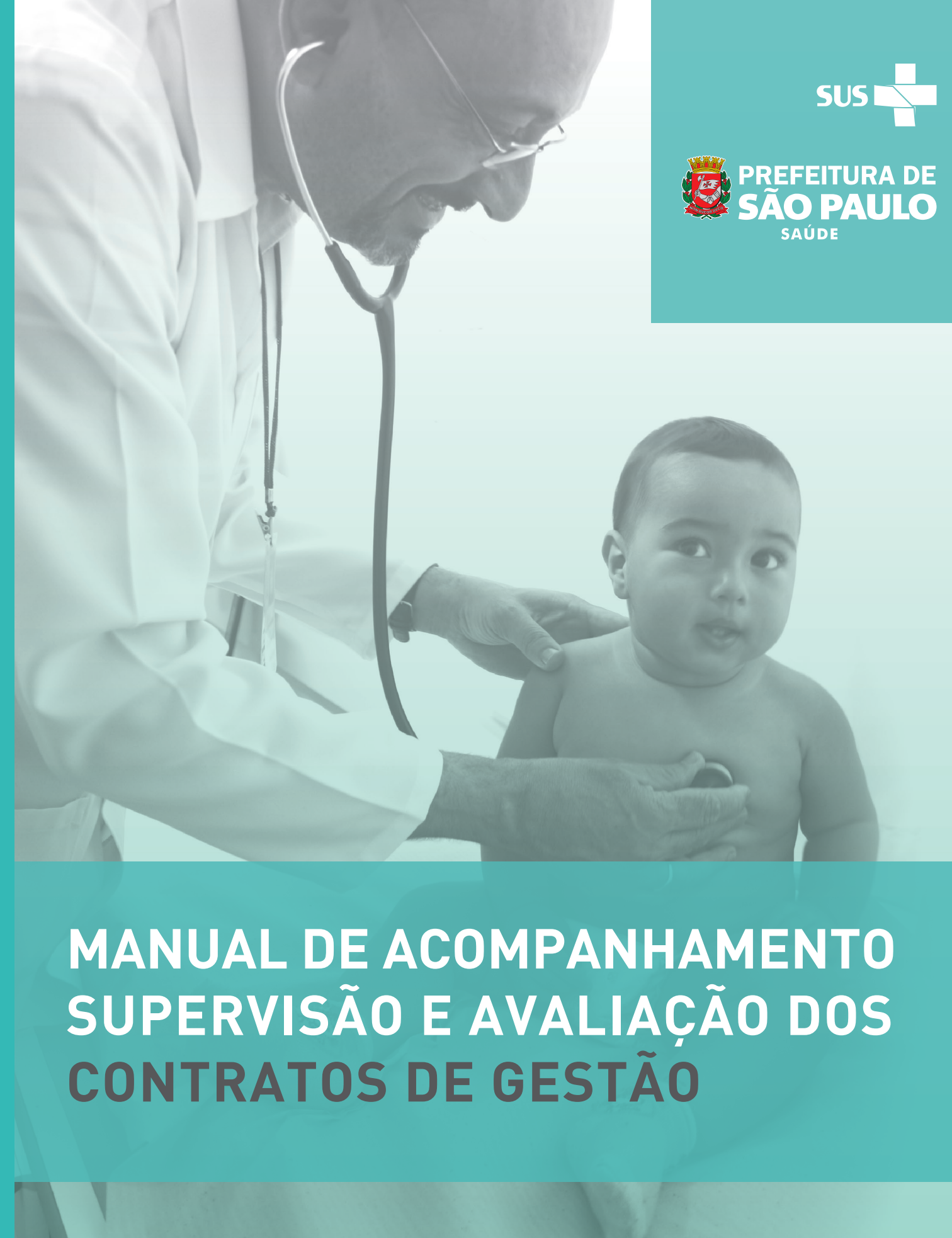




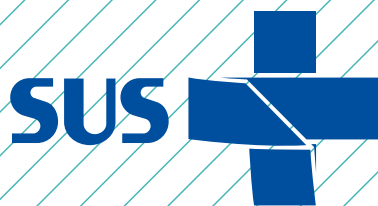
SUS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITO

Fernando Haddad

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Alexandre Rocha Santos Padilha

SECRETÁRIO ADJUNTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Celia Cristina Pereira Bortoletto

Este **Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão** tem por objetivo orientar e subsidiar as equipes técnicas da **Secretaria Municipal de Saúde** e das **Organizações Sociais** quanto aos procedimentos, fluxos e instrumentos de acompanhamento, supervisão e avaliação da execução das ações e serviços previstos nos contratos de gestão em relação às metas de equipe mínima, de produção e de qualidade, no âmbito da secretaria municipal da saúde, e em consonância com a lei 14.132, De 24 de janeiro de 2006, regulamentada pelo decreto nº 52.858, De 20 de dezembro de 2011, e respectivos instrumentos contratuais.

Os procedimentos, as ações, fluxos e relatórios propostos aplicam-se aos contratos de gestão com objeto de gerenciamento e execução de ações e serviços em unidades de saúde da rede assistencial de supervisões técnicas de saúde, e foram definidos a partir das experiências e de processos construídos com as **Coordenações Regionais de Saúde (CRS)**, **Supervisões Técnicas de Saúde (STS)**, **Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS)** de forma a atender requisitos de objetividade, padronização e coerência com os instrumentos contratuais.

O manual está estruturado em 2 capítulos principais: o capítulo 1 que trata das instâncias de acompanhamento e respectivas atribuições e das ações de acompanhamento no período de transição do contrato de gestão, e o capítulo 2 que trata dos procedimentos de acompanhamento e avaliação das metas de equipe mínima, de produção e de qualidade.

SUMÁRIO



DO ACOMPANHAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

1. INSTÂNCIAS E ATRIBUIÇÕES _____ **07**
2. PERÍODO DE TRANSIÇÃO E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS _____ **09**



ACOMPANHAMENTO DAS METAS DO CONTRATO DE GESTÃO

1. METAS DE EQUIPE MÍNIMA _____ **11**
2. METAS DE PRODUÇÃO _____ **16**
3. METAS DE QUALIDADE _____ **23**



ANEXOS

1. ANEXO I - RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
DAS METAS DE PRODUÇÃO _____ **43**
2. ANEXO II - PARÂMETRO PARA PAGAMENTO
E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR LINHA
DE SERVIÇO _____ **48**
3. ANEXO III - MATRIZ DE INDICADORES
DE QUALIDADE _____ **49**
4. ANEXO IV - QUADRO EXPLICATIVO DA
MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE _____ **50**



**DO ACOMPANHAMENTO,
SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO
DA EXECUÇÃO DO
CONTRATO DE GESTÃO**

1. INSTÂNCIAS E ATRIBUIÇÕES

O acompanhamento tem por finalidade a verificação objetiva da execução das ações e serviços previstos no contrato de gestão. Este capítulo apresenta as instâncias de acompanhamento e respectivas atribuições e os procedimentos previstos no período de 90 (noventa) dias a partir da assinatura do contrato.

- 1.1 **COORDENADORIA(S) REGIONAL (IS) DE SAÚDE E SUPERVISÃO(ÕES) TÉCNICA(S) DE SAÚDE**, responsável(is) pelo acompanhamento “in loco” da execução das ações e serviços previstos no objeto do Contrato de Gestão correspondente aos respectivos territórios, com as seguintes finalidades:
 - 1.1.1 Execução de procedimentos e ações de verificação objetiva da execução das ações e serviços previstos, identificando o alcance das metas segundo parâmetros e diretrizes pré-estabelecidas com a emissão de relatórios padronizados;
 - 1.1.2 Avaliar o progresso na execução dos serviços, identificando eventuais desvios dos objetivos contratuais e indicando medidas para sua correção e adequação;
 - 1.1.3 A(s) Supervisões Técnica(s) de Saúde deverá(ão) designar um ou mais Gestor Público do contrato que será responsável pelo acompanhamento “in loco” da execução do contrato e para a interlocução entre a CONTRATADA e as demais instâncias gestoras de SMS.
- 1.2 **AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL (AHM)** é responsável pelo apoio aos CRS(s) e STS(s) no desenvolvimento das atividades referentes às unidades de saúde de urgência e emergência, tipo Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento 24 horas, existentes no contrato.

