



RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Janeiro a Março/2017

HOSPITAL DOM MALAN

2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital Dom Malan faz parte de uma proposta de governo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de estruturação de uma rede hospitalar Estadual regionalizada, hierárquica e integrada, com redefinição do perfil assistencial dos hospitais de sua rede e ao mesmo tempo propondo medidas para promover melhor acesso da população aos serviços de urgência e emergência e assistência hospitalar.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo elaborado pelo Hospital Odilon Behrens-BH/MG, validado pelo MS.

Quadro 01

Organização Social	Fundação Prof. Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Inauguração	01 de Maio de 2010
Contrato de gestão	Nº 007/2010
Localização	Petrolina - PE
Área de Abrangência	25 municípios de três Microrregiões de Saúde: Petrolina (Afrânio, Cabrobó, Lagoa Grande, Dormentes, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista), a de Salgueiro (Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante) e a de Ouricuri (Araripina, Bodocó, Exú, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e Morelândia), que formam a Macrorregião do Vale do Médio São Francisco. E 27 municípios das três Microrregiões da Bahia Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim
Perfil	Urgência e Emergência 24 horas nas áreas de Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica. Referência para atendimento exclusivamente à mulher e à criança.
Capacidade	258 leitos, sendo: 218 leitos de internação, assim distribuídos: 18 leitos na unidade de gestação de alto risco, 12 leitos de ginecologia, 06 de onco/ginecologia, 48 leitos de alojamento conjunto,

	12 leitos para alojamento patológico, 05 leitos de onco/pediatria, 41 leitos para pediatria e 08 leitos para alojamento canguru, 05 de cirurgia pediátrica, 12 de ginecologia cirúrgica e 04 de oncologia cirúrgica. Possui, ainda, 10 leitos de Unidade de Terapia Obstétrica e 06 leitos na Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia e 04 de Unidade de Terapia Pediátrica, 27 leitos unidade de cuidados intermediários neonatal, 11 leitos de observação na triagem obstétrica, 13 leitos no pré parto e 13 leitos de observação no pronto socorro infantil
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Patologia Clínica, Ultrassonografia, Diagnose, Anatomopatologia, Radiodiagnóstico, Tomografia Computadorizada
Ambulatório de Egresso	Clínica Médica, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem

INTRODUÇÃO

O Relatório Trimestral apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco e a Organização Social de Saúde para o gerenciamento do Hospital Dom Malan, localizado no Município de Petrolina, em conformidade com a Lei Estadual nº 15.210/2013, elaborado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade, referente ao período de Janeiro a Março de 2017, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas contratadas.

As ações atuais incluíram, entre outras iniciativas, a adoção de um modelo de gestão que propicia uma melhor relação custo e efetividade na assistência hospitalar, especialmente no atendimento de casos de Urgência e Emergência, Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica.

ANÁLISE ASSISTENCIAL

O Contrato de Gestão é dividido em duas partes: parte fixa (70%), e parte variável (30%). A Análise Assistencial é realizada sob a parte variável desse contrato, onde estão contemplados os Indicadores de Produção e de Qualidade, a seguir descritos.

INDICADORES CONTRATUAIS

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

A Produção de referência para esta avaliação é a proposta na pactuação de metas avaliadas mensalmente, correspondente a **20%** do repasse do recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

- 1.1. Saídas Hospitalares: 1.226/mês**
- 1.2. Atendimentos de Urgência: 8.750/mês**
- 1.3. Atendimentos Ambulatoriais: 5.085/mês**
- 1.4. Atendimento Oncológico: 10.511/mês**

2. INDICADORES DE QUALIDADE

Estes indicadores correspondem a **10%** do repasse de recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

- 2.1. Qualidade da Informação** – Vincula-se ao cumprimento de três indicadores: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade, Taxa de Identificação da Origem do Paciente.
- 2.2. Atenção ao Usuário** – A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Pesquisa de Satisfação e Queixas Recebidas e Resolvidas.

2.3. Controle de Infecção Hospitalar – A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Densidade de infecção hospitalar nas UTI, Densidade de incidência de infecção hospitalar primária em corrente sanguínea associada a cateter venoso central/ umbilical nas UTI, Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes internados nas UTI, Taxa de Utilização de cateter venoso central/ umbilical nas UTI, Taxa de Utilização de ventilação mecânica nas UTI.

2.4 Taxa de Cesáreas em Primíparas – A meta a ser atingida é o envio do relatório da Comissão responsável pelo acompanhamento;

2.5 Proporção de Óbitos Maternos Investigados – A meta a ser atingida é 100% dos óbitos maternos investigados;

2.6 Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados – A meta a ser atingida é 50% dos óbitos fetais serem analisados com peso > 2.500g;

2.7 Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG – A meta a ser atingida é vacinar 100% dos nascidos vivos nos parâmetros especificados conforme o tipo de vacina a ser aplicada;

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

1.1. Saídas Hospitalares

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

A Tabela 01 apresenta o número de Saídas Hospitalares no período avaliado, que teve um total de **3.423** saídas, representando um percentual de **93,07%** da meta contratada, sendo assim a meta foi cumprida para este indicador.

