



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ
SUPERINTENDENCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
COORDENADORIA ESPECIAL REDE ASSISTENCIAL DE CONTRATUALIZAÇÃO

LISTA DE PRESEÇA

DATA: 13/11/2019 HORÁRIO: Início 8h h: 25 min - Término 10h h: 00 min
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL
 PAUTA: REUNIÃO ORDINÁRIA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTI-QUALITATIVAS DA COMPETÊNCIA 09/2019.

Nº	NOME COMPLETO	ORGÃO/CARGO	E-MAIL	TELEFONE	ASS. ou RUBRICA
01	Paulista M. Almeida	RETRAC/SUS			Paulista
02	Barbara R. Adim Eugenio	CERAC/SUS			Barbara Eugenio
03	Davidella da C. Almeida	C.M.S.	dauidella_comele@hotmail.com	99917-1517	DAI
04	Kenaldia S. de Almeida	Supervisor adm.	kenaldia@pms.cuiaba.mt.gov.br	165198205-5026	Kenaldia S. de Almeida
05	Sandra Regina dos Santos Costa	HG - Sup. de Oper.	Sandra Regina hg@hotmail.com	99617-0255	Sandra Regina
06	Caroline E. de Paula	HG - Adm. Geral	carolineeugenio@hotmail.com	65992242979	Caroline
07	Jane P. Desbasse	HG - Qualidade	janep@pms.cuiaba.mt.gov.br	6599914053	Jane P.
08	Adriana P. S. Almeida	HG1 Adm. Geral	adriana@pms.cuiaba.mt.gov.br	3363-7038	Adriana
09	Marli Rinaldi de S. Silva	ger. In. Sup. SUS	marli@pms.cuiaba.mt.gov.br	3616-9244	Marli Rinaldi
10	Rosângela C. G. de Carvalho	CEC ELETIVA/SMS		99917-2603	Rosângela
11	João Gonçalves de Souza	STH		98463-2845	João Gonçalves de Souza
12	Yvelon R. Almeida	Coord. Adm. Político	yvelon@pms.cuiaba.mt.gov.br	9615-9117	Yvelon
13	Juliano J. de Paula	Coord. SIA/SIA	juliano@pms.cuiaba.mt.gov.br	98416-4022	Juliano J. de Paula
14	Ediverson de Souza	SAS/SES	ediverson@pms.cuiaba.mt.gov.br	984331542	Ediverson de Souza
15					
16					
17					



SECRETARIA DE SAÚDE

COORDENADORIA ESPECIAL REDE ASSISTENCIAL DE CONTRATUALIZAÇÃO
 Av. Ten. Cel. Duarte, 1.070 Bairro Centro Sul CEP: 78020-450 - Cuiabá - MT - Telefone: 3616-9131
 Email: sms.cercontratualizacao@cuiaba.mt.gov.br

1 **ATA Nº009/2019 DE REUNIÃO ORDINÁRIA DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO**
2 **DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE CUIABÁ - HOSPITAL**
3 **GERAL**