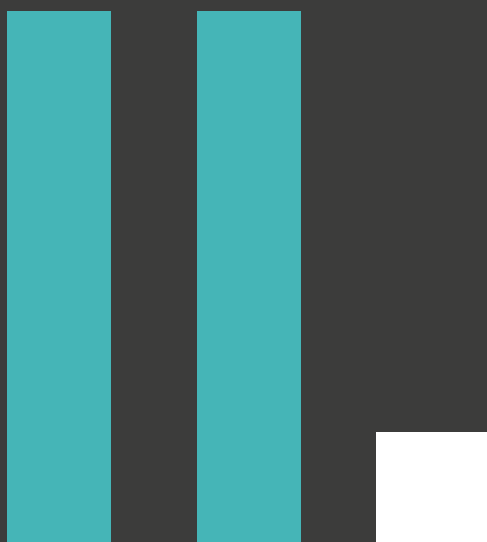
- 1.3 **COORDENAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA, DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL, DAS REDES DE ATENÇÃO, AS ÁREAS TÉCNICAS DE SMS, AHM , CEINFO , REGULAÇÃO** são responsáveis por apoiar a Coordenadoria Regional de Saúde e respectivas STS(s) no acompanhamento e avaliação das ações e serviços referentes às Políticas Públicas do SUS e diretrizes de SMS das respectivas áreas.
- 1.4 **NÚCLEO TÉCNICO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (NTCSS)**, setor da SMS-SP responsável pelo desenvolvimento dos processos que envolvem a contratualização dos serviços de saúde, a gestão e controle administrativo-financeiro dos contratos; bem como, pela avaliação da atuação da CONTRATADA por meio dos indicadores de produção, qualidade, e das prestações de contas.
- 1.5 **COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO (CTA)**, instância do NTCSS da SMS, composta por membros da CRS, STS, pelos responsáveis por Diretrizes Técnicas das Políticas de Saúde da SMS e por representante da Contratada.
- 1.5.1 Compete ao CTA realizar o acompanhamento e a avaliação da prestação dos serviços de saúde, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a CONTRATADA, elaborando relatórios de avaliação e fazendo cumprir os itens do contrato.
- 1.5.2 Os trabalhos do CTA serão trimestrais e os relatórios conclusivos elaborados pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) serão disponibilizados pelo NTCSS, sempre que necessário, para subsidiar as demais instâncias de controle, bem como adequar o planejamento dos exercícios subsequentes.

2. PERÍODO DE TRANSIÇÃO E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

Todos os Contratos apresentam período de transição de até 90 dias, a contar da data constante na Ordem de Início, para assunção total das unidades e serviços de saúde, objeto do Contrato. Neste período estão previstas as seguintes ações:

- 2.1 **NTCSS** – cadastra as unidades e serviços de saúde contratualizados, com as respectivas metas de equipe mínima, produção e de qualidade;
- 2.2 **NTCSS** – realiza treinamento no uso do sistema de acompanhamento dos contratos WEBSAASS para operadores autorizados pela O.S;
- 2.3 **O.S.** – cadastra o plano orçamentário por unidade e serviço de saúde contratualizados;
- 2.4 **O.S.** - envia a partir do primeiro mês os relatórios de “Prestação de Contas” conforme previsto no Contrato – até o dia 15 do mês subsequente ao ocorrido. Informa regularmente a produção assistencial referente às metas das unidades assumidas no sistema WEBSAASS.
- 2.5 **CRS/STS** – confirmam por ofício ao NTCSS, a assunção das unidades conforme previsto em cronograma. A qualquer tempo indicam intercorrências, se houver, relativas à assunção das unidades.

No período de transição as metas qualitativas e quantitativas (de equipe mínima e de produção) serão acompanhadas. A partir do 1º dia do término do período de transição, inicia-se o controle e a fiscalização de cumprimento das respectivas metas para fins de impacto financeiro.



**ACOMPANHAMENTO
DAS METAS DO
CONTRATO DE
GESTÃO**

1. METAS DE EQUIPE MÍNIMA

- 1.1 **DEFINIÇÃO:** A Equipe Mínima prevista como meta de contratual com impacto financeiro está descrita no Quadro de Metas de Equipe Mínima e Metas de Produção de cada Contrato de Gestão. O quantitativo das categorias profissionais da Equipe Mínima compreende os funcionários da administração direta e contratados pelas OS.
 - 1.1.1 As metas de Equipe Mínima podem ser alteradas para atendimento de padronização de SMS, decorrentes de avaliação das CRS/STS(s) e/ou mudanças de perfil de unidade; sendo necessário para tanto sua formalização por Termo Aditivo.
- 1.2 **OBJETIVO:** medição da equipe mínima, a partir do 4º mês de execução do contrato (inclusive), para fins de verificação do cumprimento de meta do contrato.
- 1.3 **ACOMPANHAMENTO MENSAL:** O acompanhamento da contratação e atuação da equipe mínima será realizado mensalmente pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e Supervisão Técnica de Saúde (STS), Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) nos termos de suas responsabilidades, e informada ao Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS).
 - a) A não manutenção da equipe mínima estabelecida para os serviços deste CONTRATO DE GESTÃO implicará em desconto, nos valores de pessoal e reflexo, do plano orçamentário contratado, correspondente aos profissionais não contratados pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL.
 - b) O desconto relativo a não manutenção da equipe mínima incidirá no repasse do segundo mês subsequente à prestação de contas do mês da ocorrência.

1.4 PROCEDIMENTOS PARA ESF, UBS, AE, AMA-E, NASF, NIR/CER, HC, EMAD, PAI, CAPS.

1.4.1 CRITÉRIOS PARA APONTAMENTO:

- a) Devem ser apontados os profissionais, dentro do quadro previsto para contratação da Organização Social (OS), aqueles que não foram contratados.
- b) Os profissionais contratados da OS com período de afastamento superior a 30 dias devem ser repostos, preferencialmente com contratos por tempo determinado. Os apontamentos referentes à situação de não reposição devem ser destacados.
- c) Periodicidade de apontamento: mensal.

1.4.2 PROCEDIMENTOS:

- a) A OS deverá preencher os dados de equipe contratada no WEBSAASS até o dia 15 do mês seguinte a ocorrência.
- b) A STS retira do relatório do WEBSAASS, avalia e valida a informação de “não contratados” da OS e de afastamento superior a 30 dias.
- c) Deverão ser considerados todos os trabalhadores contratados no mês de apuração independente do dia de ocorrência da contratação.
 - › Sugestões de fonte de verificação: CNES; SIGA; IDM; Verificação “in loco”.
- d) A STS envia Relatório EM I para a OS dar ciência aos apontamentos e, após devolução, o encaminha à CRS.
 - I) No caso da OS verificar apontamento indevido, esta deve apresentar os comprovantes à STS de contestação ao referido apontamento.
 - II) Neste caso o Relatório EM I será refeito para ciência da OS.
- e) A CRS envia o Relatório EM I para NTCSS até o dia 10 do mês seguinte às informações inseridas no sistema WEBSAASS.
- f) A NTCSS providência a aplicação dos descontos segundo o Relatório EM I enviado pela CRS até o dia 25 do mês de recebimento das informações da STS.

Exemplo: Cronograma

MÊS	AÇÃO
Setembro	Mês de verificação
Até 15 outubro	OS envia relatório Prestação de Contas e REGISTRA NO WEBSAASS as informações
Até 10 novembro	CRS/STS envia ao NTCSS RELATÓRIO I já com a ciência da OS
Até 25 novembro	NTCSS faz os cálculos do desconto e instrui processo para o repasse de dezembro

- g) Para os exames da linha de serviço SADT não há equipe mínima definida. O acompanhamento se dará no cumprimento de metas de produção

1.4.3 MODELO – RELATÓRIO EM I

RELATÓRIO EM I - MEDIÇÃO DE EQUIPE MÍNIMA ESF, UBS, AE, AMA-E, NASF, NIR, HC

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: REDE ASSISTENCIAL DA
STS

Nº do processo de origem:

Nº do contrato de gestão:

PERÍODO DE MEDIÇÃO: MÊS / ANO

Apresentamos no Quadro abaixo o número e carga horária semanal dos profissionais não contratados, conforme previsto na EQUIPE MÍNIMA, por unidade e serviço de saúde, cujos documentos comprobatórios encontram-se arquivados nesta CRS/STS:

Unidade/ Serviço	Déficit de Profissional (Não Contratado)	Categoria profissional	Carga Horária Semanal
CEO III	2	Cirurgiões dentistas	40h
APD NIR	1	Terapeuta Ocupacional	30h
UBS/ESF	0,75	Médico Generalista	40h
UBS	1	ACS	40h
UBS/ESF	1	Enfermeiro	40h
URSI	1	Médico Geriatra	20h
AMA-E	1	Médico Neurologista	12h
AMA-E	0,5	Médico Neurologista	12h
UBS	0,8	Médico Pediatra	20h

Fonte de verificação: identificar a(s) fonte(s) utilizadas

Apontar os profissionais contratados pela OS com afastamentos superiores a 30 dias e não repostos

Unidade /Serviço	Categoria Profissional carga horaria semanal	Tipo de licença/ data de início

SP ____/____/____

STS - carimbo e assinatura

SP ____/____/____

CRS - carimbo e assinatura

SP ____/____/____

Ciência OS - carimbo e assim.