Tabela 01 – Saídas Hospitalares

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	1226	1054	85,97%
Fevereiro	1226	1040	84,83%
Março	1226	1329	108,40%
Trimestre	3678	3423	93,07%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

1.2. Atendimentos de Urgência

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, dispensados, de forma referenciada, pelo serviço de Urgência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, nas 24 horas do dia, durante todos os dias do ano.

A Tabela 02 apresenta o número de Atendimentos de Urgência, no período avaliado, apresentou um total de **24.322** atendimentos, representando um percentual de **92,66%**; portanto, **meta cumprida**.

Tabela 02 – Atendimento a Urgências

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	8750	6976	79,73%
Fevereiro	8750	6645	75,94%
Março	8750	10701	122,30%
Trimestre	26250	24322	92,66%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

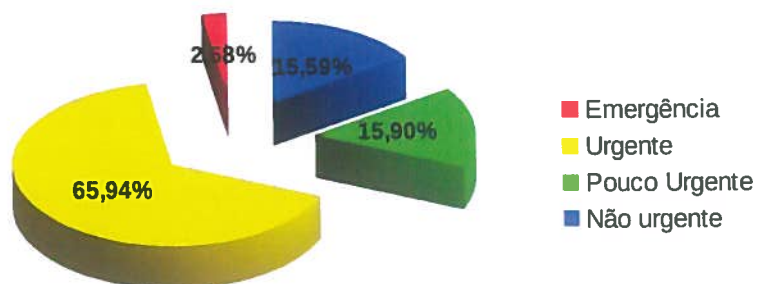
1.2.1. Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo, e deverão ser informados pelo Acolhimento sobre o tempo de espera, além de receber ampla informação sobre o serviço aos usuários, familiares e acompanhantes. O protocolo adotado no Hospital Dom Malan para Classificação de Risco segmenta os pacientes de acordo com a gravidade clínica de cada caso. O paciente recebe uma pulseira de identificação por cores que pode ser vermelha, que identifica as emergências e o paciente deve ser atendido imediatamente; amarela, que identifica um caso urgente e o paciente deve ser atendido em até 30 minutos; verde, que identifica um caso pouco urgente e o paciente deve ser atendido em até 60 minutos; e azul, que identifica um caso não urgente e o paciente deve ser atendido em até 120 minutos.

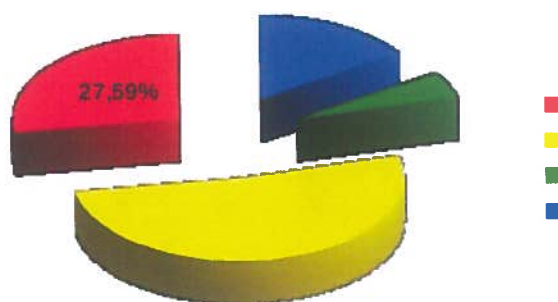
No Hospital Dom Malan, no trimestre em análise, foram classificados 13.565 usuários; desses, 7.801 da urgência pediátrica, classificados como: 2,58% emergência (vermelho), 65,94% urgência (amarelo), 15,90% pouco urgente (verde) e 15,59% não urgente (azul), conforme gráfico 01, e 5.764 da urgência obstétrica, classificados como: 27,59% emergência (vermelho), 51,49% urgência (amarelo), 5,17% pouco urgente (verde) e 15,75% não urgente (azul), conforme gráfico 02.

Gráfico 01 – ACCR – Urgência Pediátrica



Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Gráfico 02 – ACCR – Urgência Obstétrica



Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

1.3. Atendimento Ambulatorial

A Tabela 03 apresenta o número de Atendimentos Ambulatoriais, no período avaliado. Foram realizados **21.259** atendimentos, representando um percentual de **139,36%**, da meta pactuada; portanto, **Meta cumprida**

Tabela 03 – Atendimentos Ambulatoriais

MÊS	CONTRATADO	REALIZADO	%
Janeiro	5085	6829	134,30%
Fevereiro	5085	6353	124,94%
Março	5085	8077	158,84%
Trimestre	15255	21259	139,36%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2-Indicadores de Qualidade

2.1. Qualidade da Informação

2.1.1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, a meta a ser cumprida é a apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência, bem como o envio do Relatório, Mensalmente, até o 20º dia útil do mês subsequente.

A Unidade apresentou no trimestre 3.685 AIH, sendo 3.624 do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de 3.423, alcançando um percentual de 105,79% em relação às saídas hospitalares, **cumprindo**, portanto, **a meta contratual**, conforme apresentado na Tabela 04.

Tabela 04 – AIH do Mês de Competência

Mês	Apresentação de AIH (Autorização e Internação Hospitalar)				
	Saídas Hospitalares	AIH Apresentadas	AIH Mês de Competência	%	Resultado
Janeiro	1054	1135	1123	106,55	meta cumprida
Fevereiro	1040	1097	1082	104,04	meta cumprida
Março	1329	1453	1419	106,77	meta cumprida
TOTAL	3423	3685	3624	105,79	meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Das AIH apresentadas no trimestre de janeiro a março de 2017 (3.685), foram aprovadas 3.668 e 17 rejeitadas, representando um montante de R\$ 37.036,71; valor este, que deixou de ser aportado, pelo MS, ao Hospital Dom Malan (tabela 05).