4 Aos 13 dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezenove, às 14h25min, reuniram-se os membros
5 titulares e suplentes escolhidos dentre seus pares dos segmentos da saúde para compor a Comissão
6 Permanente de Acompanhamento da Contratualização CPAC/SMS/Cuiabá nomeados conforme Portaria
7 nº 091/SMS/2018, os corresponsáveis dos setores envolvidos da Superintendência de Controle, Avaliação
8 e Regulação/SMS/CUIABÁ, resultando as informações subscritas, na Coordenadoria Especial Rede
9 Assistencial de Contratualização/CERAC/SMS/Cuiabá, localizada sob o endereço no rodapé. Após a
10 dirigente Daniela Nascimento Arruda, iniciou a reunião, que teve como pauta a Avaliação da
11 Contratualização da Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Cuiabá - Hospital Geral,
12 referente à **COMPETÊNCIA 09/2019**, avaliado de acordo com o Documento Descritivo/D.D. nº
13 004/2017, assinado em 03/10/2017. Vale ressaltar que foi constatado através do diário oficial ano nº6
14 nº1246 publicado em 28 de novembro de 2017, divergência na data de assinatura, tendo como data da
15 publicação 31 de outubro de 2017. A metodologia para avaliação do alcance das metas, dessa
16 competência, será conforme metas do Convênio e definidas em comum acordo com a Comissão
17 Permanente de Acompanhamento de Contratualização, sendo assim serão ajustadas e pactuadas em Ata as
18 ações adotadas para as futuras Competências. Durante a avaliação das Metas Qualitativas e Quantitativas
19 foram feitas as seguintes considerações: Conforme documento encaminhado Ofício Circular nº
20 002/CERAC/SMS/2018, sob a CI nº064/2018/SCAR/SMS de 24 de julho de 2018, que versa sobre a
21 publicação em Diário Oficial de Contas do Estado de Mato Grosso, nº 1399 de 17/07/2018, fls. 56/57, a
22 Portaria nº 121/GAB/SMS/2018 a qual DEFINE *que todas as reuniões da Comissão Permanente de*
23 *Acompanhamento e Avaliação de Contratualização/CPAC/SMS, serão gravadas por instrumento de*
24 *áudio e/ou vídeo e, podendo ser liberadas para as partes interessadas, mediante solicitação, após*
25 *período de 48 (quarenta e oito) horas.* Informamos, portanto, que até a presente competência não está
26 sendo gravada, pois não foram disponibilizados os equipamentos necessários, inviabilizando com isso o
27 cumprimento da Portaria supracitada, inteiramos que como de costume foi encaminhado ao Hospital
28 Geral o ofício nº 151/CERAC/SMS/2019, datado em 04 de novembro de 2019, informando o dia e hora
29 da reunião CPAC. Considerando mudanças ocorridas na composição dos membros CPAC/SMS, foi
30 indicado via ofício 135/CCA/SMS/2019 e 136/CCA/SMS/2019 novos membros para comporem a
31 comissão.–D.D.-PÁGINA 43 /ITEM 7.1/METAS QUANTITATIVAS: **Item 01** - % de alcance de
32 metas físicas ambulatoriais de Média e Alta complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no D.D.
33 – Parâmetro mínimo de 90% por subgrupo conforme Planilha Físico-Orçamentária – **Os subgrupos:**
34 **0101 – 0201 – 0202 – 0302 – 0303 – 0401 – 0414 - 0701 e 0307 não foram considerados por não ser**
35 **regulados no SISREG/SMS.** Foram regulados, validados e aprovados o seguinte quantitativo na
36 Competência: 1) 0101-⁸³ meta = 00; 2) 0201-⁸ meta = 00; 3) 0202-^{10.530} meta = 00; 4) 0204 (Diagnóstico por
37 Radiologia)³⁸³ meta = reguladas 371, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS
38 = 154/41,50%; 5) 0205 (Diagnóstico por Ultrassonografia)²¹⁰ meta = reguladas 180, validadas pela
39 Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 113/56,04%; 6) 0209 (diagnóstico por
40 Endoscopia)⁴⁰⁰ meta = reguladas 397, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS
41 = 104/26,19%; 7) 0211 (Métodos diagnósticos em especialidades)⁶⁸³ meta = reguladas 329, validadas pela
42 Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 176/53,49%; 8) 0301
43 (Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos)⁷⁸⁰ meta = não regulado, validadas pela Supervisão
44 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 781/100,01%; 9) 0302-⁴⁶⁰ meta = 00; 10) 0303-⁶⁰ meta = 00; 11)
45 0307 (Tratamento Odontológicos)⁴⁷ meta = reguladas, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada
46 pelo SIA/SMS = 12) 0401-⁰² meta = 00; 13) 0405 (Cirurgia do aparelho da visão)⁵⁵ meta = reguladas 31,
47 validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 11/54,16%; 14) 0410-¹ meta = 00;
48 15) 0414-¹³ meta = 00; 16) 0701-¹ meta = 00 . Meta atingida em 01 subgrupo, **não pontuando neste**
49 **indicador**, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
50 Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de novembro de 2019. **Observações do relatório:** o subgrupo 0205 de
51 acordo com o indicador consta ecocardiográfica transtorácica e USG Doppler colorido de vasos.
52 **Retificação da Página 43 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017, assinado**
53 **em 03 de outubro de 2017.** Vale ressaltar que foi constatado através do diário oficial ano nº6 nº1246
54 publicado em 28 de novembro de 2017 (anexo), divergência na data de assinatura, tendo como data da
55 publicação 31 de outubro de 2017. **Item 01 – NA COLUNA DE INDICADORES A SEREM**
56 **MONITORADOS, ONDE SE LÊ: % de alcance de metas físicas ambulatoriais de Média e Alta**

