

LISTA DE PRESEÇA

DATA: 11/12/2019 HORÁRIO: Início 14 h: 00 min – Término 14 h: 50 min

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL

PAUTA: REUNIÃO ORDINÁRIA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTI-QUALITATIVAS DA **COMPETÊNCIA 10/2019**.

Nº	NOME COMPLETO	ORGÃO/CARGO	E-MAIL	TELEFONE	ASS. ou RUBRICA
01	Jamileta S. Branda	Coorden SUS			Branda
02	Debiana P.S. Almeida	H6 / Advogada	juridico@hg.cuiaba.br	3363-7018	ASB
03	Caroline C. de Moura	H6 / doutora	carolinecongelado@hg.cuiaba.br	3363-0088	Caroua
04	Sandra M. Lica M. Genesio	H6 / G. ADM	sandra.lica@hg.cuiaba.br	3363-2072	Senfira
05	Flávia C. Almeida	C.M.S	daniella-sucul@hgtucuiab.com	9.9977-6117	Flávia
06	Thaiana Cristina Silva Zague	Supervisão SMS	brunacristina.zague@hgtucuiab.com	9977-45782	Thaiana
07	Kénia B. Mendes de Andrade	Leaac / SMS		3616-9131	Kénia
08	Juliano Vieira de Paula	SIP - SIH		98416-4022	Juliano J. Paula
09	Ronira Cap. G. de Carvalho	CR detima / SMS		99917-2603	Ronira
10	Adriana Cabral de S. Silva	Ing. Enx. ger.		99764-8789	Adriana
11	Camilla Alves Poppe	coorden SUS	coorden@ses.mt.gov.br	98156-6135	Camilla Alves Poppe
12	Julio Cesar de S. Gouveia	GM S / C.BA	jozgarcia10@gmail.com	99967-1661	Julio Cesar de S. Gouveia
13					
14					
15					
16					
17					

1 **ATA Nº010/2019 DE REUNIÃO ORDINÁRIA DE ACOMPANHAMENTO DA**
2 **CONTRATUALIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A**
3 **INFÂNCIA DE CUIABÁ - HOSPITAL GERAL**

4 Aos 11 dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezenove, às 14h00min, reuniram-se os
5 membros titulares e suplentes escolhidos dentre seus pares dos segmentos da saúde para compor
6 a Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização CPAC/SMS/Cuiabá
7 nomeados conforme Portaria nº 091/SMS/2018, os corresponsáveis dos setores envolvidos da
8 Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação/SMS/CUIABÁ, resultando as informações
9 subscritas, na Coordenadoria Especial Rede Assistencial de
10 Contratualização/CERAC/SMS/Cuiabá, localizada sob o endereço no rodapé. Após a dirigente
11 Daniela Nascimento Arruda, iniciou a reunião, que teve como pauta a Avaliação da
12 Contratualização da Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Cuiabá - Hospital
13 Geral, referente à **COMPETÊNCIA 10/2019**, avaliado de acordo com o Documento
14 Descritivo/D.D. nº 004/2017, assinado em 03/10/2017. Vale ressaltar que foi constatado através
15 do diário oficial ano nº6 nº1246 publicado em 28 de novembro de 2017, divergência na data de
16 assinatura, tendo como data da publicação 31 de outubro de 2017. A metodologia para avaliação
17 do alcance das metas, dessa competência, será conforme metas do Convênio e definidas em
18 comum acordo com a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização, sendo
19 assim serão ajustadas e pactuadas em Ata as ações adotadas para as futuras Competências.
20 Durante a avaliação das Metas Qualitativas e Quantitativas foram feitas as seguintes
21 considerações: Conforme documento encaminhado Ofício Circular nº 002/CERAC/SMS/2018,
22 sob a CI nº064/2018/SCAR/SMS de 24 de julho de 2018, que versa sobre a publicação em
23 Diário Oficial de Contas do Estado de Mato Grosso, nº 1399 de 17/07/2018, fls. 56/57, a Portaria
24 nº 121/GAB/SMS/2018 a qual DEFINE *que todas as reuniões da Comissão Permanente de*
25 *Acompanhamento e Avaliação de Contratualização/CPAC/SMS, serão gravadas por instrumento*
26 *de áudio e/ou vídeo e, podendo ser liberadas para as partes interessadas, mediante solicitação,*
27 *após período de 48 (quarenta e oito) horas.* Informamos, portanto, que até a presente
28 competência não está sendo gravada, pois não foram disponibilizados os equipamentos
29 necessários, inviabilizando com isso o cumprimento da Portaria supracitada, inteiramos que
30 como de costume foi encaminhado ao Hospital Geral o ofício nº 170/CERAC/SMS/2019,
31 datado em 02 de dezembro de 2019, informando o dia e hora da reunião CPAC. Considerando
32 mudanças ocorridas na composição dos membros CPAC/SMS, foi indicado via ofício
33 239/CCA/SMS/2019 e 286/CR/SMS/2019 novos membros para comporem a comissão.-D.D.-
34 **PÁGINA 43 /ITEM 7.1/METAS QUANTITATIVAS: Item 01 - % de alcance de metas físicas**
35 **ambulatoriais de Média e Alta complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no D.D. -**
36 **Parâmetro mínimo de 90% por subgrupo conforme Planilha Físico-Orçamentária - Os**
37 **subgrupos: 0101 - 0201 - 0202 - 0302 - 0303 - 0401 - 0414 - 0701 e 0307 não foram**
38 **considerados por não ser regulados no SISREG/SMS.** Foram regulados, validados e
39 aprovados o seguinte quantitativo na Competência: 1) 0101-^{83 meta} = 00; 2) 0201-^{8 meta} = 00; 3)
40 0202-^{10.530 meta} = 00; 4) 0204 (Diagnóstico por Radiologia)^{383 meta} = reguladas 380, validadas pela
41 Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 220/57,90%; 5) 0205 (Diagnóstico por
42 Ultrassonografia)^{210 meta} = reguladas 180, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada
43 pelo SIA/SMS = 85/47,22%; 6) 0209 (diagnóstico por Endoscopia)^{400 meta} = reguladas 369,
44 validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 137/37,12%; 7) 0211
45 (Métodos diagnósticos em especialidades)^{683 meta} = reguladas 306, validadas pela Supervisão
46 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 172/56,21%; 8) 0301
47 (Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos)^{780 meta} = não regulado, validadas pela Supervisão
48 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 775/99,36%; 9) 0302-^{460 meta} = 00; 10) 0303-^{60 meta} =
49 00; 11) 0307 (Tratamento Odontológicos)^{47 meta} = reguladas, validadas pela Supervisão
50 Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 12) 0401-^{02 meta} = 00; 13) 0405 (Cirurgia do aparelho
51 da visão)^{55 meta} = reguladas 26, validadas pela Supervisão Administrativa e aprovada pelo