1.5 PROCEDIMENTOS PARA PSM, PA, AMA 24 HORAS, AMA 12 HORAS E UPA

1.5.1 **OBJETIVO:** medição da equipe mínima, a partir do 4º mês (inclusive) de execução do contrato, para fins de verificação do cumprimento de meta do contrato.

1.5.2 **CRITÉRIO:** Desconto por plantão previsto e não realizado no mês, considerando o profissional não contratado e o contratado com ausência não justificada legalmente (conforme os artigos descritos da CLT como também situações adicionais descritas em Convenção Coletiva vigente).

- a) Deverão ser apontados os plantões de 12 horas previstos no mês, os plantões não realizados, e dos plantões não realizados informar quanto a: não contratação, ausência justificada, ausência não justificada, e licenças prolongadas.
- b) Os profissionais contratados da OS com período de afastamento superior a 30 dias devem ser repostos, preferencialmente com contratos por tempo determinado. Os apontamentos referentes à situação de não reposição, com afastamento superior a 30 dias, devem ser destacados.
- c) Os plantões realizados com número maior de profissionais aos previstos em equipe mínima não compensa os plantões não realizados previstos com equipe mínima.

1.5.3 PROCEDIMENTOS:

- a) OS deve lançar os dados no IDM, conforme orientação do gestor do sistema.
- b) OS deverá preencher os dados da equipe contratada no WEBSAASS até o dia 15 do mês seguinte ao da ocorrência.
- c) STS obtém relatório do WEBSAASS (contratados) e compatibiliza com o relatório do IDM (plantões não realizados).
 - › Para as Unidades de Urgência e Emergência (Pronto Socorros), considerar relatórios de acompanhamento da Autarquia Municipal Hospitalar.
- d) STS envia relatório **EM II** para a **OS dar ciência** e apresentar as justificativas das ausências de equipe contratada (cópias dos documentos).
 - I) No caso da OS verificar apontamento indevido, esta deve apresentar os comprovantes à STS de contestação do referido apontamento.
 - II) Neste caso o Relatório EM II será refeito para ciência da OS.
- e) STS envia ao NTCSS **Relatório EM II** ao NTCSS até o dia 10 do mês seguinte às informações inseridas no WEBSAASS.
- f) NTCSS providência os descontos segundo o Relatório EM II enviado pela CRS e AHM até o dia 25 do mês de recebimento das informações da STS.

Exemplo: Cronograma

MÊS	AÇÃO
Setembro	Mês de verificação
Até 15 outubro	OS envia relatório Prestação de Contas e REGISTRA NO WEBSAAS as informações
Até 10 novembro	CRS/STS envia ao NTCSS RELATÓRIO I já com a ciência da OS

1.5.4 MODELO – RELATÓRIO EM II

RELATÓRIO EM II - MEDIÇÃO DE EQUIPE MÍNIMA ESF, UBS, AE, AMA-E, NASF, NIR, HC

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: REDE ASSISTENCIAL DA STS _____

Nº do processo de origem:

Nº do contrato de gestão:

PERÍODO DE MEDIÇÃO: MÊS / ANO

Apresentamos no Quadro abaixo o número de profissionais e carga horária semanal de plantões de 12 horas não realizados no mês, bem como o número de justificado, não justificado e por afastamento superior a 30 dias não reposto, conforme previsto na EQUIPE MINIMA, por unidade e serviço de saúde, cujos documentos comprobatórios encontram-se arquivados nesta CRS/STS.

Unidade	Categoria profissional	1	2	2A	2B	2C	2D
AMA x – 12 horas de segunda a sábado	Médico Clínico						
AMA y – 24 horas de segunda a domingo	Médico Pediatra						
PSM x (24 hs de segunda a domingo)	Médico Ortopedista						

Legenda:

- 1 – Número de plantões de 12 horas previstos no mês
- 2 – Número de plantões de 12 horas não realizados
- 2 A – Número de plantões de 12 horas não realizados por não contratação
- 2 B – Número de plantões de 12 horas não realizados por contratados com ausência justificada
- 2 C – Número de plantões de 12 horas não realizados por contratados com ausência injustificada
- 2 D – Número de plantões de 12 horas não realizados por contratados com afastamentos superior a 30 dias não reposto

SP ____/____/____

STS - carimbo e assinatura

SP ____/____/____

CRS - carimbo e assinatura

SP ____/____/____

Ciência OS - carimbo e assinatura

2. METAS DE PRODUÇÃO

Foram selecionados procedimentos do rol das atividades a serem desenvolvidas para composição de metas de produção por linhas de serviços. No conjunto de procedimentos selecionados foram aplicados parâmetros, conforme diretrizes técnicas da Coordenação da Atenção Básica e das Áreas Técnicas, para o cálculo da meta de produção com impacto financeiro.

2.1 **ACOMPANHAMENTO MENSAL:** A produção assistencial deverá ser acompanhada mensalmente pela CRS/STS e AHM, considerando as atividades realizadas frente às metas estabelecidas para cada linha de serviço.

2.2 **AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO:** a produção será avaliada trimestralmente em reunião da CTA e, em caso de não atingimento de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) do consolidado da produção do período para cada linha de serviço contratada, o NTCSS, procederá ao desconto proporcional, no segundo mês subsequente à reunião de CTA.

a) Caso seja verificado que o não cumprimento da meta de produção assistencial foi devido à não contratação do número de profissionais estabelecido na equipe mínima, o NTCSS procederá ao desconto somente referente à não manutenção da equipe mínima, não incidindo neste caso duplo desconto.

b) Em caso de execução abaixo de 85,00% das metas de produção assistencial por período maior de 3 (três) meses consecutivos, poderá ser realizada a revisão das metas de produção assistencial pactuadas por linha de serviço, dos recursos humanos estimados para execução das atividades contratadas, assim como do Plano Orçamentário de Custeio.

c) As eventuais alterações a serem promovidas nas metas de produção assistencial, nos recursos humanos e no Plano Orçamentário de Custeio deverão ser necessariamente formalizadas por meio de Termo Aditivo.

2.3 APLICAÇÃO DE DESCONTO

a) Periodicidade: trimestral.

b) Incide desconto após reunião de CTA (Comissão de Técnica de Acompanhamento: CRS + STS + NTCSS + OS), sendo que essa reunião deverá ser realizada no segundo mês subsequente ao trimestre avaliado.

c) O não cumprimento de no mínimo 85% implicará no desconto de 10% sobre a proporção da respectiva linha de serviço, constante nos “Parâmetros para pagamento e avaliação de desempenho por linha de serviço”, anexo pertinente e específico a cada contrato de gestão.

d) O desconto incidirá sobre 95% do valor do repasse de custeio mensal do contrato do mês em que se deu o não cumprimento da meta.

2.4 PROCEDIMENTOS:

2.4.1 O.S.

- a) OS registra as informações de produção no WEBSAASS até o dia 15 do mês seguinte à ocorrência.
 - › Os procedimentos que deverão ser registrados no WEBSAASS são oriundos dos dados apontados nos Sistemas de Informação do SUS, conforme elenco referido no **ANEXO I – RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DAS METAS DE PRODUÇÃO**.

2.4.2 STS / CRS

- a) STS verifica mensalmente a produção por unidade de saúde e serviço considerando as informações do WEBSAASS e de outras fontes e faz interlocuções com a OS apresentando os resultados.
 - › Sugestões de fonte de verificação: SIGA; SIA-SUS, BPA, RAS, RAP.
- b) STS/CRS encaminha **Relatório de Produção (P1)** ao NTCSS até o dia 10 do mês subsequente à prestação de Contas, contendo os apontamentos das unidades em relação às metas não alcançadas, identificando, se houver, as ocorrências que determinaram o não atingimento da meta estabelecida.
 - › Para a elaboração do **Relatório P1**, a STS/CRS não deve parametrizar a meta, ou seja, alterar a meta estabelecida contratualmente, em virtude de: ausência justificada do profissional (férias, licenças e outros), profissionais “Mais Médicos”, “Provab”, “Residentes”, déficit na equipe mínima.
 - › O **Relatório P1** será utilizado para a elaboração do material para a reunião trimestral do período em **CTA**.

2.4.3 NTCSS

- a) NTCSS consolida os resultados do trimestre do WEBSAASS para análise do cumprimento de meta por linha de serviço.
 - › Para análise do cumprimento de metas de produção será elaborado relatório por linha de serviço, contendo os meses do trimestre a serem avaliados com as respectivas proporções de atingimento de metas, cujo limite será fixado em 100%, isto é, não será considerada a produção acima de 100% da meta estabelecida.
- b) O cumprimento de 85% das metas por linha de serviço se refere ao resultado global da linha de serviço no trimestre; as unidades, os meses e atividades podem ser compensados entre si.

