO

RELAÇÃO PATRIMONIO JUNHO

LISTA DO PATRIMONIO MÊS D

LISTA DO PATRIMONIO EM AG

## 4 CONCLUSÃO

No período de 01 de maio de 2022 a 31 de agosto de 2022 que determina o período do segundo quadrimestre de 2022, verificou-se que no que se refere ao cumprimento das metas de Desempenho e Qualidade bem como as metas de produção no período citado atendemos ao **6º Termo Aditivo** com o incremento dos procedimentos cirúrgicos com maior complexidade definida no referido termo aditivo.

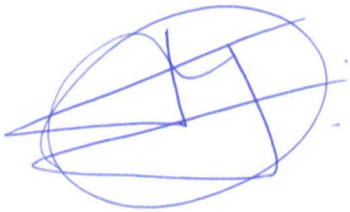
Cumpre evidenciar o índice de perca primária conforme quadro 2, esseíndice elevado pode nos impactar de forma preponderante o atingimento das metas de produtividade, sem contar com a concorrência com o projeto opera MS, onde o mesmo remunera com valores superiores os mesmo procedimentos que está em nosso contrato, onde fica

evidente nesse quadrimestre a dificuldade de atender pacientes elegíveis para nosso perfil, visto que os mesmos foram direcionados para outros hospitais.

Nesse quadrimeste tomamos providências nas definições de trabalho, estruturação de RH, implantação de novas diretrizes, foram iniciados e realizados todos os requisitos para cumprimento dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, solicitados e descritos no Anexo IV.a do Contrato de Gestão 02/2020 entre SES/MS e OSS - Instituto Social Mais Saúde.

Portanto foram realizados todos os atendimentos propostos no quadrimestre, conforme deliberação de critérios estabelecidos pela SES/MS.

Dourados/MS, 28 de setembro de 2022.



Alex Marques Cruz
Diretor Geral do HRCGD

Grazieli Landiosi Garcia
Coordenadora de Projetos