52 SIA/SMS = 14/53,85%; 14) 0410-¹ meta = 00; 15) 0414-¹³ meta = 00; 16) 0701-¹ meta = 00 . Meta
53 atingida em 01 subgrupo, **não pontuando neste indicador**, conforme relatório apresentado pela
54 Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 10 de
55 Dezembro de 2019. **Observações do relatório:** o subgrupo 0205 de acordo com o indicador
56 consta ecocardiográfica transtorácica e USG Doppler colorido de vasos. **Retificação da Página**
57 **43 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017, assinado em 03 de**
58 **outubro de 2017.** Vale ressaltar que foi constatado através do diário oficial ano nº6 nº1246
59 publicado em 28 de novembro de 2017 (anexo), divergência na data de assinatura, tendo como
60 data da publicação 31 de outubro de 2017. **Item 01 – NA COLUNA DE INDICADORES A**
61 **SEREM MONITORADOS, ONDE SE LÊ:** % de alcance de metas físicas ambulatoriais de
62 Média e Alta complexidade por subgrupo conforme estabelecidas no Documento Descritivo.
63 **LEIA- SE:** % de alcance das metas físicas ambulatoriais de media e alta complexidade,
64 financiamento MAC, por subgrupo conforme estabelecidas no Documento Descritivo. **NA**
65 **COLUNA MÉTODO DE VERIFICAÇÃO, ONDE SE LÊ:** Relatório de produção **Aprovada** do
66 mês de Competência/ **SISREG**, mediante confirmação do número da chave. **LEIA-SE:**
67 **Relatório de produção Aprovada do Sistema Informação Ambulatorial/SIA/SMS, do mês de**
68 **Competência. Item 01 – NA COLUNA DE PONTUAÇÃO, ONDE SE LÊ:** Metas atingidas:
69 Sete Subgrupos 15 pontos. Leia-se Seis Subgrupos 15 pontos. Onde se Lê: De Quatro a Seis
70 Subgrupos 07 pontos. Leia-se: De três a Cinco Subgrupos 07 Pontos. Onde se Lê: Abaixo de
71 Quatro Subgrupos: 0 pontos. Leia-se: Abaixo de Três: 0 pontos. Sendo este critério utilizado a
72 partir da competência 07/2019. Considerando **Parecer Procedimentos/Exames Regulados**
73 **Sisreg - Competência: 10/2019** formulado pela supervisão administrativa, temos os seguintes
74 valores: **subgrupo 0204** Índice de absenteísmo 40% produção aprovada pelo SIA 57,90%,
75 perfazendo um total de 97,9%; **subgrupo 0205** Índice de absenteísmo 50% produção aprovada
76 47,22%, perfazendo um total de 97,22 %; **subgrupo 0209** Índice de absenteísmo 65% produção
77 aprovada 37,12%, perfazendo um total de 102,12%; **subgrupo 0211** Índice de absenteísmo 45%
78 produção aprovada 56,21%, perfazendo um total de 101,21%; **subgrupo 0405** Índice de
79 absenteísmo 50% produção aprovada 53,85%, perfazendo um total de 103,85%. Sendo assim, o
80 hospital atinge meta em mais 05 subgrupos, perfazendo um total de 06 subgrupos **pontuando 15**
81 **pontos neste indicador. Item 02 -** % de alcance das metas físicas de consultas médicas
82 ambulatoriais de primeira vez e subsequentes estabelecidas nas especialidades pactuadas e
83 conforme preconizado nas Portarias de Habilitação – Parâmetro Maior ou 90% por
84 especialidades – 1) **Cardiologia/267^{meta}**, - reguladas pelo SISREG 213 - apresentada 345 –
85 registradas 344 e produção aprovadas/validadas 127(59,62%) – 2) **Vascular/100^{meta}**, - reguladas
86 pelo SISREG 100 – apresentadas 93 – registradas 91 e aprovadas/validadas 57(57%) – 3)
87 **Neurologia/500^{meta}**, - reguladas pelo SISREG 257 - apresentada 315 registradas 308 e
88 aprovada/validadas 216(84,04%) 4) **Oncologia/500^{meta}**, - reguladas pelo SISREG 343 -
89 apresentada 157 registradas 157 e aprovadas 157(45,77%) Portanto, foram apresentadas pelo
90 prestador 910 consultas, sendo: registrada 900 e 557 validadas pela Supervisão Administrativa.
91 Atingindo meta em nenhuma especialidade, **pontuando 00 neste indicador.** Conforme relatório
92 apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
93 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 10 de Dezembro de 2019. Considerando que o método de verificação
94 do indicador é **Relatório de procedimentos regulados e validados pela supervisão**
95 **administrativa e supervisão oncológica do mês de Competência e disponibilidade de**
96 **agenda;** Considerando Parecer de Consultas/Procedimentos Regulados SISREG – Competência
97 10/2019 formulado pela Supervisão Administrativa tem os seguintes valores: 1. **Cardiologia:**
98 Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 179 Total de consultas validadas pela
99 Supervisão 180 perfazendo 101%; 2. **Vascular:** Procedimentos confirmados Primeira Vez e
100 Autogestão 53 Total de consultas validadas pela Supervisão 57 perfazendo 108%; 3.
101 **Neurologia:** Procedimentos confirmados Primeira Vez e Autogestão 205 Total de consultas
102 validadas pela Supervisão 216 perfazendo 105%; 4. **Oncologista:** Procedimentos confirmados