- c) No caso do resultado da linha de serviço do trimestre for menor que 85% o NT-CSS deverá adotar os seguintes procedimentos:
- Verificar os meses do trimestre que não atingiram o patamar mínimo de 85%.
 - Identificar as atividades e respectivas unidades que apresentaram percentual de produção abaixo de 85%
 - Cotejar com os descontos de Equipe Mínima efetuados e com as justificativas encaminhadas nos relatórios P 1
 - Refazer os cálculos da produção consolidada do trimestre e da linha de serviço “zerando” a meta e a produção daquelas atividades, nos meses que foram objetos de ocorrências ou descontos de equipe mínimo
 - Verificar se após o refazimento dos cálculos o percentual de realização atingiu o patamar mínimo de 85%. Em caso afirmativo entende-se que a meta foi cumprida. Em caso negativo a aplicação do desconto é cabível.

Exemplo: Relatório Consolidado do Trimestre com a Correção

LINHAS DE SERVIÇO	META DE PROD.	SETEMBRO		OUTUBRO		NOVEMBRO		TOTAL TRIMESTRE			TOTAL TRIMESTRE CORRIGIDO	
		PROD.	%	PROD.	%	PROD.	%	META	PROD.	%	PROD.	%
UBS TRADICIONAL												
Nº CONSULTA CLÍNICA GERAL	789	1.057	133,97	898	113,81	943	119,52	2.367	2.898	122,43	2.367	100
Nº CONSULTA GO	789	1.053	133,46	979	124,08	958	121,42	2.367	2.990	126,32	2.367	100
Nº CONSULTA PEDIATRIA	789	457	57,92	457	57,92	588	74,52	2.367	1.502	63,46	1.502	63,46
Nº ATENDIMENTO INDIVIDUAL CIR.DENTISTA (7.60.80)	777	814	104,76	569	73,23	625	80,44	2.331	2.008	86,14	1.971	84,56
Nº PROCEDIMENTO INDIVIDUAL CIR.DENTISTA (7.60.81)	3.108	2.313	74,42	2.551	82,08	2.729	87,81	9.324	7.593	81,44	7.593	81,44
Total	6.252	5.694	91,07	5.454	87,24	5.843	93,45	18.756	16.991	90,59	15.800	84,24

Linha de Serviço corrigida com a exclusão do nº de consultas de pediatria que não apresentaram equipe mínima completa

LINHAS DE SERVIÇO	META DE PROD.	SETEMBRO		OUTUBRO		NOVEMBRO		TOTAL TRIMESTRE			TOTAL TRIMESTRE CORRIGIDO	
		PROD.	%	PROD.	%	PROD.	%	META	PROD.	%	PROD.	%
UBS TRADICIONAL												
Nº CONSULTA CLÍNICA GERAL	789	1.057	133,97	898	113,81	943	119,52	2.367	2.898	122,43	2.367	100
Nº CONSULTA GO	789	1.053	133,46	979	124,08	958	121,42	2.367	2.990	126,32	2.367	100
Nº ATENDIMENTO INDIVIDUAL CIR.DENTISTA (7.60.80)	777	814	104,76	569	73,23	625	80,44	2.331	2.008	86,14	1.971	84,56
Nº PROCEDIMENTO INDIVIDUAL CIR.DENTISTA (7.60.81)	3.108	2.313	74,42	2.551	82,08	2.729	87,81	9.324	7.593	81,44	7.593	81,44
Total	5.463	5.237	95,86	4.997	91,47	5.255	93,45	16.389	15.489	94,51	14.298	87,24

2.4.4 Para a linha de serviço de SADT, por não ter meta de equipe mínima, a produção desta linha de serviço será avaliada quanto ao cumprimento de metas por tipo de exame. As compensações poderão ocorrer entre unidades e meses para o mesmo tipo de exame, não havendo compensação entre tipos de exames e meses de exames diferentes.

a) Em caso de não atingimento do patamar mínimo de 85% de realização de cada exame, será aplicado desconto proporcional ao peso de cada exame na representatividade da linha de serviço SADT definida no Anexo II Parâmetros para pagamento e Avaliação de Desempenho por Linha de Serviço.

- › O peso de cada exame será obtido da proporção de valores totais da linha de serviço SADT calculados a partir do volume de exames (meta) segundo valores do SIGTAB.

2.4.5 Os relatórios finais serão apresentados, discutidos e aprovados em CTA apontando os descontos previstos em contrato.

- › Os presentes devem assinar a ATA do CTA na data da reunião.

RELATÓRIO PI - RELATÓRIO MENSAL DE MEDIÇÃO DE PRODUÇÃO

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: REDE ASSISTENCIAL DA STS _____

Nº do processo de origem:

Nº do contrato de gestão:

PERÍODO DE MEDIÇÃO: MÊS / ANO

Segue o Relatório de Produção Mensal, apontando as seguintes produções ABAIXO de 85 %.

Atenção básica: ESF

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
UBS/ ESF xxxxxx	Consultas médicas		
	Atendimento odonto		
	Visita domiciliar		
	Consulta de enfermeiro		

UBS Mista

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
UBS xxxx	Consulta médica pediatra		

UBS Tradicional

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
UBS xxxx	Consulta médica pediatra		

UBS Integral

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
UBS xxxx	Consulta médica pediatra		

PAI

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
PAI	Idosos acompanhados	80	

EMAD/EMAP

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
EMAD	Idosos acompanhados	80	
EMAP	Idosos acompanhados		

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

AMA E e AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
AMA E xxxxx	Consultas endocrinologia	65	
AMA E xxxxx	Consultas reumatologista	50	

HD – HORA CERTA

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
HD	Consultas endocrinologia	65	
	Cirurgias ambulatoriais		

CEO

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
CEO XXXXX	Prótese	65	

REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
CAPS xx	Pacientes com cadastro ativo	65	
UA			
SRT			

SADT

Unidade/ Serviço	Descritivo da Meta	% de alcance da meta	Justificativa – Ocorrência/ evento se Houver
AE xxxx	Teste ergométrico	32	
AMB xx	Holter	69	

SP ____/____/____

STS - carimbo e assinatura

SP ____/____/____

CRS - carimbo e assinatura

3. METAS DE QUALIDADE

A aferição da qualidade é realizada a partir do acompanhamento de oito indicadores classificados e apresentados conforme calendário do contrato demonstrado em Matriz de Indicadores de Qualidade. Os referidos indicadores se referem às seguintes dimensões analíticas: qualidade da informação (2), processo de trabalho (4) satisfação do usuário (1) e funcionamento dos conselhos gestores (1).

3.1 **AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE:** As Metas de Qualidade serão avaliadas e pontuadas por meio dos indicadores estabelecidos na Matriz de Indicadores de Qualidade e Quadro Explicativo da Matriz de Indicadores de Qualidade, constantes em anexos dos contratos de gestão.

3.2 **PERIODICIDADE:** A avaliação dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA).

3.3 **DESCONTO PELO NÃO CUMPRIMENTO DAS METAS DE QUALIDADE:** implicará desconto proporcional à meta não cumprida, conforme matriz de indicadores, que incidirá sobre 5,00 % (cinco por cento) do valor de custeio mensal do contrato.

a) Em caso de não atingimento de 100,00% da meta estabelecida para cada indicador, de acordo com sua periodicidade, a pontuação será zerada e o NTCSS nos termos de suas responsabilidades, fará trimestralmente o desconto proporcional correspondente às metas não atingidas, no segundo mês subsequente à reunião de CTA.

b) Para os Contratos de Gestão envolvendo mais que uma STS, os resultados das medições serão somados para concluir pelo cumprimento do indicador.

c) Quanto ao Indicador de Ouvidoria, se houver apontamento insatisfatório em uma das Supervisões, o resultado será considerado como não cumprimento do indicador.

3.4 DETALHAMENTO DOS INDICADORES

3.4.1 INDICADOR 1 – PONTUALIDADE NA ENTREGA DOS RELATÓRIOS MENSIS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAIS E FINANCEIRAS

a) **Descrição:** A Organização Social deverá entregar para o Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS), um conjunto de relatórios e documentos até o dia 15 do mês seguinte à execução das atividades.

b) Periodicidade: mensal..

c) Evidências:

- › Carimbo de recebimento no NTCSS até às 17 horas do dia 15 do mês seguinte à execução, prorrogável para o próximo dia útil.
- › Verificação da completude da entrega pela equipe técnica e financeira do NTCSS.

d) Este indicador será pontuado pelo NTCSS conforme registro da data da entrega e completude dos relatórios entregues.

e) Relatórios a serem entregues:

Assistencial	Relatório 1.1.01 “Apuração De Dados Consolidado” Extraído do Sistema Websaass, Impresso e Assinado pelo Responsável da Os.
	(Para Obtenção desse Relatório É Imprescindível que os Dados de Produção e de Equipe Mínima sejam Digitados no Sistema WEBSAASS)
Financeiro	Os Itens de Receitas, Despesas, Provisionamentos e Saldos Bancários Devem ser Lançados no Sistema WEBSAASS até o Dia .
	Balancete Financeiro Sintético Mensal Extraído do Sistema WEBSAASS Impresso e Assinado pelo Responsável da Os.
	Termo de Responsabilidade, Atestando a Veracidade das Informações Enviadas.
	Extratos Bancários de Contas Correntes e Aplicações Financeiras do Contrato de Gestão
	Certidões Negativas de Débitos Trabalhistas, de INSS, de FGTS e da Receita Federal.