Tabela 05 – AIH Aprovadas

Mês	AIH						Valores Aprovados			Valores sem Ocorrências de Glosas
	Apresentada	Aprovada	Rejeitada				Serviço Hospitalar	Serviço Profissional	Total	
Janeiro	1.135	1.132	3	0,26	9.914,97	0,93	766.703,37	291.404,63	1.058.108,00	1.068.022,97
Fevereiro	1.097	1.095	2	0,18	2.922,62	0,31	659.276,91	266.541,47	925.818,38	928.741,00
Março	1.453	1.441	12	0,83	24.199,12	1,95	861.904,90	354.634,37	1.216.539,27	1.240.738,39
Total	3.685	3.668	17	0,46	37.036,71	1,14	2.287.885,18	912.580,47	3.200.465,65	3.237.502,36

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

A tabela 06 demonstra os motivos das glosas realizadas, pelo SIH/SUS, no trimestre em análise. Destaca-se, como maior motivo, a apresentação de diárias superior à capacidade instalada do hospital, representando o valor total de R\$ 31.690,70 (Trinta e um mil, seiscentos e noventa reais e setenta centavos).

Tabela 06 – AIH Glosadas

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
AIH CANCELADA POR PROCEDIMENTO DE ADULTO UTILIZADO PARA CRIANÇAS			128,62	128,62
CID INDICAÇÃO INVÁLIDO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA	347,01		347,01	347,01
QUANTIDADE DE DIÁRIAS DE UTI SUPERIOR A CAPACIDADE INSTALADA	7.967,21			7.967,21
QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR A CAPACIDADE INSTALADA			7.002,21	7.002,21
PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO	1.600,75	2.922,62		2.922,62
QUANTIDADE DE DIÁRIAS DE UTI SUPERIOR A CAPACIDADE INSTALADA (201603)			16.721,28	16.721,28
TOTAL	9.914,97	2.922,62	24.199,12	36.088,95

Fonte: DATASUS/SIH/SUS

2.1.2. Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade:

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim, a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais. Com essa variável é possível especificar as afecções que existem, ou se desenvolvem durante o atendimento, e que afetam as condições do paciente; além de classificar as ocorrências e circunstâncias ambientais, como a causa de lesões, envenenamentos etc. O parâmetro é por especialidade, para esta Unidade avalia-se, Diagnóstico Secundário na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com parâmetro mínimo de 14% e 22% respectivamente.

A Tabela 07 apresenta a porcentagem de Diagnósticos Secundários no trimestre. Do total de AIH apresentadas em Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, **24,53%** e **14,80%**, respectivamente, apresentaram diagnóstico secundário. A meta não foi cumprida; contudo, este indicador não tem valoração financeira, passa a ser requisito de acompanhamento, conforme 18º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Tabela 07 – Diagnóstico Secundário

Mês		Jan	Fev	Mar	1º Trim
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	131	134	212	477
	Nº Diag. Secund.	43	24	50	117
	%	32,82%	17,91%	23,58%	24,53
Clínica Cirúrgica (22%)	Nº AIH Apresent.	145	148	180	473
	Nº Diag. Secund.	19	22	29	70
	%	13,10%	14,86	16,11	14,80

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.1.3. Taxa de Identificação da Origem do Paciente (CEP Válido):

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos. O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações Hospitalares (SIH/SUS) e registrados na internação hospitalar ou atendimento ambulatorial do paciente.

A meta é atingir 90% de CEP válidos e compatíveis. Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico. CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

A Tabela 08 apresenta os percentuais de CEP válidos em cada mês dos registros dos usuários da Unidade avaliada. No trimestre em análise a Unidade **não cumpriu com a meta** exigida, apresentando um percentual de **86,49%** dos CEP

válidos/compatíveis; contudo, não será apontado desconto pois este indicador não é valorado, sendo requisito apenas de acompanhamento, conforme 18º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Tabela 08 – CEP Válidos/Compatíveis

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
CEP Válidos / Compatíveis	988	942	1.257	3.187
CEP Inválidos	147	155	196	498
Total	1.135	1.097	1.453	3.685
%	87,05	85,87	86,51	86,49

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.2. Atenção ao Usuário

2.2.1. Pesquisa de Satisfação

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário por meio dos questionários específicos, os quais deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório. A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. A meta a ser atingida é o envio das planilhas de consolidação dos três grupos.

O HDM cumpriu a meta no âmbito do internamento e do ambulatório, conforme apresenta a Tabela 09. Este indicador não tem valoração financeira, passa a ser requisito de acompanhamento, segundo 18º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Observa-se na Tabela 09 que a Unidade de Saúde, no trimestre em análise, realizou a pesquisa de satisfação com 26,30% do número de internamentos hospitalares e 8,90% do número de atendimentos ambulatoriais. O HDM enviou as planilhas de consolidação da pesquisa no prazo preconizado em contrato, portanto, a **meta foi cumprida** para este indicador.