103 Primeira Vez e Autogestão 240 Total de consultas validadas pela Supervisão 259 perfazendo
104 108%. Sendo assim, o Hospital atinge meta em 4 especialidades, **pontuando 15 pontos neste**
105 **indicador. Retificação da Página 44 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº**
106 **004/2017. NA COLUNA DE PONTUAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS, ONDE SE LÊ:**
107 *Meta atingida nas Oito Especialidades=15 LEIA-SE: Metas atingidas nas Quatro*
108 *Especialidades =15, ONDE SE LÊ: De Quatro a Sete especialidades= 07, LEIA-SE: De Duas*
109 *a Três Especialidades=07, ONDE SE LÊ: Abaixo de Quatro Especialidades=0, LEIA SE:*
110 *Abaixo de duas especialidades. **Item 03** – Percentual de alcance das metas físicas dos exames*
111 *ambulatoriais estabelecidos: (Conforme Preconizados nas Portarias de Habilitação) – Parâmetro*
112 *mínimo de 90%, sendo: 1) 0211020060/Teste de Esforço/Teste Ergométrico⁸⁰ pactuados/mês =*
113 *reguladas pelo SISREG/SMS 69 e validadas Supervisão Administrativa e aprovadas pelo*
114 *SIA/SMS 41 (59,42%); 2) 0211020044/Holter³⁰ pactuados/mês = reguladas pelo SISREG/SMS = 50*
115 *e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 18(36%); 3)*
116 *0205010024,0205010032/Ecocardiógrama¹³⁰pactuados/mês = reguladas pelo SISREG/SMS = 130 e*
117 *validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 68(52,30%); 4)*
118 *020501/Exames de Ultrassonografia⁶⁴⁰pactuados/mês = reguladas pelo SISREG/SMS = 590 e*
119 *validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 250(42,37%); 5)*
120 *0209010037/Endoscopia¹⁶⁰pactuados/mês = reguladas pelo SISREG/SMS = 201 e validadas*
121 *Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 93(46,27%); 6)*
122 *0209010029/Colonoscopia e 0209010053/Retossigmoidoscopia²⁴⁰ pactuados/mês = reguladas pelo*
123 *SISREG/SMS = 120 e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS =*
124 *32(26,66%); 7) 020301/ 020302 - Exames de Anatomia Patológica,²⁵⁰pactuados/mês = não regulada*
125 *e validadas Supervisão Administrativa e aprovada pelo SIA/SMS = 12(4,8%). **Observações do***
126 **Relatório:** Os exames de Teste de esforço/ Teste ergométrico apresentou 40 e aprovou a
127 quantidade de 40 procedimentos, havendo 01 glosa de acordo com o relatório da supervisão
128 administrativa. O exame de Holter 24 horas apresentou 18 e aprovou a quantidade de 18
129 procedimentos, de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de
130 Ecocardiografia transtoracica apresentou 69 e aprovou a quantidade de 68 procedimentos, não
131 havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de
132 Ultrassonografia de Doppler colorido de vasos apresentou e aprovou 39 procedimentos, não
133 havendo glosa de acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de
134 Esofagogastroduodenoscopia apresentou 95 e aprovou 77 procedimentos, havendo 17 glosas de
135 acordo com o relatório da supervisão administrativa. O exame de Retossigmoidoscopia
136 apresentou e aprovou 04 procedimentos, não havendo glosas de acordo com a supervisão
137 administrativa. O Exame de Colonoscopia apresentou 29 procedimentos, aprovando 28
138 procedimentos, havendo 01 glosa, de acordo com a supervisão administrativa. Em relação ao
139 Item 7 do indicador 03. Foi aprovado somente o exame 020301001-9. Não atingindo meta em
140 nenhuma especialidade, **pontuando 00 neste indicador** conforme relatório apresentado pela
141 Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 10 de
142 Dezembro de 2019. **Retificação da Página 44 instrumento Contratual Convênio Assistencial**
143 **nº 004/201. NA COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO,** referente ao indicador **Item**
144 **03:** % de alcance das metas físicas dos exames ambulatoriais estabelecidos: (Conforme
145 Preconizados nas Portarias de Habilitação), **ONDE SE LÊ:** Relatório de produção **Aprovada**
146 **do mês de Competência/ SIA e disponibilidade de agenda. LEIA-SE: Relatório de produção**
147 **Aprovada do mês de Competência/ SIA. Considerando Parecer Procedimentos/Exames**
148 **Regulados Sisreg - Competência: 10/2019** formulado pela supervisão administrativa, temos os
149 seguintes valores: **(0211020060) Teste de Esforço/Teste Ergométrico** Índice de absenteísmo
150 39% produção aprovada 59,42%, perfazendo um total de 98,42%; **(0211020044) Holter** Índice
151 de absenteísmo 64% produção aprovada 36%, perfazendo um total de 100%;
152 **(0205010024),(0205010032) ecocardiograma** Índice de absenteísmo 43% produção aprovada
153 52,30%, perfazendo um total de 95,3%; **(020501/020502) Exames de Ultrassonografia** Índice