3.4.2 INDICADOR 2 – PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS, NOS SEGUINTE ASPECTOS: LEGIBILIDADE, ASSINATURAS, CID E EXAME FÍSICO

- a) A Supervisão Técnica de Saúde (STS) deverá entregar para o NTCSS, a avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades sob contrato de gestão.
- b) Periodicidade do indicador: Três vezes ao ano ou conforme matriz de indicadores.
- c) Evidências:
 - › Relatório de verificação de prontuários para registros de atendimento médico (UBS, ESF, AMA-E, AmbEsp, HCerta, CAPS, CER, e outras).
 - › Fichas de atendimento (AMA e PSM).
- d) Meta: 90 % ou mais das fichas avaliadas atendendo aos seguintes requisitos: legibilidade, hipótese diagnóstica ou CID, exame físico, assinatura com identificação (carimbo ou nome legível).
- e) Metodologia de avaliação.
 - › A verificação dos prontuários ou fichas deve ser realizada pela STS na presença da gerência da Unidade ou seu representante e o Relatório da Unidade será assinado por ambos.
 - › A STS/AHM (no caso de UPA, PA, PSM e AMA 24h) deverá estabelecer cronograma de visitas às Unidades para que cada Unidade seja verificada NO MÍNIMO uma vez ao ano.
 - › As unidades podem ser divididas em três grupos para a verificação.
 - › Na unidade, no momento da verificação, dever-se-á levantar aleatoriamente amostra de prontuários e/ou fichas de atendimento.

- › A amostra de prontuários e/ou fichas de atendimento será:

UNIDADES ESF	Três prontuários por equipe
UBS TRADICIONAIS	Dez prontuários
CAPS	Dez prontuários
AMA / PSM / PA / UPA	Trinta fichas de atendimento
AMA E, AE e HD - Hora Certa	Três prontuários por especialidade

- › Verificar se o último atendimento do médico contém:

EXAME FÍSICO	Considerar o registro do exame físico relativo ao motivo da consulta (queixa específica, acompanhamento periódico, puericultura, entre outros); nos casos dos CAPS verificar o registro da evolução. Três prontuários por equipe
CID OU HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DESCRITA (EM CASO DE ACOMPANHAMENTO CONTINUADO COMO NOS CAPS VERIFICAR O REGISTRO INICIAL DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA)	
ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO LEGÍVEL	Verificar se é possível identificar adequadamente o profissional que realizou o último atendimento
LEGIBILIDADE	Considerar a legibilidade das informações registradas na última consulta ou atendimento

- › Registrar em planilha o número de prontuários ou fichas com pelo menos 1 dos itens faltantes de cada unidade e o número total de prontuários ou fichas avaliadas.
- › STS consolida as informações conforme **Relatório Q 2** que deve ser entregue ao NTCSS até o dia 10 do mês subsequente à prestação de contas do mês de pontuação.
- › Cálculo do Indicador:

$$\frac{\text{nº de prontuários (ou fichas) com 1 item faltante ou mais}}{\text{nº total de prontuários (ou fichas) avaliados}} \times 100$$

- › Resultado do indicador $\leq 10 \%$

RELATÓRIO Q2 - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS E FICHAS DE ATENDIMENTO

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: REDE ASSISTENCIAL DA STS _____

Nº do processo de origem:

Nº do contrato de gestão:

PERÍODO DE MEDIÇÃO: MÊS / ANO

Indicamos abaixo o total de prontuários e fichas de atendimento analisados, por unidades de saúde assim como o nº de prontuários com os quatro quesitos atendidos e a respectiva porcentagem.

As planilhas de registro com detalhamento da avaliação encontram-se arquivadas na STS _____.

Unidade de Saúde avaliada	Nº total de prontuários e/ou fichas avaliados	Nº de prontuários e/ou fichas com os critérios (4 quesitos) atendidos	Porcentagem de atendimento dos critérios
UBS xxx			
UBS xxx			

TOTAL			

Em razão da porcentagem de prontuários que atendem os critérios ser (igual ou superior) (inferior) a 90 %, consideramos o (cumprimento) OU (não cumprimento) da meta.

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

3.4.3 INDICADOR 3 – EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE APROVADO PELA CRS

- a) **Periodicidade:** Uma vez ao ano, conforme matriz de pontuação.
- b) **Responsabilidade** pela entrega ao NTCSS: Supervisão Técnica de Saúde.
- c) **Evidência:** relatório de acompanhamento da execução das atividades do PLAMEP pela Supervisão Técnica de Saúde.
- d) **Meta:** 100 % de realização das atividades previstas.
- e) **Metodologia de avaliação**
 - › A OS enviará relatório das atividades realizadas com lista de presença, para a STS, devendo ser consideradas as atividades planejadas e realizadas até o mês anterior ao mês de pontuação do indicador.
 - › Por sua vez, a STS preencherá o **Relatório Q 3** e fará o cálculo do indicador, então este relatório será enviado para NTCSS no mês de pontuação do indicador.
 - › **Cálculo do Indicador**

$$\frac{\text{nº de atividades realizadas}}{\text{nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período}} \times 100$$

- › As eventuais alterações do plano deverão ser justificadas e aprovadas pela STS e pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e comunicadas ao NTCSS.

RELATÓRIO Q3 - EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA**Destinatário: NTCSS**

Contratada:

Objeto: REDE ASSISTENCIAL DA STS _____

Nº do processo de origem:

Nº do contrato de gestão:

PERÍODO DE MEDIÇÃO: MÊS / ANO

ATIVIDADE / CURSO	DATA PREVISTA	DATA DE REALIZAÇÃO

Atestamos que foram realizadas _____ % das atividades previstas no Plano de Educação Continuada no período de _____ a _____.

Atestamos que as atividades xxxxx foram substituídas pelas atividades yyyy em comum acordo entre CRS, STS e OS conforme informado em Ofício xxxx .

Consideramos o (cumprimento) OU (não cumprimento) da meta .

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

CRS - carimbo / assinatura

3.4.4 INDICADOR 4 – PROPORÇÃO DE CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE INSCRITAS NA SALA DE VACINAS DE UNIDADES SOB CONTRATO DE GESTÃO COM CALEN- DÁRIO VACINAL EM DIA CONFORME AGENDAMENTO

- a) Indicador revisto e pactuado com Divisão de Imunização de COVISA.
- b) **Objetivo:** Avaliar o processo de trabalho das salas de vacinas com relação à busca ativa dos faltosos menores de 12 meses.
- c) **Descrição:** Avaliação das fichas-registro de crianças menores de 12 meses da sala de vacinas das unidades de saúde contratualizadas, para verificação da conformidade do registro de vacinas, de acordo com o agendamento previsto para o calendário vacinal para a idade.
- d) **Periodicidade do indicador:** duas vezes ao ano, conforme matriz de pontuação.
- e) **Responsabilidade pela verificação e entrega do relatório para NTCSS:** Supervisão Técnica de Saúde.
- f) **Evidência:** relatório de verificação de ficha-registro da sala de vacinas de unidades de saúde contratualizadas (**Relatório Q 4 B**).
- g) **Meta:** 90 % do total da amostra com calendário completo ou no máximo de 10% do total da amostra de não conformidade segundo os critérios.
- h) **Critério:** Considerar as vacinas com atraso de mais de 30 dias com relação à data prevista para a vacinação.
 - › Crianças com início tardio do calendário não considerar como atraso.
 - › Serão excluídas as crianças com fichas-registro comprovadamente “não residentes” na área de abrangência da UBS, quando for detectado atraso.
 - › **Amostra:** 100% das crianças menores de 12 meses com fichas-registro na sala de vacina.
- i) **Procedimentos de verificação**
 - › A verificação das fichas deve ser feita pela STS na presença da Gerência da Unidade ou seu representante.
 - › STS deve estabelecer cronograma de verificação para que cada unidade com atividade de vacinação seja verificada no mínimo uma vez ao ano.
 - › Conhecer o número total de crianças de até 12 meses com registro na sala de vacina.
 - › As fichas-registro devem estar arquivadas por aprazamento.
 - › Analisar as fichas-registro arquivadas dentro do prazo identificando se estão corretas quanto ao critério.
 - › Analisar as fichas-registro arquivadas como “faltosos” e as fichas registros detectadas dentre as fichas aprazadas e verificar a Comprovação de busca ativa de faltoso (pode ser relatório de visita, aerograma, exclusão da família em SIAB no caso de ESF e outros);