Tabela 09 – Atenção ao Usuário – Pesquisa de Satisfação

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
Internamentos	921	895	1.184	3.000
Nº Pesquisa	292	213	284	789
%	31,70	23,80	23,99	26,30
Consultas	6.829	6.353	8.077	21.259
Nº Pesquisa	621	621	650	1.892
%	9,09	9,77	8,05	8,90

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.2.2. Queixas Recebidas e Resolvidas

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio dos Relatórios Gerenciais até o 20º dia útil do mês subsequente. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

O HDM **cumpriu com a meta**, pois 100% das queixas apresentadas foram tratadas; bem como, foram enviados os Relatórios Gerenciais, mensalmente, no período estabelecido em contrato.

Tabela 10 – Atenção ao usuário – Resolução de Queixas

Mês	Jan	Fev	Mar	1º Trim
Recebidas	0	1	1	2
Resolvidas	0	1	1	2
%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.3. Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser cumprida é a entrega do relatório mensal elaborado pela CCIH que contenham os valores de cada mês. Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência os seguintes indicadores são analisados: Densidade de Infecção Hospitalar nas UTI,

Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central nas UTI, Taxa de Utilização de CVC nas UTI e Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao Uso de Ventilação Mecânica nas UTI.

2.3.1. Densidade de Infecção Hospitalar nas UTI

Segundo o Manual de Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da **ANVISA**, cada estabelecimento de saúde deverá reavaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes e implantar um programa de redução de infecção, de acordo com suas características.

A natureza dos procedimentos necessários para manter a vida em uma UTI predispõe os pacientes internados nessas unidades à aquisição de infecções.

Segundo os dados do Sistema de Vigilância Americano – **NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System)**, entre **2,2% a 4,1%** dos pacientes adquirem pelo menos uma infecção durante a hospitalização, alguns fatores contribuem para este risco, tais como: a quebra de barreiras naturais que separam o micro-organismo do ambiente interno, invasão da pele por cateteres, drenos, tubo orotraqueal, perda da barreira protetora da glote, sonda vesical dentre outros; o estado de imunodepressão representado pela gravidade da doença; e o risco aumentado de transmissão de micro-organismos entre pacientes.

O parâmetro informado pelo National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) para o indicador densidade de infecção hospitalar em UTI é: Densidade de IH = 20/1000 pacientes-dia Benchmark.

A tabela 11 mostra a Densidade de Infecção Hospitalar nas UTI do HDM. No trimestre em análise, a unidade apresentou densidade de infecção hospitalar em UTI Geral de **2,26%/1000** pacientes/dia; atendendo, portanto ao parâmetro informado pelo NNISS. O Hospital encaminhou, mensalmente, o relatório da CCIH anexo ao Relatório Gerencial da Unidade; sendo assim, a **meta foi cumprida**.

Tabela 11 – Densidade de Infecção Hospitalar nas UTI

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Episódios IH nas UTI	0	2	1	3
Nº pacientes/dia nas UTI	407	420	503	1330
%	0,00	4,76	1,99	2,26

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.3.2. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central nas UTI

A qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC está diretamente relacionada ao risco da infecção. Assim sendo, este indicador se mostrou essencial no controle dessas infecções. O Cálculo do indicador é realizado através da relação do nº de infecções hospitalares na corrente sanguínea, no mês, dividido pelo número de pacientes/dia com cateter venoso central, no mês, multiplicado por 1000.

As Tabelas 12 e 13 mostram a densidade de incidência de infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central nas UTI do Hospital. O HDM apresentou, no trimestre, densidade de **0,00/1000** CVC/dia nas UTI (tabela 12) e **0,00/1000** na UTI Neo (tabela 13), ficando abaixo do parâmetro de referência da ANVISA (de 4,9 a 18,1/1000 CVC/dia). A Unidade **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Gerenciais até o 20º dia do mês subsequente.

Tabela 12 – Densidade Infecção Hospitalar CVC nas UTI

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº de IH c/ CVC	0	0	0	0
Nº Pacientes/dia nas UTI c/ CVC	147	157	253	557
%	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Tabela 13 - Densidade Infecção Hospitalar CVC na UTI Neo

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº de IH c/ CVC	0	0	0	0
Nº Pacientes/dia nas UTI c/ CVC	88	42	139	269
%	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.3.3 Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao Uso de Ventilação Mecânica nas UTI

É o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000. A Tabela 14 demonstra os índices de incidência desta infecção nas UTI do HDM. A Unidade **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Gerenciais até o 20º dia do mês subsequente.

Tabela 14 - Densidade de Incidência de Pneumonia VM nas UTI

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Pneumo c/ VM	0	0	0	0
Nº Pacientes/dia nas UTI c/ VM	135	166	171	472
%	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.3.4. Taxa de Utilização de CVC nas UTI

A Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto mede o grau de utilização desse dispositivo na UTI Adulto, refletindo a exposição ao fator de risco para a aquisição da infecção primária de corrente sanguínea especificamente associada a CVC. Diz respeito à relação entre o número de pacientes da UTI Adulto/dia utilizando Cateter Venoso Central, em um mês, e o número de pacientes/dia na UTI adulto, em um mês.