154 de absenteísmo 54% produção aprovada 42,37%, perfazendo um total de 96,37%; (0209010037)
155 **endoscopia** Índice de absenteísmo 66% produção aprovada 46,27%, perfazendo um total de
156 112,27%; (0209010029) **colonoscopia** e (0209010053) **retossigmoidoscopia** Índice de
157 absenteísmo 158% produção aprovada 26,66%, perfazendo um total de 184,66%. Sendo assim, o
158 hospital atinge meta em 06 exames, **pontuando 15 pontos**. **Item 04** - % de alcance das metas
159 físicas hospitalares de média complexidade por clínica estabelecidas no D.D. - Parâmetro
160 mínimo de 90% por clínica, sendo: 1) **Cirúrgico**/111^{pactuados} = realizados 106/95,50%; 2)
161 **Clínico**/151^{pactuados} = realizados 138/91,39%;(Nos valores referentes a Especialidade Clínica do
162 indicador são somados os valores de leitos crônicos, nos quais foram internados pacientes cujos
163 procedimentos são de Clínica Médica.) 3) **Pediátrico**/50^{pactuados} = realizados 99/198%; 4)
164 **Obstétricos**/262^{pactuados} = realizados 253/95,84%, atingindo meta em todas clínicas, **pontuando**
165 **10 nesse indicador**, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação
166 Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 10 de Dezembro de 2019. **Item 05** - Taxa de ocupação
167 de leitos hospitalares por clínica - Parâmetro percentual mínimo por clínica - Pactuado 04 tipos
168 de especialidades, sendo apresentados pelo hospital os seguintes percentuais: **Cirúrgico** mínimo de
169 80% - apresentou 112,1%; **Clínico** mínimo de 85% - apresentou 119,9%; **Pediátrico** mínimo de 80% -
170 apresentou 107,6% e **Obstétrico** mínimo de 85% - apresentou 86,2%, meta atingida em todas
171 especialidades, **pontuando 10 neste indicador**, conforme relatório apresentado pela
172 Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS 10 de
173 Dezembro de 2019. Considerando que a Obstetrícia é porta aberta o **hospital pontua 10 pontos**
174 **neste indicador**. **Item 06** - % de internação Clínica e Cirúrgica regulada (autorizada e realizada)
175 conforme meta física contratualizada - Parâmetro de 100%. - De 575 internações pactuadas/
176 autorizadas, o hospital realizou 613 (106,6%) altas, no período compreendido entre 01/10/2019
177 até 31/10/2019, sendo assim **pontua 15 neste indicador**, conforme relatório apresentado pela
178 SISREG/CER/SMS de 10 de Dezembro de 2019. **Retificação da Página 44 instrumento**
179 **Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA DE INDICADORES A**
180 **SEREM MONITORADOS, ONDE SE LÊ:** % de internação clínica e cirúrgica regulada
181 (autorizada e realizada) conforme meta física contratualizada. **LEIA-SE:** % de internação
182 clínica e cirúrgica eletivas reguladas (autorizada e realizada). **NA COLUNA DE**
183 **PARÂMETROS, ONDE SE LÊ:** 100%. **LEIA-SE:** Executar em até 30 dias as internações
184 eletivas autorizadas. **NA COLUNA DE MÉTODO DE VERIFICAÇÃO, ONDE SE LÊ:**
185 *Relatório de produção da Central de Regulação (SISREG), obedecendo à competência de*
186 *faturamento (de 1 a 30 de cada mês).* **LEIA-SE:** *Relatório nominal de alta dos pacientes*
187 *encaminhados para processamento no SIH, compatível com relação nominal autorizada pelo*
188 *SISREG.* **Item 07** - Disponibilização de 100% da agenda em consultas e exames pactuados para
189 a central de regulação até o 18º dia de cada mês, sendo 60% para demanda da Central e 40% para
190 demanda interna do hospital - Parâmetro - 100% - O hospital apresentou em Consultas =
191 2.496(102,0%) e Exames = 3.079(99,0%), totalizando 5.575(100, %), sendo assim **pontua 20**
192 **neste indicador** conforme relatório hospitalar do SISREG/CER/SMS, 10 de Dezembro de 2019.
193 **Informações descritas no Relatório:** Foram considerados os grupos de procedimentos
194 regulados no SISREG: 0204, 0205, 0206, 0208, 0209, 0210, 0211, 0307, 0401, 0405 e 0409.
195 **Retificação da Página 45 instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA**
196 **COLUNA DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS - ONDE SE LÊ:**
197 *Disponibilização de 100% da agenda em consultas e exames pactuados para a central de*
198 *regulação até o 18º dia de cada mês, sendo 60% para demanda da Central e 40% para demanda*
199 *interna do hospital.* **LEIA-SE:** *Disponibilização de 100% da agenda de procedimentos*
200 *ambulatoriais pactuados para a central de regulação até o 18º dia de cada mês, exceto os*
201 *seguintes subgrupos: 0101: Educação em saúde, que compreende os seguintes procedimentos:*
202 *010102: Saúde Bucal, 010104: Alimentação e Nutrição; 0202 Diagnóstico em laboratório*
203 *clínico, que compreende os seguintes procedimentos: 020301: citopatológicos, 021201: exames*
204 *de doador e receptor, 021401: testes rápidos; 0301*