57 complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no Documento Descritivo. **LEIA-SE:** % de alcance
58 das metas físicas ambulatoriais de média e alta complexidade, financiamento MAC, por subgrupo
59 conforme estabelecidas no Documento Descritivo. **NA COLUNA MÉTODO DE VERIFICAÇÃO,**
60 **ONDE SE LÊ:** Relatório de produção Aprovada do mês de Competência/ **SISREG**, mediante
61 confirmação do número da chave. **LEIA-SE:** Relatório de produção Aprovada do Sistema Informação
62 Ambulatorial/SIA/SMS, do mês de Competência. **Item 01 – NA COLUNA DE PONTUAÇÃO, ONDE**
63 **SE LÊ:** Metas atingidas: Sete Subgrupos 15 pontos. Leia-se Seis Subgrupos 15 pontos. Onde se Lê: De
64 Quatro a Seis Subgrupos 07 pontos. Leia-se: De três a Cinco Subgrupos 07 Pontos. Onde se Lê: Abaixo
65 de Quatro Subgrupos: 0 pontos. Leia-se: Abaixo de Três: 0 pontos. Sendo este critério utilizado a partir da
66 competência 07/2019. Considerando **Parecer Procedimentos/Exames Regulados Sisreg -**
67 **Competência: 09/2019** formulado pela supervisão administrativa, temos os seguintes valores: **subgrupo**
68 **0204** Índice de absenteísmo 56% produção aprovada 41,50%, perfazendo um total de 97%; **subgrupo**
69 **0205** Índice de absenteísmo 51% produção aprovada 56,04%, perfazendo um total de 107,04%;
70 **subgrupo 0209** Índice de absenteísmo 77% produção aprovada 26,19%, perfazendo um total de 103%;
71 **subgrupo 0211** Índice de absenteísmo 54% produção aprovada 53,49%, perfazendo um total de
72 107,49%; **subgrupo 0405** Índice de absenteísmo 89% produção aprovada 54,16%, perfazendo um total
73 de 143,16%. Sendo assim, o hospital atinge meta em mais de 05 subgrupos, perfazendo um total de 06
74 subgrupos **pontuando 15 pontos nesse indicador. Item 02 - % de alcance das metas físicas de consultas**
75 **médicas ambulatoriais de primeira vez e subsequentes estabelecidas nas especialidades pactuadas e**
76 **conforme preconizado nas Portarias de Habilitação – Parâmetro Maior ou 90% por especialidades – 1)**
77 **Cardiologia/267^{meta},** - reguladas pelo SISREG 243 - apresentada 396 – registradas 338 e produção
78 aprovadas/validadas 203(83,53%) – **2)Vascular/100^{meta},** - reguladas pelo SISREG 99 - apresentada 65 –
79 registradas 66 e aprovadas/validadas 52(52,52%) – **3) Neurologia/500^{meta},** - reguladas pelo SISREG 186 -
80 apresentada 125 registradas 128 e aprovada/validadas 85(45,69%) **4) Oncologia/500^{meta},** - reguladas pelo
81 SISREG 151 - apresentada 100 registradas 102 e aprovadas 100(66,22%) Portanto, foram apresentadas
82 pelo prestador 686 consultas, sendo: registrada 634 e 440 validadas pela Supervisão Administrativa.
83 Atingindo meta em nenhuma especialidade, **pontuando 00 neste indicador.** Conforme relatório
84 apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de
85 novembro de 2019. Considerando que o método de verificação do indicador é **Relatório de**
86 **procedimentos regulados e validados pela supervisão administrativa e supervisão oncológica do**
87 **mês de Competência e disponibilidade de agenda;** Considerando Parecer de Consultas/Procedimentos
88 Regulados SISREG – Competência 09/2019 formulado pela Supervisão Administrativa tem os seguintes
89 valores: **1. Cardiologia:** Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 188 Total de consultas
90 validadas pela Supervisão 269 perfazendo 143%; **2. Vascular:** Procedimentos confirmados Primeira Vez
91 e Autogestão 53 Total de consultas validadas pela Supervisão 52 perfazendo 98%; **3. Neurologia:**
92 Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 149 Total de consultas validadas pela Supervisão
93 146 perfazendo 98%; **4. Oncologista:** Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 226 Total
94 de consultas validadas pela Supervisão 203 perfazendo 90%. Sendo assim, o Hospital atinge meta em 04
95 especialidades, pontuando 15 pontos neste indicador. **Retificação da Página 44 do instrumento**
96 **Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA DE PONTUAÇÃO DAS METAS**
97 **QUANTITATIVAS, ONDE SE LÊ:** Meta atingida nas Oito Especialidades=15 **LEIA-SE:** Metas
98 atingidas nas Quatro Especialidades =15, **ONDE SE LÊ:** De Quatro a Sete especialidades= 07, **LEIA-**
99 **SE:** De Duas a Três Especialidades=07, **ONDE SE LÊ:** Abaixo de Quatro Especialidades=0, **LEIA SE:**
100 **Abaixo de duas especialidades. Item 03 –** Percentual de alcance das metas físicas dos exames
101 ambulatoriais estabelecidos: (Conforme Preconizados nas Portarias de Habilitação) – Parâmetro mínimo
102 de 90%, sendo: **1) 0211020060/Teste de Esforço/Teste Ergométrico⁸⁰ pactuados/mês** = reguladas pelo
103 SISREG/SMS 77 e validadas Supervisão Administrativa e aprovadas pelo SIA/SMS 43 (55,84%); **2)**
104 **0211020044/Holter³⁰ pactuados/mês** = reguladas pelo SISREG/SMS = 27 e validadas Supervisão
105 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 10(37,03%); **3) 0205010024,0205010032/ECG¹³⁰pactuados/mês**
106 = reguladas pelo SISREG/SMS = 130 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo
107 SIA/SMS = 74(56,92%); **4) 020501/Exames de Ultrassonografia⁶⁴⁰pactuados/mês** = reguladas pelo
108 SISREG/SMS = 586 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 221(31,71%); **5)**
109 **0209010037/Endoscopia¹⁶⁰pactuados/mês** = reguladas pelo SISREG/SMS = 200 e validadas Supervisão
110 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 58(29%); **6) 0209010029/Colonoscopia e**
111 **0209010053/Retossigmoidoscopia²⁴⁰ pactuados/mês** = reguladas pelo SISREG/SMS = 113 e validadas
112 Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 39(34,51%); **7) 020301/ 020302 - Exames de**