No trimestre em análise a Taxa de Utilização de CVC nas UTI foi de **41,88%** (tabela 15), e na UTI Neo foi **70,79%** (tabela 16). O parâmetro informado pela ANAHP

para UTI e UTI Neo foi de 56,5% e 30,7%, respectivamente. O Hospital Dom Malan **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Reverenciais até o 20º dia do mês subsequente, conforme estabelece o Contrato de Gestão.

Tabela 15 -Taxa de Utilização de CVC na UTI Adulto

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº pacientes /dia nas UTI c/ CVC	147	157	253	557
Nº pacientes/dia nas UTI	407	420	503	1330
%	36,12	37,38	50,30	41,88

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Tabela 16 - Taxa de Utilização de CVC na UTI Neo

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº pacientes /dia nas UTI c/ CVC	88	42	139	269
Nº pacientes/dia nas UTI	138	97	145	380
%	63,77	43,30	95,86	70,79

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.3.5 Taxa de Utilização de VM nas UTI

Este indicador mede a utilização do dispositivo invasivo de interesse na Unidade, no caso os aparelhos de ventilação mecânica (VM), com foco na pneumonia relacionada à assistência à saúde. Traduz o quanto este fator de risco está presente na população analisada. É a relação entre o número de pacientes dia em ventilação mecânica e o total de pacientes dia desse mesmo período. O HDM apresentou a taxa de 35,49% no período em análise (tabela 17). O Hospital Dom Malan **cumpriu a meta** contratada pois enviou os Relatórios Reverenciais até o 20º dia do mês subsequente, conforme estabelece o Contrato de Gestão.

Tabela 17 - Tabela de Utilização de VM nas UTI

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº pacientes /dia nas UTI c/MM	135	166	171	472
Nº pacientes/dia nas UTI	407	420	503	1330
%	33,17	39,52	34,00	35,49

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

2.4. Taxa de Cesariana em Primíparas

É o indicador relativo à avaliação de resultado/efetividade, a Referência é de 35% (Resolução CIB nº 939/2005). A Clínica Obstétrica constitui uma das principais áreas de internação do HDM. A taxa de cesariana em primíparas é um indicador que deve refletir o resultado obtido com o processo de melhoria contínua da Unidade. O índice para o indicador, no período avaliado, foi de **43,34%**, apresentando, portanto, parâmetro acima da Resolução CIB 939/2005. A meta para este indicador é o envio do relatório da Comissão de acompanhamento. Para o período em questão a **meta** foi considerada **cumprida**.

Tabela 18 – Taxa de Cesariana em Primíparas

	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Nº de partos em primíparas	241	215	310	766
nº de cesáreas em primíparas	103	91	138	332
% de cesariana em primíparas	42,74%	42,33%	44,52%	43,34%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.5 – Proporção de Óbitos Maternos Investigados

Este indicador é relacionado à saúde feminina e tem como finalidade monitorar a mortalidade materna. Representa o acesso da mulher à assistência à saúde, possibilitando que o Sistema de Saúde responda às suas necessidades. A meta é 100% dos óbitos maternos investigados. Trata-se da relação entre o número de óbitos maternos investigados e o número total de óbitos maternos multiplicado por 100. No trimestre em análise, a tabela abaixo demonstra o resultado para o indicador. Portanto, **a meta foi cumprida**.

Tabela 19 – Proporção de Óbitos Maternos Investigados

	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de óbitos maternos	2	2	1	5
Total de óbitos maternos investigados	2	2	1	5
Proporção de Óbitos Maternos Investigados	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.6 Proporção de Óbitos Fetais Analisados

A finalidade é que o hospital monitore os óbitos fetais ocorridos durante determinado período e possa identificar suas causas, registrar no banco de dados oficiais, para que sirva de instrumento de monitoramento do índice da mortalidade infantil.

A meta é 50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g e é dado pela relação entre número de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ analisados e o número total de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ multiplicado por 100. A Unidade encaminhou o Relatório da Comissão de Óbitos no prazo estabelecido em contrato, com a análise dos óbitos no período. Houve 44 óbitos no período analisado, com investigação de 100% desses; portanto, **meta cumprida** para o referido indicador.

Tabela 20 – Óbitos Fetais Analisados

	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Nº de óbitos fetais peso ≤ 2.500	14	14	16	44
Nº de óbitos fetais peso ≤ 2.500 analisados	14	14	16	44
Proporção de Óbitos Fetais Analisados	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.7. Proporção de RN com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B e RN vacinados com BCG

2.7.1. Proporção de RN com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B, até a 12ª hora de vida

O indicador é construído pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B, até a 12ª hora de vida, e o número total de RN nascidos vivos, multiplicado por 100. A meta é 100% dos RN vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida.

A Unidade apresentou relatório da sala de vacinação com 97,50% dos recém-nascidos vacinados no período de janeiro a março/17. Sendo assim, não foi cumprida a meta para este indicador; entretanto, O HDM justificou o não atingimento da meta em virtude da existência de casos que não atenderam ao protocolo nacional de neonatologia.

2.7.2 – Proporção de RN vacinados contra BCG com peso $\geq 2.000g$

O indicador é construído pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG, com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta, e o número total de RN nascidos vivos com peso $\geq 2.000g$ multiplicado por 100. A meta é alcançar 100% dos RN vacinados com a vacina BCG, com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta.