- › Excluir as fichas-registro de crianças comprovadamente “não residentes” na área de abrangência da UBS.
- › A planilha de verificação **Relatório Q 4 A** deve ser feita em duas vias, assinada pela STS e pelo Gerente da unidade (ou substituto ou representante da OS), uma das vias deve ficar na UBS.
- › **STS** envia cópia do **Relatório Q 4 A** para a SUVIS correspondente.
- › **STS/CRS** elaboram o **Relatório Q 4 B** e enviam ao NTCSS até o dia 15 do mês subsequente ao mês de pontuação segundo a Matriz de Indicadores.

a) Cálculo do indicador

$$\frac{\text{nº de crianças com vacina em atraso}}{\text{nº total de crianças com até 12 meses registradas na sala de vacina}} \times 100$$

3.4.4.1 MODELO – RELATÓRIO Q 4 A

RELATÓRIO Q4 A - REGISTRO DE VERIFICAÇÃO DE FALTOSOS EM SALA DE VACINA

(preencher 2 vias e deixar 1 com a UBS)

STS _____

Contratada:

Contrato de gestão:

Nome da unidade:

Total de crianças com até 12 meses cadastradas na sala de vacina: _____

Data: ____/____/____

INICIAIS DA CRIANÇA	IDADE (MESES)	VACINAS EM ATRASO (relacionar vacina e dose)
TOTAL de fichas com vacina(s) em atraso		

Total de fichas-registro analisadas: _____
 Porcentagem de fichas com vacina(s) em atraso _____ %

Obs.: Não registrar os faltosos de crianças não residentes comprovados e aquelas com busca ativa realizada.

SP ____/____/____

Avaliador - carimbo / assinatura

SP ____/____/____

Avaliador - carimbo / assinatura

SP ____/____/____

Gerente / representante
carimbo / assinatura

3.4.4.2 MODELO – RELATÓRIO Q 4 B

RELATÓRIO Q4 B - PRORPOÇÃO DE CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE INSCRITOS NAS UNIDADES SOB CONTRATO DE GESTÃO COM CALENDÁRIO VACINAL COMPLETO PARA IDADE

Destinatário: NTCSS
Contratada:
Objeto: Contrato de Gestão da Rede Assistencial _____
N do Processo:
N do Contrato de Gestão:
Período de medição: _____

Indicamos abaixo a quantidade de fichas de crianças de até 12 meses (do período de verificação) analisadas, a quantidade de crianças com vacinas em atraso segundo o critério, e o percentual correspondente, por unidade de saúde.

As planilhas de registro com detalhamento da avaliação encontram-se arquivadas na Supervisão Técnica de Saúde _____.

Unidade de Saúde avaliada	Nº de crianças de até 12 meses cadastradas na sala da vacina	Nº de crianças com vacina(s) em atraso	Porcentagem de crianças com vacina(s) em atraso
UBS xxxxx			
UBS xxxxxx			
UBS xxxxxxxx			
UBS xxxx			

TOTAL	xxx	xxx	xxx%

Em razão da porcentagem de fichas de crianças com vacina(s) em atraso ser (igual ou inferior) (superior) a 10 %, consideramos o (cumprimento) OU (não cumprimento) da meta.

SP ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

SP ____/____/____

CRS - carimbo / assinatura

3.4.5 INDICADOR 5 – PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE REALIZARAM PROCEDIMENTOS BÁSICOS NO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO

- a) Indicador revisto e pactuado com Área Técnica de Saúde da Mulher, CEINFO/SMS, CEINFO/Regionais e Responsável pelo Business Intelligence (BI).
- b) **Descrição:** avaliação do número de gestantes que apresentam os resultados de dos exames laboratoriais selecionados do pré-natal: 2 resultados de Sífilis + 2 resultados de HIV + 2 resultados de urina I + 1 resultado de hepatite B + 2 resultados de glicemias de jejum.
- c) **Periodicidade de Avaliação:** três vezes ao ano ou conforme Matriz de Indicadores de Qualidade.
- d) Responsabilidade: Supervisão Técnica de Saúde / CRS.
- e) **Fonte:** SIGA / BI.
- f) **Período de medição:** período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

Avaliação	Setembro
Medição	Abril - Maio - Junho

- g) **Meta:** 75% das gestantes com DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP) para o período de medição com todos os resultados de exames selecionados.
- h) **Cálculo do indicador:**

$$\frac{\text{nº de gestantes das unidades de saúde contratualizadas com todos exames realizados}}{\text{nº total de gestantes das unidades de saúde contratadas com DPP para o período}} \times 100$$

i) Fluxo de informação:

- › STS realiza a apuração de dados do Relatório do Siga/BI, e STS envia o Relatório Q 5 para o NTCSS até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.

Observação: As informações da primeira avaliação deverão ser computadas para fins de monitoramento, considerando que a metodologia de apuração pode envolver período antecedente ao Contrato. Sugere-se que haja parametrização dos procedimentos possíveis de serem mensurados para o período, e que se incluam apenas as unidades de saúde que já foram assumidas.

3.4.5.1 MODELO – RELATÓRIO Q 5

RELATÓRIO Q5 - VERIFICAÇÃO DO INDICADOR: PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE REALIZARAM PROCEDIMENTOS BÁSICOS NO PRE-NATAL NAS UNIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: Contrato de Gestão da
Rede Assistencial _____

Nº do Processo:

Nº do Contrato de Gestão:

Período de medição: _____

Indicamos abaixo a quantidade de gestantes com DPP no período de medição com o número de gestantes com TODOS os exames selecionados realizados e a respectiva porcentagem por unidade de saúde contratualizada.

Unidade de Saúde	Nº total de gestantes com DPP no período	Nº de gestantes com todos os exames registrados	Porcentagem de gestantes com todos os exames registrados
UBS xxxxx1			80%
UBS xxxxxx2			75%
UBS xxxxxxx3			
UBS xxxxx4			30%

TOTAL	—	—	— %

Observação: Em caso de ocorrência/evento que justifique o resultado final do indicador abaixo da Meta descrever: _____

Em razão da porcentagem de gestantes com todos os exames realizados e registrados ser (igual ou superior) (inferior) xxxxx, consideramos o (cumprimento) ou (não cumprimento) da meta.

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

3.4.6 INDICADOR 6 – PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS NAS UNIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO

- a) **Descrição:** avaliação do número de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.
- b) **Periodicidade de Avaliação:** 3 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação.
- c) **Responsabilidade:** Supervisão Técnica de Saúde/CRS.
- d) **Fonte:** SIGA / BI.
- e) **Período de medição:** período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

Avaliação	Setembro
Medição	Abril - Maio - Junho

- f) **Meta:** 75% das gestantes com DPP no período de medição com 7 ou mais de consultas de pré-natal.
- g) **Cálculo do indicador:**

$$\frac{\text{nº de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizados}}{\text{nº total de gestantes das unidades de saúde contratadas com DPP para o período}} \times 100$$

h) Fluxo de Informação:

- › STS realiza a apuração de dados do Relatório do Siga/BI, STS .
- › STS envia o **Relatório Q 6** para o NTCSS até o dia 15 do mês subsequente à pontuação.
- › **Observação:** As informações da primeira avaliação deverão ser computadas para fins de monitoramento, considerando que a metodologia de apuração pode envolver período antecedente ao Contrato. Sugere-se que haja parametrização dos procedimentos possíveis de serem mensurados para o período, e que se incluam apenas as unidades de saúde que já foram assumidas.

3.4.6.1 MODELO – RELATÓRIO Q 6

RELATÓRIO Q6 - VERIFICAÇÃO DO INDICADOR DE PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DO CONTRATO DE GESTÃO

Destinatário: **NTCSS**

Contratada:

Objeto: Contrato de Gestão da Rede Assistencial _____

Nº do Processo:

Nº do Contrato de Gestão:

Período de medição: _____

Indicamos abaixo o total de gestantes com DPP no período avaliado, a quantidade de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal e as respectivas porcentagens, por unidade.

Unidade de Saúde	Nº total de gestantes com DPP no período	Nº de gestantes com 7 ou mais consultas de PN	Porcentagem de gestantes com 7 ou mais consultas de PN
UBS xxxxx1			
UBS xxxxxx2			
UBS xxxxxxx3			
UBS xxxx4			

TOTAL	—	—	— %

Observação: Em caso de ocorrência/evento que justifique o resultado final do indicador abaixo da Meta descrever: _____

Em razão da porcentagem de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal ser (igual ou superior) (inferior) a 75 %, consideramos o (cumprimento) OU (não cumprimento) da Meta.