205 *Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos, que compreende os seguintes procedimentos:*
206 *0301010048: consulta em atenção especializada, exceto médico; 0301010056: Consulta em*
207 *saúde do trabalhador, 03010436: terapia em grupo; 030106: Consultas e atendimento em*
208 *urgência, 030107: Atendimento/acompanhamento em reabilitação, 030110: administração de*
209 *medicamentos em atenção especializada (atendimentos de enfermagem em geral), 030112:*
210 *atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas/metabólicas e*
211 *nutricionais, 0302 Fisioterapia – Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas,*
212 *neonatais e uroginecológicas; 030302 Tratamentos clínicos (outras especialidades) –*
213 *Pulsoterapia e outros tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e alguns*
214 *transtornos imunitários, 030602 Hemoterapia – Transfusão (medicina Transfusional), 0307*
215 *Tratamento odontológicos – Dentística; 0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido*
216 *subcutâneo e mucosa, que compreende os seguintes procedimentos: 0401010015: curativo grau*
217 *II, 04011020013: curetagem pós-abortamento e 0417010052: Anestesia regional, conforme CI*
218 *Nº 071/2018/CR/SMS de 22 de fevereiro de 2018. Sendo 60% para demanda da Central e 40%*
219 *para demanda interna do hospital. **Pontuação total do grupo das Metas Quantitativas foi de***
220 **100 pontos. D.D-PÁGINA 46 /ITEM 7.2/METAS QUALITATIVAS. Item 01 – Manter o**
221 **Sistema Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde atualizado/SCNES (leitos, equipamentos,**
222 **instalação física e RH) – Parâmetro de 100% atualizado em cada item. Em conformidade nos 4**
223 **itens. Sendo assim pontua 10 pontos neste indicador, conforme relatório do dia 09 de**
224 **Dezembro de 2019. Item 02 - Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Controle**
225 **e Avaliação/SMS – Parâmetro Informado durante todos os dias do mês até as 13h00min –**
226 **Apresentou relatório mensal, pontuando 15 neste indicador, conforme relatório apresentado**
227 **pela CRUE/CER/SMS, de 02 de dezembro de 2019. Retificação da Página 46 do instrumento**
228 **Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. 7.2 METAS QUALITATIVAS Item 02: NA**
229 **COLUNA DE INDICADORES A SEREM MONITORADOS-ONDE SE LÊ: Apresentar o**
230 **Censo diário de leitos a Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS. **LEIA-SE:****
231 ***Apresentar o Censo diário de leitos a Coordenadoria de Regulação/CER/SMS. A supervisão***
232 ***administrativa não irá considerar para mensurar o absenteísmo os procedimentos que foram***
233 ***permitidos a realização fora do período de autorização SISREG, serão validados só pra***
234 ***faturamento nas competências 6 e 7. A urgência irá validar os sensos enviados, se estiverem***
235 ***fidedigno com o que se apresentarem nos leitos, a supervisão estará fazendo relatórios diários***
236 ***de inconsistências, contendo nome do paciente, leito, clínica. Item 03 - Tempo médio de***
237 ***permanência de leitos hospitalares por clínica. Parâmetro – **Cirúrgico** até 4,8 dias (7,3), **Clínico*****
238 ***até 8 dias (13,5) , **Pediátrico** até 4,2 dias (4,7), **Obstétricos** até 2,8 dias (3,2), **não pontuando*****
239 ***neste indicador, conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação***
240 ***Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SMS de 11 de Dezembro de 2019 Conforme acordo feito em***
241 ***reunião ordinária de acompanhamento da Contratualização do Hospital Geral do dia 09/07/2019***
242 ***na competência 05/2019, os parâmetros a serem considerados serão Estudo de repactuação em***
243 ***anexo, o qual se baseou na série histórica do hospital no período de junho/2017 a maio/2018 e os***
244 ***parâmetros atuais. Portanto, apresentou – se o que se segue: cirúrgicos de 4,8 dias até 6,8;***
245 ***Clinica medica de 8,0 dias até 9,0; Clínica Pediátrica de 3,7 dias até 4,2 e obstétrica de 2,8 dias***
246 ***até 3,3. Considerando Relatório de justificativa de permanência pediátrica referente a***
247 ***Competência 10/2019 formulado pelo hospital, assinado e validado pelo Dr. Edson Anchieta e***
248 ***Dr. Jorge Araujo, médicos supervisores da Coordenadoria de Controle Avaliação ambulatorial e***
249 ***hospitalar, com as devidas observações, descontando os pacientes constantes no referido***
250 ***relatório o hospital atingiu a seguinte meta: 1 Cirurgico - 5,3; 2 Clinico- 7,8; 3 Pediátrico- 4,7 e 4***
251 ***Obstetrícia - 3,2. Sendo assim o hospital atingi meta em 3 (três) especialidades **pontuando 07*****
252 ***nesse indicador. Item 04 - Tempo médio de realização do procedimento ambulatorial e***
253 ***hospitalar regulado, a contar da data de encaminhamento pela Central de Regulação ao Hospital***
254 ***e de acordo com o limite físico pactuado. O hospital apresentou 13 (treze) dias, **pontuando 15*****
255 ***neste indicador, conforme relatório apresentado pelo SISREG/CER/SMS, de 10 de Dezembro***

Edson



[Handwritten signatures and initials in blue ink]


256 de 2019. **Item 05** - Número mensal de recusas para procedimentos hospitalares estabelecidos na
257 pactuação - Parâmetro nenhuma recusa – **Observações padronizadas:** Padronizado/normatizado
258 pela Coordenadoria de Central de Regulação/CER/SMS, desde Competência Maio/2018 (de
259 acordo com a CI Nº108/2018/CR/SMS), a justificativa plausível e comprovando dentro do D.D.
260 será: *Falta de exames, deverá vir relatada a Coordenadoria de Regulação /CER/SMS, quais*
261 *exames estão em falta que interferem na realização da cirurgia; Pacientes inaptos ou sem*
262 *condições clínicas, deverão ser encaminhadas justificativas a Coordenadoria de*
263 *Regulação/CER/SMS, com parecer clínico sobre a impossibilidade de realizar o procedimento,*
264 *sendo este assinado e carimbado pelo médico; Falta de contato com o paciente, deverá ser*
265 *relatado o número do paciente, número de tentativas que realizou o contato e data/horário das*
266 *tentativas; Regulação excedente x Capacidade instalada, especificar o valor atualizado do Teto*
267 *realizado no mês corrente, que comprove o Teto excedente para realização do procedimento.* O
268 Hospital apresentou 97 (noventa e sete) recusas, a qual foram todas justificadas conforme
269 relatório (anexo). Sendo assim o hospital **Pontua 15 nesse indicador**. Informações estas obtidas
270 no relatório da Coordenadoria de Regulação/CER/SMS do dia 02 de dezembro de 2019. **Item**
271 **06** - Manter as Comissões obrigatórias instituídas no Hospital e descritas neste Documento
272 Descritivo em funcionamento, de acordo com o relatório das atividades apresentadas a
273 Supervisão foi constatadas que as comissões estão instituídas e em funcionamento, através de
274 visita *in loco* e apresentação de Atas de reuniões, **pontuando 10 neste indicador**, conforme
275 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de
276 dezembro de 2019. **Item 07** - Manter: Programa de Residência Médica e/ou Multiprofissional na
277 área da saúde, em funcionamento, referido neste descritivo e Programa de Pesquisa, apresentar
278 ao menos 02 programas, a Supervisão Administrativa. O hospital apresentou 02 programas de
279 Residência em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial e Residência Multiprofissional em
280 saúde hospitalar para pacientes especiais, contemplando as áreas de Psicologia, fonoaudiologia,
281 odontologia, nutrição, fisioterapia e enfermagem. **Pontuando 10 neste indicador**, conforme
282 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de
283 dezembro de 2019. **Item 08** - Manter grupo de treinamento em humanização (GTH) para
284 viabilizar as diretrizes da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS - de acordo com o
285 relatório das atividades apresentadas a Supervisão foi constatadas que as comissões estão
286 instituídas e em funcionamento através de projetos apresentados, **pontuando 05 neste**
287 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
288 Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 09** - Pesquisa de satisfação do usuário
289 positiva - Realizada no mês de competência com no mínimo de 30% de pacientes internados – A
290 quantidade é referente a 30% dos leitos conveniados SUS cadastrados no CNES do hospital. A
291 pesquisa foi realizada no período de 01 à 31 de outubro de 2019, *in loco* em conversa entre o
292 supervisor e o usuário, onde foi apresentado o instrumento de acordo com o D.D. e após o
293 levantamento da somatória dos resultados obtivemos o seguinte percentual dos entrevistados (23
294 pacientes da Clínica Cirúrgica, 13 pacientes da Clínica Médica e 05 pacientes da Clínica
295 Pediátrica e 10 pacientes da Ginecologia/Obstetrícia) = 29% Muito Bom e 39% Bom,
296 **pontuando 05 nesse indicador**, conforme relatório apresentado pela Supervisão
297 Administrativa/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Pontuação total do grupo das Metas**
298 **Qualitativas foi de 92 pontos. D.D-PÁGINA 36 /ITEM 6.1.2/METAS DE QUALIDADE DA**
299 **REDE CEGONHA. Item 01** - Proporção de cesárea em relação aos partos realizados na
300 competência em maternidade Alto Risco TIPO II – Parâmetro de Redução da taxa de cesárea de
301 5% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco – Conforme estabelecido em D.D, redução
302 de cesárea de 10% ao ano e até 35% em maternidade de Alto Risco – Foram apresentados total
303 de 150 partos (73 partos normais e 77 partos cesarianos), um percentual de 51,33%,
304 considerando o percentual permitido de 37,98%, o hospital **não pontua neste indicador**,
305 conforme relatório apresentado pela Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e
306 Hospitalar/SIA/SIH/SMS 11 de Dezembro de 2019. No entanto, considerando relatório de