A Unidade apresentou, para o trimestre em análise, relatório da sala de vacinação com 95,05% de recém-nascidos vacinados com BCG. Sendo assim, não foi cumprida a meta para este indicador; entretanto, O HDM justificou o não atingimento da meta em virtude da existência de casos que não atenderam ao protocolo nacional de neonatologia.

Tabela 21 – Recém-nascidos vacinados

	Janeiro	Fevereiro	Março	Trimestre
Total de recém- nascidos	551	533	678	1762
Total de Recém-nascidos com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B	531	507	680	1718
% de vacinados contra Hepatite B	96,37%	95,12%	100,29%	97,50%
Total de recém- nascidos com peso $> 2000g$	507	480	630	1617
Total de Recém-nascidos vacinados com BCG	478	437	622	1537
% de vacinados contra BCG	94,28%	91,04%	98,73%	95,05%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3. INDICADORES EXTRA CONTRATUAIS

Os indicadores extracontratuais, apesar de não estarem previstos em Contrato de Gestão, têm sua importância vinculada à necessidade do acompanhamento e avaliação do desempenho relacionadas às atividades concernentes à assistência e à gestão, de modo que não apresentam valoração financeira nem meta estipulada, mas, de maneira geral, têm sua avaliação dimensionada por parâmetros construídos em âmbito nacional.

3.1. Taxa de Parto Cesariana

Este indicador avalia o grau de ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado. Permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento do mesmo pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

Observa-se, na tabela 22, que o HDM realizou, no trimestre em análise, um percentual de partos cesariana acima do preconizado pela OMS.

Tabela 22 – Taxa de Parto Cesariana

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
TOTAL DE PARTOS	557	532	682	1771
TOTAL DE CESAREAS	243	226	314	783
%	43,63%	42,48%	46,04%	44,21%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.2. Taxa de Mortalidade Institucional

É calculada por meio do número de óbitos após 24 h de internação, dividida pelo número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período, a Referência é 2,63% - Portaria 1101/GM – 2002.

Na Tabela 23, observa-se que o HDM apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional, no trimestre, de 1,08%, atendendo ao parâmetro da Portaria do MS.

Tabela 23 – Taxa de Mortalidade Institucional

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Saídas	1054	1040	1329	3423
Óbitos acima de 24h	14	11	12	37
%	1,33%	1,06%	0,90%	1,08%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.3 Taxa de Mortalidade Operatória

É o número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias da cirurgia, dividida pelo número total de atos cirúrgicos. Referência é de 2% - Portaria 1101/GM/MS – 2002.

Do total de 1.462 cirurgias realizadas no Hospital Dom Malan, no trimestre de janeiro a março/17, nenhum paciente foi a óbito (tabela 24). Sendo assim, o percentual de óbitos apresentado atende ao parâmetro informado pela Portaria GM/MS 1101/2002 (até 2%).

Tabela 24 – Taxa de Mortalidade Operatória

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Nº Pacientes Operados	478	441	543	1462
Nº Óbitos	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.4. Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT)

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde, sendo responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de uma determinada região.

Pode-se observar, na tabela 25, que o Hospital Dom Malan realizou, no trimestre de janeiro a março/17, 78.399 exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica (68.273) e menor número em Tomografia Computadorizada (88).

Tabela 25 – SADT

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Patologia Clínica	24.061	21.003	23.209	68.273
Ultrassonografia	820	724	813	2.357
Diagnose	174	129	195	498
Anatomopatologia	1.457	1.204	1.960	4.621
Radiodiagnóstico	744	736	1.082	2.562
Tomografia computadorizada	24	34	30	88
Total	27.280	23.830	27.289	78.399

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.5 Taxa de Ocupação Operacional – TO (%)

Taxa de Ocupação Operacional é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período.

Taxa de ocupação acima de 85% não é recomendável porque aumenta o risco de eventos adversos, de infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial.

É importante salientar que a taxa de ocupação não é uma meta, e sim um parâmetro de avaliação para acompanhamento da Unidade em relação à capacidade instalada.

A Taxa de Ocupação Operacional no trimestre de janeiro a março foi de 85,23 % (tabela 26). Já a tabela 27 demonstra a média da taxa de ocupação, por clínica, no trimestre.

Tabela 26 – Taxa de Ocupação Operacional (%)

Taxa de ocupação /Mês	nº Pac/dia	Nº Leitos/dia	Taxa/mês
Janeiro	5766	6758	85,32
Fevereiro	5219	6104	85,50
Março	5738	6758	84,91
Trimestre	16723	19620	85,23

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Tabela 27 – Taxa de Ocupação por Clínica/Mês (%)

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clínica Médica	68,28	104,27	87,28	86,61
Clínica Cirúrgica	41,63	39,97	45,78	42,46
Clínica Obstétrica	115,32	98,14	98,52	103,99
Clínica Pediátrica	90,53	84,25	86,61	87,13
UTI Adulto	72,90	77,50	86,45	78,95
UTI Pediátrica	34,98	94,64	72,58	67,40
UTI NEO	74,19	57,74	77,96	69,96

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.6. Tempo Médio de Permanência – TMP (dias)

Caracteriza-se pela relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que o paciente permanece internado no hospital. O valor de referência da Portaria nº 1101/GM-MS de junho de 2002 é de 5,2 dias para Clínica Médica e 4,8 dias para Clínica Cirúrgica, com variação de 4,8 a 6,1 para Clínica Médica e de 3,9 a 5,6 para Clínica Cirúrgica.