113 Anatomia Patológica, ²⁵⁰pactuados/mês = não regulada e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo
114 SIA/SMS = 76(30,04%). **Observações do Relatório:** Os exames de Teste de esforço/ Teste ergométrico
115 apresentou 43 e aprovou a quantidade de 42 procedimentos, havendo 01 glosa de acordo com o relatório
116 da supervisão administrativa. O exame de Holter 24 horas apresentou 10 e aprovou a quantidade de 10
117 procedimentos, de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Ecocardiografia
118 transtoracica apresentou e aprovou a quantidade de 74 procedimentos, não havendo glosa de acordo com
119 o relatório da supervisão administrativa. O exame de Ultrassonografia de Doppler colorido de vasos
120 apresentou e aprovou 39 procedimentos, não havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão
121 administrativa. O exame de Esofagogastroduodenoscopia apresentou 60 e aprovou 58 procedimentos,
122 havendo 02 glosas de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de
123 Retossigmoidoscopia apresentou e aprovando 06 procedimentos, não havendo glosas de acordo com a
124 supervisão administrativa. O Exame de Colonoscopia apresentou 33 procedimentos, aprovando 33
125 procedimentos, de acordo com a supervisão administrativa. O exame 020301001-9 exame Citopatológico
126 cérvico-vaginal microflora não apresentou produção conforme relatório anexo. Não atingindo meta em
127 nenhuma especialidade, **pontuando 00 neste indicador** conforme relatório apresentado pela
128 Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de novembro de
129 2019. **Retificação da Página 44 instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/201. NA**
130 **COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO,** referente ao indicador **Item 03:** % de alcance das
131 *metas físicas dos exames ambulatoriais estabelecidos: (Conforme Preconizados nas Portarias de*
132 *Habilitação), ONDE SE LÊ: Relatório de produção Aprovada do mês de Competência/ SIA e*
133 *disponibilidade de agenda. LEIA-SE: Relatório de produção Aprovada do mês de Competência/ SIA.*
134 **Considerando Parecer Procedimentos/Exames Regulados Sisreg - Competência: 09/2019** formulado
135 pela supervisão administrativa, temos os seguintes valores: **(0211020060) Teste de Esforço/Teste**
136 **Ergométrico** Índice de absenteísmo 45% produção aprovada 55,84%, perfazendo um total de 100,84%;
137 **(0211020044) Holter** Índice de absenteísmo 81% produção aprovada 37,03%, perfazendo um total de
138 118,03%; **(0205010024),(0205010032) ecocardiograma** Índice de absenteísmo 51% produção aprovada
139 37,71%, perfazendo um total de 88,71%; **(020501/020502) Exames de Ultrassonografia** Índice de
140 absenteísmo 61% produção aprovada 37,71%, perfazendo um total de 98,71%; **(0209010037) endoscopia**
141 Índice de absenteísmo 69% produção aprovada 29%, perfazendo um total de 98%; **(0209010029)**
142 **colonoscopia e (0209010053) retossigmoidoscopia** Índice de absenteísmo 189% produção aprovada
143 34,51%, perfazendo um total de 223,51%. Sendo assim, o hospital atinge meta em 5 exames, **pontuando**
144 **07 pontos.** Considerando a observação inserida na Ata da Competência 07/2019 qual seja: “**Sandra Lira**
145 **representante do hospital, informa que não houve faturamento dos exames do grupo 0203 (CCO)**
146 **nas competências 07 e 08/2019 em virtude da troca de prestador e se compromete a apresentar na**
147 **competência 09 e 10/2019 os quantitativos correspondentes**”. O prestador apresentou nesta
148 competência 09/2019, o quantitativo de 76 do procedimento 0203010019 - microflora, e o quantitativo de
149 241 do procedimento 0203010086 – microflora-rastreamento, sendo este último procedimento não
150 contratualizado, entretanto se compromete a reapresentar na próxima competência 10/2019, com o código
151 correto. **Sendo assim a comissão consensua e pontua em sua totalidade 15 pontos neste indicador.**
152 **Item 04** – % de alcance das metas físicas hospitalares de média complexidade por clínica estabelecidas
153 no D.D. – Parâmetro mínimo de 90% por clínica, sendo: **1) Cirúrgico/111** ^{pactuados} = realizados 113/101,
154 80%; **2) Clínico/151** ^{pactuados} = realizados 128/84,77%;(Nos valores referentes a Especialidade Clínica do
155 indicador são somados os valores de leitos crônicos, nos quais foram internados pacientes cujos
156 procedimentos são de Clínica Médica.) **3) Pediátrico/50** ^{pactuados} = realizados 70/140%; **4)**
157 **Obstétricos/262** ^{pactuados} = realizados 218/83,21%, atingindo meta apenas em 02 (duas) clínicas,
158 **pontuando 00 nesse indicador,** conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e
159 Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de novembro de 2019. Carolina representante do
160 Hospital solicita pontuação na clínica médica devido a não autorização de 56 AIH's em diversas
161 especialidades, que correspondem à urgência e emergência/eletiva, conforme relatório anexo. Noeli
162 (CRUE) informou que houve vários motivos para a não autorização das AIH's e o hospital recebeu o
163 relatório do faturamento no dia 03/11, porém só retornou os apontamentos no dia 11/11 dois dias antes da
164 reunião, solicita ainda que o hospital se prontifique com antecedência para que sejam sanadas todas as
165 inconsistências, sendo assim, considerando que a Obstetrícia é porta aberta o **hospital pontua 05 pontos**
166 **neste indicador. Item 05** - Taxa de ocupação de leitos hospitalares por clínica – Parâmetro percentual
167 mínimo por clínica - Pactuado 04 tipos de especialidades, sendo apresentados pelo hospital os seguintes
168 percentuais: **Cirúrgico** ^{mínimo de 80%} - apresentou 94,8%; **Clínico** ^{mínimo de 85%} - apresentou 105,5%;