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

CRS - carimbo / assinatura

3.4.7 INDICADOR 7 – ANÁLISE DO RELATÓRIO DE QUEIXAS À OUVIDORIA E DAS PROVIDÊNCIAS RELACIONADAS

- a) Indicador revisto e pactuado com a Ouvidoria Central de SMS.
- b) **Periodicidade do indicador:** Quatro vezes ao ano, conforme matriz de pontuação.
- c) **Responsabilidade pela verificação e entrega do relatório para NTCSS:** Supervisão Técnica de Saúde.
- d) **Evidência:** Relatório entregue pela OS.
- e) **Período de medição:** período de 3 meses que não inclui o mês imediatamente anterior ao mês de pontuação.
- f) **Meta:** Relatório considerado “a contento” conforme critérios estabelecidos.
- g) **Metodologia de avaliação:**
 - › Período de avaliação.

Período de avaliação	OS entrega relatório para STS	STS analisa o relatório e envia para NTCSS
Mês 1, mês 2, mês 3	Mês 4 (até dia 30)	Mês 5 (até dia 20) mês de pontuação

- › Ouvidoria Central da Saúde envia para os gestores dos contratos as informações contidas no Banco de Dados do Sistema Ouvidor SUS referentes a suas unidades, para que esses possam elaborar relatórios, até o dia 20 de cada mês, conforme item 5.1.3 do POP OC – 05 - Portaria 982/2015. Estes deverão conter a análise das manifestações recebidas, das medidas implantadas e seus resultados no ciclo.
- › STS analisa o relatório conforme critérios estabelecidos no item 5.2 da Instrução de Trabalho 05-04 .
- › STS envia Ateste para NTCSS considerando “a contento” se todos os itens obtiverem resposta SIM ou NA (não se aplica). Uma resposta NÃO implica no ateste “não a contento”.
- › POP e IT: **(Relatório Q7)**.

RELATÓRIO Q7 - ANÁLISE DO INDICADOR “ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES RECEBIDAS E PROVIDÊNCIAS ADOTADAS, PADRÃO OUVIDORIA
Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: Contrato de Gestão da Rede Assistencial _____

Nº do Processo:

Nº do Contrato de Gestão:

Período de medição: _____

5.2 Ferramenta para avaliação por parte das Supervisões de Saúde, Coordenadorias e Autarquia Hospitalar Municipal

PLANEJAMENTO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Foram levantados os principais assuntos das manifestações a partir do banco de dados da Ouvidoria Central da Saúde?			
Foram apontados os motivos para que tais manifestações ocorressem?			
Foram apresentados os alvos das manifestações (setor / categoria profissional / unidade)?			
Foram apontadas quais unidades receberam as manifestações?			
Foram apresentadas quais ações serão aplicadas e o motivo pela qual elas ocorreram?			
Está descrito de forma clara o que será feito, quando, como, por quem e onde?			
AÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Foram realizadas as ações de acordo com o planejamento previamente elaborado?			
Foram apresentadas as evidências?			
AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Foram apresentados os resultados obtidos e as justificativas possíveis destes?			
Foi feita a avaliação da eficácia das medidas previstas tendo como base os dados do Sistema Ouvidor SUS relativas ao período seguinte ao das ações tomadas?			

AJUSTES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Baseado na avaliação realizada foi determinado a alteração, a prorrogação ou encerramento das ações tomadas?			

CONSIDERAÇÕES FINAIS ADICIONAIS E OUTROS PONTOS PERTINENTES

De acordo com as informações acima, consideramos o Relatório De Ouvidoria (cumpru) OU (não cumpru) a meta de acordo com os critérios de avaliação.

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

CRS - carimbo / assinatura

3.4.8 INDICADOR 8 – FUNCIONAMENTO DO CONSELHO GESTOR DAS UNIDADES SOB CONTRATO DE GESTÃO

- a) **Periodicidade do indicador:** Três vezes ao ano, conforme matriz de pontuação.
- b) **Responsabilidade** pela verificação e entrega do relatório para NTCSS: CRS.
- c) **Evidência:** Listas de presença e atas das reuniões dos Conselhos Gestores das Unidades.
- d) **Período de medição:** Trimestre que antecede o mês de pontuação e que não inclui o mês imediatamente anterior ao mês de pontuação.
- e) **Meta:** realização de 80 % das reuniões previstas.
- f) **Metodologia de avaliação:**
 - › Unidade envia à STS cronograma anual das reuniões do Conselho Gestor.
 - › Unidade envia à STS cópias das listas de presença e atas das reuniões do conselho gestor.
 - › CRS envia atestado de realização para NTCSS até o dia 20 do segundo mês subsequente ao último mês do período avaliado (avaliação meses 1,2, e 3 – envio do **Relatório Q 8** para NTCSS até dia 20 do mês 5).

3.4.8.1 MODELO – RELATÓRIO Q 8

RELATÓRIO Q8 - VERIFICAÇÃO DO INDICADOR: DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO GESTOR DAS UNIDADES DE SAÚDE SOB CONTRATO DE GESTÃO

Destinatário: NTCSS

Contratada:

Objeto: Contrato de Gestão da
Rede Assistencial _____

Nº do Processo:

Nº do Contrato de Gestão:

Período de medição: _____

Indicamos o numero de reuniões do Conselho Gestor das Unidades previstas e realizadas, assim como a respectiva percentagem.

Unidade	Reuniões previstas no período	Reuniões realizadas no período	Porcentagem
UBS 1			
UBS 2			

TOTAL	—	—	—

%

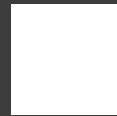
De acordo com as informações acima, a percentagem de realização de reuniões do Conselho Gestor está (igual ou superior) (inferior) a 80 %.
A meta deste indicador foi considerada (cumprida) ou (não cumprida).

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura

Data ____/____/____

STS - carimbo / assinatura



ANEXOS

1. ANEXO I – RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DAS METAS DE PRODUÇÃO

As ações, serviços e procedimentos a serem desenvolvidos estão contidos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), conforme Portaria nº 841 de 2 de maio de 2012, e outras que poderão ser solicitadas por SMS.

As agendas de atendimento devem ser configuradas de acordo com as orientações, critérios e diretrizes definidas pelas Áreas Técnicas, Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadorias de Saúde e utilizado o Sistema SIGA, onde couber.

Todas as ações e procedimentos devem ser registrados e atualizados nos respectivos Sistemas de Informação do SUS.

As informações que devem ser registradas no sistema WEBSAASS¹ se destinam à verificação das metas contratuais. Para este fim foram selecionados alguns “procedimentos” para cada linha de serviço, que não representam a totalidade das ações, serviços e procedimentos que devem ser realizados para cumprir com o objeto do Contrato de Gestão.

Todas as ações e procedimentos realizados pelos profissionais devem ser registrados nos Sistemas de Informação do SUS e no SIGA, de acordo com as orientações das respectivas Áreas Técnicas. As informações registradas no WEBSAASS devem ser coincidentes com aquelas registradas nos sistemas do SUS.

Para acompanhamento das metas do Contrato de Gestão foram selecionados os seguintes procedimentos, que devem ser registrados no WEBSAASS:

¹ Sistema específico de prestação de contas, monitoramento e avaliação dos Contratos de Gestão.

- › **PARA O MÉDICO GENERALISTA OU MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MÉDICO CLÍNICO, PEDIATRA, GINECOLOGISTA, DAS UBS:**

Meta Consultas médicas.

Devem ser registradas as consultas realizadas na unidade de saúde, que correspondem aos códigos:

0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301010013 CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TB
0301010021 CONSULTA C/IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TB
0301010080 CONSULTA PUERICULTURA
0301010099 CONSULTA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FUMANTE
0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL
0301010129 CONSULTA PUERPERAL
0301010137 CONSULTA / ATENDIMENTO DOMICILIAR
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301060045 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 8 HORAS
0301060053 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA COM REMOÇÃO

No BPA/SIA, estes códigos devem ser registrados no CBO correspondente ao profissional cadastrado no CNES da unidade de saúde.

- › **PARA A ENFERMEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

Meta Consultas de Enfermeiros.

Devem ser registradas as consultas realizadas na unidade de saúde, que correspondem aos códigos:

0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)
0301010013 CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TB
0301010021 CONSULTA C/IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TB
0301010080 CONSULTA PUERICULTURA
0301010099 CONSULTA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FUMANTE
0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL
0301010129 CONSULTA PUERPERAL

No BPA/SIA, estes códigos devem ser registrados no CBO correspondente ao profissional cadastrado no CNES da unidade de saúde.