O elevado tempo de permanência em Unidade de Internação reflete na rotatividade dos leitos, motivando a necessidade de internação na Urgência para suprir a demanda, acarretando uma Taxa de Ocupação acima de 100% nessa Unidade, podendo comprometer na qualidade do atendimento, além de maior custo no processo da assistência, pessoal e insumos.

O Tempo Médio de Permanência, no trimestre em análise, do Hospital Dom Malan foi de 5,18 (tabela 28). A variação do TPM, acima do percentual apresentado pela Portaria 1102/2002, deve-se, principalmente, à Clínica Pediátrica, UTI Pediátrica e UTI Neo. A Tabela 29 mostra a média trimestral do TMP, por Clínica, no período avaliado.

Tabela 28 – Tempo Médio de Permanência

TMP	nº Pac/dia	Nº Saídas	Taxa/mês
Janeiro	5766	1054	5,47
Fevereiro	6219	1040	5,98
Março	5738	1329	4,32
Trimestre	17723	3423	5,18

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Tabela 29 – Tempo Médio de Permanência por Clínica

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clinica Médica	7,40	4,20	7,85	6,48
Clinica Cirúrgica	2,30	1,97	0,55	1,61
Clinica Obstétrica	3,10	3,16	3,97	3,41
Clinica Pediátrica	9,32	8,64	6,77	8,24
UTI Adulto	1,73	2,11	2,50	2,11
UTI Pediátrica	3,07	15,14	5,29	7,83
UTI NEO	7,67	5,71	6,30	6,56

Fonte: Relatórios Gerenciais

3.7. Índice de Rotatividade

O indicador mede a rotatividade do leito hospitalar na Unidade (quantos pacientes utilizam o mesmo leito no mês). O cálculo se dá através da relação entre o número de saídas e o número de leitos em determinado período.

O parâmetro utilizado como referência para comparação é o apresentado pelo **Programa do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar** cujas entidades mantenedoras são a **Associação Paulista de Medicina** e o **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, apoiados pela Fundação Getúlio Vargas, com média: janeiro-dezembro de 2016 de 4,30 paciente/leito.

O Índice de Rotatividade no período de janeiro a março/17 foi de 4,42 paciente/ leito. A Tabela 31 apresenta o Índice de Rotatividade do HDM, em dias, para cada uma das unidades de internação (Clínicas Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, UTI Adulto, Pediátrica e Neo), bem como a média do trimestre.

Tabela 30 – Índice de Rotatividade de Leitos

Índice de Rotatividade	Nº Saídas	Nº Leitos	Taxa/mês
Janeiro	1054	258	4,09
Fevereiro	1040	258	4,03
Março	1329	258	5,15
Trimestre	3423	774	4,42

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

Tabela 31 – Média do Índice de Rotatividade por Clínica

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Clínica Médica	2,86	6,94	8,06	5,95
Clínica Cirúrgica	5,62	5,67	5,90	5,73
Clínica Obstétrica	11,52	8,69	11,38	10,53
Clínica Pediátrica	3,01	2,73	3,97	3,24
UTI Adulto	13,10	10,30	10,70	11,37
UTI Pediátrica	3,50	1,75	4,25	3,17
UTI NEO	3,00	2,83	3,83	3,22

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.8. Revisão de Prontuários

A Resolução 1638/2002, do Conselho Federal de Medicina, torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de Saúde. O prontuário é peça fundamental no setor de Saúde uma vez que materializa as informações dos pacientes, colhidas ao longo de todo o processo de assistência, que o mesmo recebe.

Na Tabela 32 observa-se que, no trimestre em análise, 12,91% dos prontuários dos pacientes foram revisados; destes, 98,64% estavam completos.

Tabela 32 – Revisão de Prontuários

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Saídas Hospitalares	1.054	1.040	1.329	3423
Prontuários revisados	134	146	162	442
%	12,71	14,04	12,19	12,91

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão

3.9. Índice de Rotatividade de Funcionários (Turnover)

O Turnover demonstra a rotatividade dos funcionários da unidade, sendo este um indicador de gestão. É um termo usado para designar as entradas e saídas de funcionários em determinado período de tempo; o cálculo de turnover tem a função de demonstrar a percentagem de substituições de funcionários antigos por novos e, consequentemente, analisar a capacidade da unidade em manter os seus funcionários.

Na tabela 33 verifica-se as informações mensais dos números de admissões e demissões ocorridas no trimestre em análise. Observa-se que, nesse período, a Unidade apresentou percentual de **1,19%**; portanto, abaixo do preconizado no índice do PROAHSA (2%).