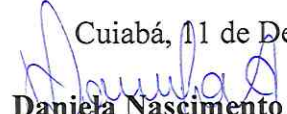
307 análise de Procedimento Cesáreo formulado pelo hospital apresentando justificativas para
308 realização dos partos cesarianos e conseqüentemente o percentual acima permitido nesta
309 competência, assinado e validado pela médica supervisora/SMS, Rosana Alice Barros Silva
310 Muniz, o hospital apresenta justificativas para o parto cesariano, com as devidas observações
311 esta Coordenadoria pondera o indicador, sendo assim o hospital **pontua na sua totalidade 10**
312 **pontos. Item 02** - 100% de acompanhante em todo período de internação. Foi aplicado pela
313 equipe de supervisão administrativa o questionário avaliando a satisfação do usuário referente
314 seu atendimento, obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando 10 neste**
315 **indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
316 Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 03** - RN com acompanhante na UTI e
317 UCI – Parâmetro de 100% dos RN's internados com livre acesso dos pais à unidade – Foi
318 aplicado pela Equipe de Supervisão Administrativa o questionário avaliando a satisfação do
319 usuário referente seu atendimento, obtendo assim o prestador a pontuação máxima, **pontuando**
320 **10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
321 Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 04** - Educação Permanente em Boas
322 Práticas da atenção Obstétrica e Neonatal mensalmente – Parâmetro de 50% dos trabalhadores
323 assistenciais participantes das atividades em Boas Práticas da atenção obstétrica e Neonatal – O
324 Hospital apresentou um total de 86 trabalhadores, realizaram 75 trabalhadores (Pronto
325 Atendimento/P.A, Centro Obstétrico/CO, Maternidade e UTI Neonatal), ou seja, um percentual
326 de 87% de trabalhadores participantes, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão
327 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019.
328 **Item 05** - Acolhimento com Classificação de Risco permanente realizado por um Enfermeiro,
329 Acolhimento em funcionamento - constatado através de visita *in loco* em dias alternados, livro
330 de registro: 190 atendimentos, escalas de plantão, **pontuando 10 neste indicador**, conforme
331 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, 19 de
332 dezembro de 2019. **Item 06** - Tempo médio de permanência mensal UTI Neonatal – Parâmetro
333 de até 18 dias - Considerando os 10 leitos habilitados apresentaram 28,2 dias, considerando 04
334 leitos para margem de cálculo, a média permanência = 21 dias (foram excluídos 04 leitos onde as
335 diárias foram 31 dias) **pontuando 07 neste indicador**, conforme relatório da Supervisão
336 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019.
337 **Item 07** - Taxa de ocupação para os leitos destinados ao SUS - UTI Neonatal – Parâmetro de
338 90%, apresentado 115,5%, **pontuando 15 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão
339 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019.
340 **Item 08** - 65% de Recém-nascidos/RN com Registro Civil na maternidade – Apresentado
341 percentual de 84,1% de RN registrados, sendo Nascidos Vivos 126 e Números de Registros 106,
342 **pontuando 10 nesse indicador**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
343 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Retificação da**
344 **Página 36 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017. NA COLUNA DE**
345 **PONTUAÇÃO, ONDE SE LÊ: Maior ou Igual a 50% de RN registrados=10, LEIA - SE:**
346 **Maior ou Igual a 65% de RN registrados=10, ONDE SE LÊ: DE 30% A 49,9% de RN**
347 **registrados=05, LEIA-SE: de 30% a 64,9% de RN registrados=05. Item 09** - Manter Equipe
348 mínima de Enfermagem no Centro Obstétrico conforme Portaria nº11/2015/GM/MS – Foi
349 constatado através de visita *in loco* e escala dos profissionais do setor, **pontuando 10 neste**
350 **indicador**. Conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
351 Avaliação/CCA/SMS, 19 de dezembro de 2019. **Pontuação total do grupo das Metas de**
352 **Qualidade da Rede Cegonha foi de 92 pontos. D.D-PÁGINA 40 /ITEM 6.2.2/METAS DE**
353 **QUALIDADE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Item 01** - Núcleo de Acesso e
354 Qualidade (NAQH), conforme Portaria nº2395/GM/MS – Parâmetro em funcionamento - o
355 hospital apresentou Atas das reuniões comprovando o funcionamento, **pontuando 10**, conforme
356 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de
357 dezembro de 2019. **Item 02** - Núcleo Interno de Regulação (NIR) em funcionamento – NIR,