› **PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:**

Meta Visitas Domiciliares.

Considerar as **VISITAS E AS REVISITAS**, que correspondem ao código:

0101030010 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO.

No BPA/SIA, este código deve ser registrado no CBO correspondente ao profissional cadastrado no CNES da unidade de saúde.

› **PARA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL**

› **Cirurgião Dentista das Equipes de Saúde Bucal**

Meta Atendimento Individual refere-se aos agendamentos no SIGA de atendimentos programáticos (casos novos e retornos até completar o tratamento) e atendimentos de urgência, contabilizados por:

Subgrupo – 01

030101015-3 – PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

030101013-7 – CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR (exclusivo para o cirurgião dentista que realizou o atendimento em domicílio)

03.01.01.003-0 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO) – (anotar nas consultas de retorno)

03.01.06.003-7 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA – (anotar no atendimento das urgências)

Meta Procedimentos Individuais do Cirurgião Dentista e do Técnico de Saúde Bucal (quando houver), de acordo com o que tenha sido registrado no BPA/SIA. Os procedimentos a serem considerados são os que constam no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com acesso no endereço eletrônico: www.sigtap.datasus.gov.br, consultando especificamente:

Grupo 01 – Ações de promoção e prevenção em saúde

Subgrupo 01 – Ações coletivas/individuais em saúde

Forma de Organização 02 – wSaúde Bucal

Os procedimentos códigos:

01.01.02.005-8 - APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)
01.01.02.006-6 - APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
01.01.02.007-4 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)
01.01.02.008-2 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA (A escovação dental supervisionada, realizada individualmente na UBS, faz parte do procedimento de evidenciação de placa)
01.01.02.009-0 - SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA
010102004-0 - EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA (TRIAGEM NA UBS) para contagem no webassas somente quando utilizado para fins de triagem na UBS para “tratamento”. Para cada pessoa triada 1 procedimento.

Grupo 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica

Sub-Grupo - 01 coleta de material

Forma de organização – 01 – coleta de material por meio de punção/biopsia

| 020101052-6 – BIOPSIA TECIDOS MOLES BOCA

Grupo 03 – Procedimentos Clínicos

Grupo 03 – Procedimentos Clínicos

Subgrupo 07 – Tratamentos Odontológicos

| Todos os códigos deste grupo no que couber para complexidade da unidade de saúde

Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos

Subgrupo – 01 – Pequenas cirurgias e cirurgias de pelo, tecido subcutâneo e mucosa

Forma de Organização – 01 Pequenas Cirurgias

| 040101003-1 – DRENAGEM DE ABCESSO

| 040101008-2 - FRENECTOMIA

Subgrupo – 04 – Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço

Forma de Organização – 02 Cirurgia da face e do sistema estomatognático

| 040402044-5 – CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM

Subgrupo 14 – Bucomaxilofacial

Forma de Organização – Cirurgia Oral

Todos os códigos deste grupo no que couber para complexidade da unidade de saúde

No BPA/SIA, este código deve ser registrado no CBO correspondente ao profissional cadastrado no CNES da unidade de saúde.

Para as unidades de saúde que tenham Raio X

Subgrupo 04 – Diagnóstico por Radiologia

Forma de Organização – 01 Exames Radiológicos cabeça e pescoço

Todos os códigos deste grupo no que couber.

PARÂMETRO PARA PAGAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR LINHA DE SERVIÇO

MODALIDADE DE ATENÇÃO	LINHAS DE SERVIÇO	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO							
		REPRESENTATIVIDADE NO CUSTEIO MENSAL	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO		QUALIDADE		
			EQUIPE MÍNIMA		Parâmetros de avaliação: produção assistencial estabelecidas para cada linha de serviço/unidade		Parâmetros de avaliação: matriz de Indicadores de Qualidade		
			Parâmetros de cumprimento das metas	Cálculo do valor do desconto	Parâmetros de cumprimento das metas	Cálculo do valor do desconto	Parâmetros de cumprimento das metas	Cálculo do valor do desconto	
ATENÇÃO BÁSICA	ESF + ESB + PAVS	%	Desconto do valor de pessoal e reflexos correspondente aos profissionais não contratados, conforme Planos de Trabalho	Contratação de 100% das equipes mínimas estabelecidas	85%	Desconto de 10% sobre a representabilidade da linha de serviço correspondente à meta não cumprida, 95% do valor de Custo do Mês de não cumprimento da meta	100%	Desconto proporcional à meta não pontuada, incidindo sobre 5% do Valor de Custo do Mês de não Cumprimento da meta	
	ESF Saúde Indígena	%							
	UBS MISTA	%							
	UBS TRADICIONAL	%							
	PAI	%							
	EMAD/ EMAP	%							
	NASF								
	AMA 12 HORAS								
	AMA 24 HORAS + PA e PSM								
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA/ REDES TEMÁTICAS	Ambulatório de especialidades/ AMA-E/ URSI	%							
	HD - REDE HORA CERTA	%							
	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial	%							
	Rede Cuidados da Pessoa com Deficiência	%							
	SADT	%							

3. ANEXO III – MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE												
Contrato de Gestão:												
DESCRIÇÃO	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras				20	20	20	20	40	20	20	20	20
Preenchimento de prontuários nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico				40			40			40		
Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS									60			
Proporção de crianças com até 12 (doze) meses de idade com calendário vacinal completo nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão						60						60
Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão					60			40			60	
Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal realizadas nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão.				20			40			40		
Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes auditorias e SAU, e das providências adotadas				20		20			20			20
Funcionamento Conselho Gestor					20			20			20	
Soma	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100

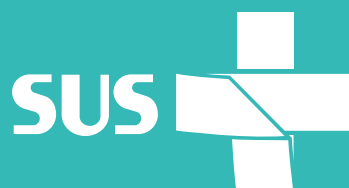
4. ANEXO IV – QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

Tipo de Indicador	Descrição	Conteúdo	Periodicidade da Verificação	Meta	Fonte de Verificação	Evidência	Responsável pela evidência
Informação	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras	Conjunto de relatórios e documentos referidos no contrato entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades	Mensal	100% de pontualidade para 100% dos relatórios	Protocolo de Recebimento dos Relatórios no NTCSS	Protocolo de Recebimento preenchido	NTCSS
Informação	Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID e exame físico	Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades sob contrato de gestão (amostra)	3 vezes ao ano	90% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos	Prontuários das Unidades de Saúde e Fichas de atendimento no caso de AMA e PSM	Relatório de Avaliação emitido respectivamente pela CRS e/ou AHM e encaminhado ao NTCSS	Autarquia Hospitalar Municipal para PSM, Coordenação Regional de Saúde para as demais unidades de saúde
Processo	Apresentação e aprovação do Plano e Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS	Nº de Atividades Realizadas/ Nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	2 vezes ao ano	100% das realizações das atividades previstas	Relatório das Atividades Realizadas no período	Relatório de atividades com lista de presença e avaliação com "a conteúdo" da CRS ou AHM	Organização Social, CRS e/ou AHM
Processo	Proporção de crianças com até 12 meses de idade inscritas nas unidades sob contrato de gestão, com calendário vacinal completo para idade e início de vacinação	Avaliação das fichas de vacinação nas unidades (amostragem)	2 vezes ao ano	90% do total de amostras com calendário completo	Fichas de vacinas das unidades gerenciadas por este contrato	Relatório de verificação das fichas emitido pela CRS	Avaliação externa realizada pela CRS
Processo	Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das unidades sob contrato de gestão	Total de gestantes com procedimentos básicos pré-natal e puerpério/ total de gestantes concluíram pré-natal e puerpério das unidades sob contrato de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% das gestantes que concluíram pré-natal com procedimentos básicos completos	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Processo	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas das unidades gerenciadas no CG	Total de gestantes com 7 ou mais consultas do pré-natal/ total de gestantes que concluíram pré-natal e puerpério das unidades sob contrato de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% das gestantes com 7 consultas de pré-natal ou mais	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Satisfação do usuário	Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas	Entrega do relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes ouvidorias e S.A.U, bem como das providências adotadas	4 vezes ao ano	Apresentar justificativas e providências de todas as reclamações recebidas no período	Relatório das ouvidorias e S.A.U	Relatório comentado apresentado	Organização Social, CRS e/ou AHM
Funcionamento dos Conselhos Gestores	Funcionamento do Conselho Gestor das unidades sob contato de gestão	Avaliação das atas de reunião dos conselhos gestores das unidades	3 vezes ao ano	80% das reuniões previstas realizadas	Atas das reuniões dos Conselhos Gestores no período analisado	Relatório de verificação e "a conteúdo" emitido pela CRS	CRS





MANUAL DE ACOMPANHAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

prefeitura.sp.gov.br/saude

   **saudeprefsp**