169 **Pediátrico** mínimo de 80% - apresentou 100% e **Obstétrico** mínimo de 85% - apresentou 83,5%, meta atingida em
170 03 (três) especialidades, **pontuando 05 neste indicador**, conforme relatório apresentado pela
171 Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de novembro de
172 2019. Considerando que a Obstetrícia é porta aberta o **hospital pontua 10 pontos neste indicador. Item**
173 **06** - % de internação Clínica e Cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física
174 contratualizada – Parâmetro de 100%. – De 575 internações pactuadas/ autorizadas, o hospital realizou
175 575 (100%) altas, no período compreendido entre 01/09/2019 até 30/09/2019, sendo assim **pontua 15**
176 **neste indicador**, conforme relatório apresentado pela SISREG/CER/SMS de 08 de novembro de 2019.
177 **Retificação da Página 44 instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA**
178 **DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS, ONDE SE LÊ:** % de internação clínica e
179 cirúrgica regulada (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada. **LEIA-SE:** % de
180 internação clínica e cirúrgica eletivas reguladas (autorizada e realizada). **NA COLUNA DE**
181 **PARÂMETROS, ONDE SE LÊ:** 100%. **LEIA-SE:** Executar em até 30 dias as internações eletivas
182 autorizadas. **NA COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO, ONDE SE LÊ:** Relatório de produção
183 da Central de Regulação (SISREG), obedecendo à competência de faturamento (de 1 a 30 de cada mês).
184 **LEIA-SE:** Relatório nominal de alta dos pacientes encaminhados para processamento no SIH,
185 compatível com relação nominal autorizada pelo SISREG. **Item 07** - Disponibilização de 100% da
186 agenda em consultas e exames pactuados para a central de regulação até o 18º dia de cada mês, sendo
187 60% para demanda da Central e 40% para demanda interna do hospital – Parâmetro - 100% - O hospital
188 apresentou em Consultas = 2464(101,0%) e Exames = 3.099(99,0%), totalizando 5.563(100, %), sendo
189 assim **pontua 20 neste indicador** conforme relatório hospitalar do SISREG/CER/SMS, 08 de novembro
190 de 2019. **Informações descritas no Relatório:** Foram considerados os grupos de procedimentos
191 regulados no SISREG: 0204, 0205, 0206, 0208, 0209, 0210, 0211, 0307, 0401, 0405 e 0409. **Retificação**
192 **da Página 45 instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA DE**
193 **INDICADORES A SEREM MONITORADOS - ONDE SE LÊ:** Disponibilização de 100% da agenda
194 em consultas e exames pactuados para a central de regulação até o 18º dia de cada mês, sendo 60% para
195 demanda da Central e 40% para demanda interna do hospital. **LEIA-SE:** Disponibilização de 100% da
196 agenda de procedimentos ambulatoriais pactuados para a central de regulação até o 18º dia de cada
197 mês, exceto os seguintes subgrupos: **0101: Educação em saúde**, que compreende os seguintes
198 procedimentos: 010102: Saúde Bucal, 010104: Alimentação e Nutrição; **0202 Diagnóstico em**
199 **laboratório clínico**, que compreende os seguintes procedimentos: 020301: citopatológicos, 021201:
200 exames de doador e receptor, 021401: testes rápidos; **0301**
201 **Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos**, que compreende os seguintes procedimentos:
202 0301010048: consulta em atenção especializada, exceto médico; 0301010056: Consulta em saúde do
203 trabalhador, 03010436: terapia em grupo; 030106: Consultas e atendimento em urgência, 030107:
204 Atendimento/acompanhamento em reabilitação, 030110: administração de medicamentos em atenção
205 especializada (atendimentos de enfermagem em geral), 030112: atendimento/acompanhamento de
206 diagnóstico de doenças endócrinas/metabólicas e nutricionais, **0302 Fisioterapia** – Assistência
207 fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas; 030302 Tratamentos clínicos
208 (outras especialidades) – Pulsoterapia e outros tratamento de doenças do sangue, órgãos
209 hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, 030602 Hemoterapia – Transfusão (medicina
210 Transfusional), **0307 Tratamento odontológicos** – Dentística; **0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de**
211 **pele, tecido subcutâneo e mucosa**, que compreende os seguintes procedimentos: 0401010015: curativo
212 grau II, 04011020013: curetagem pós-abortamento e 0417010052: Anestesia regional, conforme CI Nº
213 071/2018/CR/SMS de 22 de fevereiro de 2018. Sendo 60% para demanda da Central e 40% para
214 demanda interna do hospital. **Pontuação total do grupo das Metas Quantitativas foi de 95 pontos.**
215 **D.D-PÁGINA 46 /ITEM 7.2/METAS QUALITATIVAS. Item 01** – Manter o Sistema Cadastro
216 Nacional Estabelecimentos Saúde atualizado/SCNES (leitos, equipamentos, instalação física e RH)
217 Parâmetro de 100% atualizado em cada item. Em conformidade nos 4 itens. Sendo assim **pontua 10**
218 **pontos neste indicador**, conforme relatório do dia 30 de outubro de 2019. Considerando a análise da
219 justificativa da senhora Flávia Galindo via Ofício 575/DIR/HG, deferimos o pedido haja vista a
220 rotatividade de profissionais. **Item 02** - Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Controle
221 e Avaliação/SMS – Parâmetro Informado durante todos os dias do mês até as 13h00min – Apresentou
222 relatório mensal, **pontuando 15 neste indicador**, conforme relatório apresentado pela CRUE/CER/SMS,
223 de 11 de novembro de 2019. Observação: Noeli (CRUE) informa que os relatórios devem ser
224 apresentados até as 13hrs, sendo que a partir na competência 12/2019 os indicadores não serão