358 conforme Portaria nº 3390/2013 - o hospital apresentou Atas das reuniões e Regimento Interno,
359 comprovando o funcionamento, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa
360 Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 03** -
361 Protocolos clínicos e assistenciais atualizados e disponíveis para a equipe – O Hospital
362 apresentou somente Manual de Normas e Rotinas e POP (protocolos não atualizados, não
363 disponíveis e não validados nas clínicas), **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão
364 Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019.
365 **Item 04** - 50% dos trabalhadores assistenciais participantes das atividades em Boas Práticas da
366 atenção – O Hospital apresentou um total de 93 trabalhadores, realizaram 78 trabalhadores (P.A,
367 UIT Adulto, UCO, UNI Cardiologia), ou seja, percentual de 83,9% de trabalhadores
368 participantes, **pontuando 10**, conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria
369 Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 05** - Tempo médio de
370 permanência mensal UTI adulto – Parâmetro máximo de 10 dias - O hospital apresentou 9,3 dias
371 de média de permanência (considerando 14 leitos pelo CNES), **pontuando 15 nesse indicador**,
372 conforme relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e
373 Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro de 2019. **Item 06** - Taxa de ocupação de leitos de UTI
374 adulto – O Hospital apresentou taxa de 160,4% (14 leitos pelo CNES); *in loco*/10 leitos UTI
375 Adulto = 108,4% *in loco*/10 leitos UCO =116,1%, **pontuando 15 neste indicador**, conforme
376 relatório da Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 21
377 19 de dezembro de 2019. **Item 07** - Acolhimento com classificação de risco permanente na
378 urgência – o Hospital apresentou livro de registro, Escalas de plantão, Protocolos da
379 Classificação em funcionamento, **pontuando 10 nesse indicador**, conforme relatório da
380 Supervisão Administrativa Coordenadoria Controle e Avaliação/CCA/SMS, de 19 de dezembro
381 de 2019. **Item 08** - Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS – Parâmetro
382 Atendimento nas 24hs do dia e em todos os dias do mês para atendimento ininterrupto a qualquer
383 demanda espontânea e referenciada conforme perfil do hospital - De acordo com o relatório e
384 comprovações do servidor de produção (SISREG III), emitido pela CRUE/SMS, sendo assim o
385 hospital **Pontua 20 nesse indicador** conforme relatório apresentado 19 de dezembro de 2019.
386 **Retificação da Página 41 do instrumento Contratual Convênio Assistencial nº 004/2017.**
387 **Item 08: Porta de Entrada aberta, conforme Portaria 2.395/2011/GM/MS. NA COLUNA DE**
388 **MÉTODO DE VERIFICAÇÃO - ONDE SE LÊ: Relatórios da CRUE e relatório da**
389 **Supervisão Administrativa. LEIA-SE: Relatórios da Coordenadoria Regulação de Urgência e**
390 **Emergência/CRUE/SMS. Pontuação total do grupo das Metas de Qualidade da Rede Urgência e**
391 **Emergência foram de 100 pontos.** Deste modo, após avaliação pelo Documento Descritivo da
392 **COMPETÊNCIA 10/2019**, o Hospital Geral apresentou o seguinte desempenho: pontuação
393 referente às **Metas Quantitativas**: alcançaram **100 pontos**, o que equivale à faixa de
394 desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso equivalente de **R\$ 1.043.144,13**. **Metas**
395 **Qualitativas**: alcançaram **92 pontos**, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo
396 o total de recurso equivalente de **R\$ 695.429,42**. **Rede Cegonha nas Metas Qualitativas**:
397 alcançaram **92 pontos**, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de
398 recurso equivalente de **R\$ 119.534,82**. **Rede de Urgência nas Metas Qualitativas**: alcançaram
399 **100 pontos**, que equivale à faixa de desempenho de 100%, perfazendo o total de recurso
400 equivalente de **R\$ 1.152.021,72**. Encerrados os trabalhos, a Sr^a Dirigente deixou livre a palavra
401 para que dela fizesse uso quem o desejasse. 1) E como mais nada havia para ser deliberado, a Sr^a
402 dirigente determinou a lavratura da presente Ata, que lida em voz alta e consensuada exata e
403 conforme, sendo unânime aprovada, deu-se portanto encerrada às 14h50min, sendo assinada por
404 mim, **Daniela Nascimento Arruda** que a redigi, pela dirigente e pelos demais membros
405 presentes (Comissão e corresponsáveis pelas informações apresentada nos relatórios) na reunião.
406 Certifico que o presente documento é cópia fiel, o qual consta 09 (nove) páginas numeradas com
407 420 (quatrocentas e vinte) linhas. Depois de encerrada a reunião, esta Ata foi disponibilizada
408 (cópia na íntegra) juntamente com a lista de presença, aos seguintes setores da Superintendência

409 de Controle, Avaliação e Regulação/SCAR/SMS/CUIABÁ: Central de Regulação/CR/SMS;
410 Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA/SMS; Sistema de Informações
411 Hospitalares/SIH/SMS; Supervisão Administrativa/SMS; Coordenadoria Controle e
412 Avaliação/CCA/SMS; Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde/CNES/SMS e ainda aos
413 Membros da Comissão (Representante do Hospital, Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS e
414 Secretaria Estadual de Saúde/SES/MT).


415
416

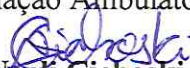

Kênia B. Moraes de Arruda
Dirigente da Reunião Ordinária CPAC
Sanitarista Supervisora Adm. /CERAC/SMS


Cuiabá, 11 de Dezembro de 2019.