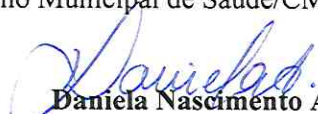
225 ponderados caso não respeite o horário determinado. Os relatórios devem ser encaminhados
226 exclusivamente no email da CRUE (crue@ses.mt.gov.br). Noeli se prontifica a comunicar semanalmente
227 o Hospital caso haja inconsistências no email. **Retificação da Página 46 do instrumento Contratual**
228 **Convênio Assistencial nº 004/2017. 7.2 METAS QUALITATIVAS Item 02: NA COLUNA DE**
229 **INDICADORES A SEREM MONITORADOS-ONDE SE LÊ:** Apresentar o Censo diário de leitos a
230 Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS. **LEIA-SE:** *Apresentar o Censo diário de leitos a*
231 *Coordenadoria de Regulação/CER/SMS. A supervisão administrativa não irá considerar para mensurar*
232 *o absenteísmo os procedimentos que foram permitidos a realização fora do período de autorização*
233 *SISREG, serão validados só pra faturamento nas competências 6 e 7. A urgência irá validar os sensos*
234 *enviados, se estiverem fidedigno com com o que se apresentarem nos leitos, a supervisão estará fazendo*
235 *relatórios diários de inconsistências, contendo nome do paciente, leito, clínica.* **Item 03** - Tempo médio
236 de permanência de leitos hospitalares por clínica. Parâmetro – **Cirúrgico** até 4,8 dias (5,6), **Clínico** até 8
237 dias (12,6) , **Pediátrico** até 4,2 dias (5,9), **Obstétricos** até 2,8 dias (3,2), **não pontuando neste**
238 **indicador**, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
239 Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de novembro de 2019. Conforme acordo feito em reunião ordinária de
240 acompanhamento da Contratualização do Hospital Geral do dia 09/07/2019 na competência 05/2019, os
241 parâmetros a serem considerados serão Estudo de repactuação em anexo, o qual se baseou na série
242 histórica do hospital no período de junho/2017 a maio/2018 e os parâmetros atuais. Portanto, apresentou –
243 se o que se segue: cirúrgicos de 4,8 dias até 6,8; Clínica medica de 8,0 dias até 9,0; Clínica Pediátrica de
244 3,7 dias até 4,2 e obstétrica de 2,8 dias até 3,3. Considerando Relatório de justificativa de permanência
245 pediátrica referente à Competência 09/2019 formulado pelo hospital, assinado e validado pelo Dr. Edson
246 Anchieta e Dr. Jorge Araujo, médicos supervisores da Coordenadoria de Controle Avaliação ambulatorial
247 e hospitalar, com as devidas observações, descontando os pacientes constantes no referido relatório o
248 hospital atingiu a seguinte meta: 1- 4,3; 2- 6,8; 3- 4,5 e 4- 3,2. Sendo assim o hospital atingi meta em 3
249 (três) especialidades **pontuando 07 nesse indicador**. Sandra Maria – representante do Hospital solicita
250 ponderação devido a produção ter sido (70) na Clínica pediátrica, ou seja, superior ao pactuado (50).
251 Sendo assim a comissão consensua, **pontuando em sua totalidade, 15 pontos.** **Item 04** - Tempo médio
252 de realização do procedimento ambulatorial e hospitalar regulado, a contar da data de encaminhamento
253 pela Central de Regulação ao Hospital e de acordo com o limite físico pactuado. O hospital apresentou 11
254 (onze) dias, **pontuando 15 neste indicador**, conforme relatório apresentado pelo SISREG/CER/SMS, de
255 08 de novembro de 2019. **Item 05** - Número mensal de recusas para procedimentos hospitalares
256 estabelecidos na pactuação - Parâmetro nenhuma recusa – **Observações padronizadas:**
257 Padronizado/normatizado pela Coordenadoria de Central de Regulação/CER/SMS, desde Competência
258 Maio/2018 (de acordo com a CI N°108/2018/CR/SMS), a justificativa plausível e comprovando dentro do
259 D.D. será: *Falta de exames, deverá vir relatada a Coordenadoria de Regulação /CER/SMS, quais exames*
260 *estão em falta que interferem na realização da cirurgia; Pacientes inaptos ou sem condições clínicas,*
261 *deverão ser encaminhadas justificativas a Coordenadoria de Regulação/CER/SMS, com parecer clínico*
262 *sobre a impossibilidade de realizar o procedimento, sendo este assinado e carimbado pelo médico; Falta*
263 *de contato com o paciente, deverá ser relatado o número do paciente, número de tentativas que realizou*
264 *o contato e data/horário das tentativas; Regulação excedente x Capacidade instalada, especificar o valor*
265 *atualizado do Teto realizado no mês corrente, que comprove o Teto excedente para realização do*
266 *procedimento.* O Hospital apresentou 125 (cento e vinte e cinco) recusas, a qual foram todas justificadas
267 conforme relatório (anexo). Sendo assim o hospital **Pontua 15 nesse indicador**. Informações estas
268 obtidas no relatório da Coordenadoria de Regulação/CER/SMS do dia 11 de novembro de 2019. **Item 06**
269 - Manter as Comissões obrigatórias instituídas no Hospital e descritas neste Documento Descritivo em
270 funcionamento, de acordo com o relatório das atividades apresentadas a Supervisão foi constatadas que as
271 comissões estão instituídas e em funcionamento, através de visita *in loco* e apresentação de Atas de
272 reuniões, **pontuando 10 neste indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
273 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 07** - Manter: Programa
274 de Residência Médica e/ou Multiprofissional na área da saúde, em funcionamento, referido neste
275 descritivo e Programa de Pesquisa, apresentar ao menos 02 programas, a Supervisão Administrativa. O
276 hospital apresentou 02 programas de Residência em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial e
277 Residência Multiprofissional em saúde hospitalar para pacientes especiais, contemplando as áreas de
278 Psicologia, fonoaudiologia, odontologia, nutrição, fisioterapia e enfermagem. **Pontuando 10 neste**
279 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
280 Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 08** - Manter grupo de treinamento em

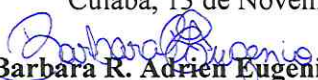
281 humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS -
282 de acordo com o relatório das atividades apresentadas a Supervisão foi constatadas que as comissões
283 estão instituídas e em funcionamento através de projetos apresentados, **pontuando 05 neste indicador**,
284 conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21
285 de outubro de 2019. **Item 09** - Pesquisa de satisfação do usuário positiva - Realizada no mês de
286 competência com no mínimo de 30% de pacientes internados – A quantidade é referente a 30% dos leitos
287 conveniados SUS cadastrados no CNES do hospital. A pesquisa foi realizada no período de 01 à 30 de
288 setembro de 2019, *in loco* em conversa entre o supervisor e o usuário, onde foi apresentado o instrumento
289 de acordo com o D.D. e após o levantamento da somatória dos resultados obtivemos o seguinte percentual
290 dos entrevistados (23 pacientes da Clínica Cirúrgica, 13 pacientes da Clínica Médica e 05 pacientes da
291 Clínica Pediátrica e 10 pacientes da Ginecologia/Obstetrícia) = 27% Muito Bom e 39% Bom, **pontuando**
292 **05 nesse indicador**, conforme relatório apresentado pela Supervisão Administrativa/CCA/SMS, de 21 de
293 outubro de 2019. Pontuação total do grupo das Metas Qualitativas foi de 100 pontos. D.D-PÁGINA 36
294 /ITEM 6.1.2/METAS DE QUALIDADE DA REDE CEGONHA. Item 01 - Proporção de cesárea em
295 relação aos partos realizados na competência em maternidade Alto Risco TIPO II – Parâmetro de
296 Redução da taxa de cesárea de 5% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco – Conforme
297 estabelecido em D.D, redução de cesárea de 10% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco –
298 Foram apresentados total de 145 partos (79 partos normais e 66 partos cesarianos), um percentual de
299 45,52%, considerando o percentual permitido de 38,9%, o hospital **não pontua neste indicador**,
300 conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
301 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de novembro de 2019. No entanto, considerando relatório de análise de
302 Procedimento Cesáreo formulado pelo hospital apresentando justificativas para realização dos partos
303 cesarianos e conseqüentemente o percentual acima permitido nesta competência, assinado e validado pela
304 médica supervisora/SMS, Rosana Alice Barros Silva Muniz, o hospital apresenta justificativas para o
305 parto cesariano, com as devidas observações esta Coordenadoria pondera o indicador, sendo assim o
306 hospital **pontua na sua totalidade 10 pontos. Item 02** - 100% de acompanhante em todo período de
307 internação. Foi aplicado pela equipe de supervisão administrativa o questionário avaliando a satisfação do
308 usuário referente seu atendimento, obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando 10 neste**
309 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
310 Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 03** - RN com acompanhante na UTI e UCI –
311 Parâmetro de 100% dos RN's internados com livre acesso dos pais à unidade – Foi aplicado pela Equipe
312 de Supervisão Administrativa o questionário avaliando a satisfação do usuário referente seu atendimento,
313 obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão
314 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 04** -
315 Educação Permanente em Boas Práticas da atenção Obstétrica e Neonatal mensalmente – Parâmetro de
316 50% dos trabalhadores assistenciais participantes das atividades em Boas Práticas da atenção obstétrica e
317 Neonatal – O Hospital apresentou um total de 85 trabalhadores, realizaram 74 trabalhadores (Pronto
318 Atendimento/P.A, Centro Obstétrico/CO, Maternidade e UTI Neonatal), ou seja, um percentual de 87%
319 de trabalhadores participantes, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
320 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 05** - Acolhimento com
321 Classificação de Risco permanente realizado por um Enfermeiro, Acolhimento em funcionamento -
322 constatado através de visita *in loco* em dias alternados, livro de registro: 190 atendimentos, escalas de
323 plantão, **pontuando 10 neste indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria
324 Controle e Avaliação/CCA/SMS, 21 de outubro de 2019. **Item 06** - Tempo médio de permanência
325 mensal UTI Neonatal – Parâmetro de até 18 dias - Considerando os 10 leitos habilitados apresentaram
326 22,7 dias, considerando 03 leitos para margem de cálculo, a média permanência = 18 dias (foram
327 excluídos 03 leitos onde as diárias foram 30 dias) **pontuando 15 neste indicador**, conforme relatório da
328 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019.
329 **Item 07** - Taxa de ocupação para os leitos destinados ao SUS - UTI Neonatal – Parâmetro de 90%,
330 apresentado 99%, **pontuando 15 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
331 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 08** - 65% de Recém-
332 nascidos/RN com Registro Civil na maternidade – Apresentado percentual de 100% de RN registrados,
333 sendo Nascidos Vivos 132 e Números de Registros 132, **pontuando 10 nesse indicador**, conforme
334 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro
335 de 2019. Retificação da Página 36 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017.
336 NA COLUNA DE PONTUAÇÃO, ONDE SE LÊ: Maior ou Igual a 50% de RN registrados=10, LEIA