Daniela Nascimento Arruda
Relatora da Reunião Ordinária CPAC
Supervisora Adm. /CERAC/SMS

417

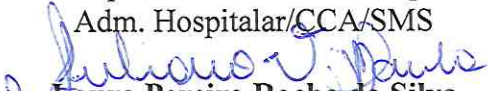
CORRESPONSÁVEIS


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


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


Pamela Aparecida Nery Costa
Enfª Responsável Técnica do
CNES/SMS/CUIABÁ


Karoline Santana de Almeida
Enfª Responsável Técnica da Supervisão
Adm. Hospitalar/CCA/SMS


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

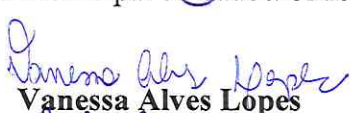

José Pedro Falco Walderrama
Responsável Técnico SISREG


418
419

MEMBROS DA COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO/CPAC/SMS



Bruna Cristina Silva Zaqueo
Secretaria Municipal de Saúde/SMS/CUIABÁ



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


Vanessa Alves Lopes
Secretaria Estadual de Saúde / SES


Julio C. S. Garcia
Conselho Municipal de Saúde/CMS/SMS


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


Sandra Maria Lira M. Generoso
Associação de Proteção a Maternidade e a
Infância de Cuiabá – Hospital Geral


Caroline E. de Moura
Associação de Proteção a Maternidade e a
Infância de Cuiabá – Hospital Geral

420

CI N° 239/CCA/SMS/2019

Cuiabá-MT, 05 de dezembro de 2019.

Ilma Senhora

Kênia B. Moraes de Arruda

Resp. Técnica - Coord. Esp. Rede Assistencial de Contratualização/CERAC/SMS/CUIABÁ

Prezada Senhora;

Cumprimentamos cordialmente e, em atenção ao CI N° 132/CERAC/SMS/2019, de 18 de outubro de 2019, recebido por esta Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ, onde solicita 01 (um) nome representando o Complexo Regulador Municipal de Cuiabá como Suplente, em substituição a Srta. FLÁVIA FRANCA RODRIGUES, para compor a Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CPAC.

Considerando a CI N° 286/2019/CR/SMS, de 02 de dezembro de 2019 (anexo), recebido por esta Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ, no dia 03 de dezembro com a indicação e substituição de membros representantes da Coordenadoria de Regulação na Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização-CPAC/SMS/CUIABÁ;

Diante disso, e conforme a necessidade de membros representantes da Coordenadoria de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ, encaminhamos os nomes para composição da referida Comissão:

Representantes da Coordenadoria de Controle e Avaliação	
Titular	BRUNA CRISTINA SILVA ZAQUEO
Suplente	DEJANINE SOARES DA SILVA

Sendo o que se apresenta para momento, estamos a disposição para dirimir eventuais duvidas e/ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente;


Suelen Danielen Allend
Coord. Esp. de Rede Assistencial de Controle e Avaliação/CCA/SMS/CUIABÁ

Recebido em 09/12/19
16/12/19
10:29

De Acordo:


Luzinete Siqueira Rosa
Superintendente de Controle, Avaliação e Regulação/SCAR/SMS/CUIABÁ



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
(SCARS/SMS).

CI nº 169/2019/SCAR/SMS.

Cuiabá/MT, 02 de Dezembro de 2019.

De: Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação/SMS.
Sra. Luzinete Siqueira Rosa.

Para: Coordenadoria de Controle e Avaliação.
Srª. Suellen Danielen Allend

Prezada,

Cumprimentando-a cordialmente, sirvo-me do presente para encaminhar a **C.I N°286/2019/CR/SMS**, que solicita a substituição de membros representantes da Coordenadoria de Regulação na Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização – CPAC/SMS/CUIABÁ, segue documento anexo.

Sem mais para o momento, reiteramos elevados votos de estima e consideração, bem como, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Luzinete Siqueira Rosa

Superintendente de Controle, Avaliação e Regulação/SMS/Cuiabá



Recebido em 14/3/19
02/12/19
[Signature]

Página 1 de 1



SECRETARIA
DE SAÚDE
Superintendência de
Regulação, Controle e
Avaliação

Rua: Tenente Coronel Duarte, N° 1070 – Bairro: Centro - Sul, CEP: 78020-450 – Cuiabá-MT, Fone:
(65) 3816 – 9189.



COORDENADORIA REGULAÇÃO
FLS: 01 à 01
RUB: 101

CI N°286/2019/CR/SMS

Cuiabá, 02 de dezembro de 2019.

DE: ELAINE APARECIDA ALVES SOUZA
COORDENADORA DE REGULAÇÃO/CR/SMS.

PARA: LUZINETE SIQUEIRA ROSA
SUPERINTENDENTE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO/SMS/CUIABÁ

ASSUNTO: Solicitação de substituição de membros representes na CPAC.

Prezada

Cumprimentamos a cordialmente, na oportunidade, por necessidade de mudanças das representantes das Coordenadorias de Regulação e a Coordenadoria de Controle e Avaliação, vimos solicitar a substituição de membros representantes da Coordenadoria de Regulação na Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratualização – CPAC/SMS/CUIABÁ. Nestes termos, para fins institucionais e representatividades correspondentes à Coordenadoria, solicitamos a substituição das representantes conforme seguir:

INDICADAS:

TITULAR: Noeli Ciichoski da Silva – CPF: 458.857.531-72

SUPLENTE: Ronize Aparecida Gallio de Carvalho – CPF: 765.071.571-04

EM SUBSTITUIÇÃO (ANTERIOR):

TITULAR: Elaine Aparecida Alves Souza

SUPLENTE: Flávia França Rodrigues

Sem mais para o momento, agradecemos e nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Atenciosamente,


ELAINE APARECIDA ALVES SOUZA
COORDENADORA DE REGULAÇÃO
COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL DE CUIABÁ/MT
COORDENADORA DE REGULAÇÃO/SMS