337 - **SE: Maior ou Igual a 65% de RN registrados=10, ONDE SE LÊ: DE 30% A 49,9% de RN**
338 **registrados=05, LEIA-SE: de 30% a 64,9% de RN registrados=05. Item 09** - Manter Equipe mínima de
339 Enfermagem no Centro Obstétrico conforme Portaria nº11/2015/GM/MS – Foi constatado através de
340 visita *in loco* e escala dos profissionais do setor, **pontuando 10 neste indicador.** Conforme relatório da
341 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, 21 de outubro de 2019.
342 **Pontuação total do grupo das Metas de Qualidade da Rede Cegonha foi de 100 pontos. D.D-PÁGINA 40**
343 **/ITEM 6.2.2/METAS DE QUALIDADE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Item 01** -
344 Núcleo de Acesso e Qualidade (NAQH), conforme Portaria nº2395/GM/MS – Parâmetro em
345 funcionamento - o hospital apresentou Atas das reuniões comprovando o funcionamento, **pontuando 10,**
346 conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21
347 de outubro de 2019. **Item 02** - Núcleo Interno de Regulação (NIR) em funcionamento – NIR, conforme
348 Portaria nº 3390/2013 - o hospital apresentou Atas das reuniões e Regimento Interno, comprovando o
349 funcionamento, **pontuando 10,** conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle
350 e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 03** - Protocolos clínicos e assistenciais
351 atualizados e disponíveis para a equipe – O Hospital apresentou somente Manual de Normas e Rotinas e
352 POP (protocolos não atualizados, não disponíveis e não validados nas clínicas), **pontuando 10,** conforme
353 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro
354 de 2019. **Item 04** - 50% dos trabalhadores assistenciais participantes das atividades em Boas Práticas da
355 atenção – O Hospital apresentou um total de 94 trabalhadores, realizaram 79 trabalhadores (P.A, UIT
356 Adulto, UCO, UNI Cardiologia), ou seja, percentual de 84% de trabalhadores participantes, **pontuando**
357 **10,** conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de
358 21 de outubro de 2019. **Item 05** - Tempo médio de permanência mensal UTI adulto – Parâmetro máximo
359 de 10 dias - O hospital apresentou 7,6 dias de média de permanência (considerando 14 leitos pelo CNES),
360 **pontuando 15 nesse indicador,** conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria
361 Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 06** - Taxa de ocupação de leitos de UTI
362 adulto – O Hospital apresentou taxa de 161% (14 leitos pelo CNES); *in loco*/10 leitos UTI Adulto =
363 114,3% *in loco*/10 leitos UCO =111%, **pontuando 15 neste indicador,** conforme relatório da Supervisão
364 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21 de outubro de 2019. **Item 07** -
365 Acolhimento com classificação de risco permanente na urgência – o Hospital apresentou livro de registro,
366 Escalas de plantão, Protocolos da Classificação em funcionamento, **pontuando 10 nesse indicador,**
367 conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21
368 de outubro de 2019. **Item 08** - Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS –
369 Parâmetro Atendimento nas 24hs do dia e em todos os dias do mês para atendimento ininterrupto a
370 qualquer demanda espontânea e referenciada conforme perfil do hospital - De acordo com o relatório e
371 comprovações do servidor de produção (SISREG III), emitido pela CRUE/SMS, sendo assim o hospital
372 **Pontua 20 nesse indicador** conforme relatório apresentado hoje 11 de novembro de 2019. **Retificação**
373 **da Página 41 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. Item 08: Porta de**
374 **Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS. NA COLUNA DE MÉTODO DE**
375 **VERIFICAÇÃO - ONDE SE LÊ: Relatórios da CRUE e relatório da Supervisão Administrativa. LEIA-**
376 **SE: Relatórios da Coordenadoria Regulação de Urgência e Emergência/CRUE/SMS. Pontuação total do**
377 **grupo das Metas de Qualidade da Rede Urgência e Emergência foram de 100 pontos.** Deste modo, após
378 avaliação pelo Documento Descritivo da **COMPETÊNCIA 09/2019,** o Hospital Geral apresentou o
379 seguinte desempenho: pontuação referente às **Metas Quantitativas:** alcançaram **95 pontos,** o que
380 equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso equivalente de **R\$ 1.043.144,13.**
381 **Metas Qualitativas:** alcançaram **100 pontos,** que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o
382 total de recurso equivalente de **R\$ 695.429,42. Rede Cegonha nas Metas Qualitativas:** alcançaram **100**
383 **pontos,** que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso equivalente de **R\$**
384 **119.534,82. Rede de Urgência nas Metas Qualitativas:** alcançaram **100 pontos,** que equivale à faixa de
385 desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso equivalente de **R\$ 1.152.021,72.** Encerrados os
386 trabalhos, a Srª Dirigente deixou livre a palavra para que dela fizesse uso quem o desejasse. 1) E como
387 mais nada havia para ser deliberado, a Srª dirigente determinou a lavratura da presente Ata, que lida em
388 voz alta e consensuada exata e conforme, sendo unânime aprovada, deu-se portanto encerrada às
389 16h00min, sendo assinada por mim, **Barbara R. Adrien Eugenio** que a redigi, pela dirigente e pelos
390 demais membros presentes (Comissão e corresponsáveis pelas informações apresentada nos relatórios) na
391 reunião. Certifico que o presente documento é cópia fiel, o qual consta 08 (oito) páginas numeradas com
392 403 (quatrocentas e quatro) linhas. Depois de encerrada a reunião, esta Ata foi disponibilizada (cópia na


393 integra) juntamente com a lista de presença, aos seguintes setores da Superintendência de Controle,
394 Avaliação e Regulação/SCAR/SMS/CUIABÁ: Central de Regulação/CR/SMS; Sistema de Informações
395 Ambulatoriais/SIA/SMS; Sistema de Informações Hospitalares/SIH/SMS; Supervisão
396 Administrativa/SMS; Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS; Cadastro Nacional
397 Estabelecimentos de Saúde/CNES/SMS e ainda aos Membros da Comissão (Representante do Hospital,
398 Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS e Secretaria Estadual de Saúde/SES/MT).

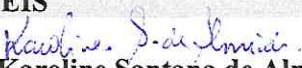
399 Cuiabá, 13 de Novembro de 2019.

400 
Daniela Nascimento Arruda
Dirigente da Reunião Ordinária CPAC
Sanitarista Supervisora Adm. /CERAC/SMS



Barbara R. Adrien Eugenio
Relatora da Reunião Ordinária CPAC
Supervisora Adm. /CERAC/SMS

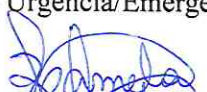
401 **CORRESPONSÁVEIS**


Igor G. de Souza
Responsável Técnico do Sistema de Informação
Ambulatorial SIA/SMS


Karoline Santana de Almeida
Enf^a Responsável Técnica da Supervisão Adm.
Hospitalar/CCA/SMS



Noeli Cichoski da Silva
Gerência de Urgência/Emergência CRUE/SMS



Laura Pereira Rocha da Silva
Responsável Técnica do Sistema de Informação
Hospitalar


Pamela Aparecida Nery Costa
Enf^a Responsável Técnica do
CNES/SMS/CUIABÁ



José Pedro Falco Walderrama
Responsável Técnico SISREG

402 **MEMBROS DA COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DA**
403 **CONTRATUALIZAÇÃO/CPAC/SMS**


Noeli Cichoski da Silva
Secretaria Municipal de Saúde/SMS/CUIABÁ


Elaine Morita P. Souza
Secretaria Estadual de Saúde / SES


Daniella C. Amaral
Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS


Sandra Maria dos Santos Costa
Associação de Proteção a Maternidade e a Infância
de Cuiabá – Hospital Geral

404