Tabela 33 – Turnover

Mês	Jan	Fev	Mar	Trimestre
Admissões	6	4	19	29
Demissões	14	8	8	30
Nº Funcionários (mês anterior)	835	828	824	2487
%	1,20	0,72	1,64	1,19

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de

Quadro 02 – Resumo da Execução dos Indicadores Contratuais

HDM – RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – JANEIRO ATÉ MARÇO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	3.678	3.423	93,07	Meta cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	26.250	24.322	92,66	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial	15.255	21.259	139,36	Meta cumprida
2. INDICADOR DE QUALIDADE				
2.1 Qualidade da Informação				
2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Apresentação de 90% AIH referente às saídas em cada mês de competência. Entrega do relatório até o 20º dia útil do mês subsequente.	3624	105,79	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	24,53/ 14,80	24,53/ 14,80	Meta não cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% CEP Válido e 90% CEP Compatível Cod. IBGE	86,49	86,49	Meta não cumprida
2.2 Atenção ao Usuário				
2.2.1 Pesquisa de Satisfação	Envio da Planilha de Consolidação dos três grupos até o 20º dia útil do mês subsequente.	Envio da planilha no prazo determinado com o resultado da pesquisa realizada	Pesquisa realizada com 26,30% de pacientes internados e 8,90% de Consultas realizadas	Meta cumprida
2.2.2 Resolução de Queixa	Entrega do relatório e resolução de 80% das queixas recebidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Entrega do relatório no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Meta cumprida
2.3 Controle de Infecção Hospitalar				
2.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar nas UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	2,26	Meta cumprida
2.3.2 Densidade de Incidência de IH em Corrente Sanguínea associada a CVC nas UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
2.3.2 Densidade de Incidência de IH em Corrente Sanguínea associada a CVC na UTI Neo	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
2.3.3 Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
2.3.4 Taxa de Utilização de CVC nas UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	41,88	Meta cumprida
2.3.4 Taxa de Utilização de CVC na UTI Neo	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	70,79	Meta cumprida
2.3.5. Taxa de utilização de VM nas UTI	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	35,49	Meta cumprida
Materno Infantil				
2.4 Taxa de Cesariana em Primíparas	Envio do relatório da Comissão responsável até o 20º dia útil do mês subsequente	Relatório da comissão responsável entregue dentro do prazo	43,34	Meta cumprida
2.5. Proporção de Óbitos Maternos Investigados	100% dos óbitos maternos investigados	100% dos óbitos maternos investigados	100,00	Meta cumprida
2.6. Proporção de Óbitos Fetais analisados	50% dos óbitos fetais analisados com peso <=2.500g	100% dos óbitos maternos analisados	100,00	Meta cumprida
2.7. Proporção de RN vacinados com 1ª dose de vacina contra Hepatite B e Vacina contra BCG	100% Nascidos Vivos 1ª dose vacina Hepatite B; 100% Nascidos Vivos peso > 2000g vacina BCG	Hepatite B (99,04%); BCG (99,45%)	Hepatite B (97,50%); BCG (95,05%)	Meta não cumprida

Fonte: Sistema de Gestão da SES/Boletim de Informações Diárias-BID/Sistema de Informação Hospitalar(SIH/SUS)

ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital Dom Malan recebe, mensalmente, para manutenção das atividades na unidade, recursos no valor de R\$5.190.275,17. Este valor é dividido em fixo e variável, respectivamente 70% e 30%.

O recebimento da parte variável dependerá do cumprimento de metas contratuais de produção e de qualidade, conforme percentuais especificados nas tabelas abaixo:

Tabela 34 – Repasse de Gestão Mensal

HOSPITAL DOM MALAN		JANEIRO A MARÇO DE 2017	
RECURSO TOTAL			
Repasse Mensal	100%	R\$	5.190.275,17
Recurso fixo	70%	R\$	3.633.192,62
Recurso variável	30%	R\$	1.557.082,55
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	1.038.055,03
Internação	70%		726.638,52
Urgência	20%		207.611,01
Ambulatório	10%		103.805,50
Repasse Qualidade	10%	R\$	519.027,52
OBS: Ao Recurso Total soma-se:			
- R\$34.083,00 do OPO		Totalizando R\$5.569.233,09	
- R\$344.874,92 Plano de Investimentos			

Considerando o trimestre de janeiro a março de 2017, o valor acumulado de receitas, contabilizando todos os repasses e rendimentos de aplicações financeiras, foi de R\$ 16.769.634,84, conforme tabela abaixo:

Tabela 35 – Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

HOSPITAL DOM MALAN - Trimestre Ano VII	JANEIRO/17	FEVEREIRO/17	MARÇO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	5.190.275,17	5.190.275,17	5.190.275,17	15.570.825,51
Repasse Contrato de Gestão INVESTIMENTO (1)	344.874,92	344.874,92	344.874,92	1.034.624,76
Repasse Programas Especiais	34.083,00	34.083,00	34.083,00	102.249,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	5.896,03	4.275,14	4.034,85	14.206,02
Demais Receitas (Convênios)	13.858,79	17.705,70	14.587,06	46.151,55
Outras Receitas	526,00	526,00	526,00	1.578,00
Obtenção de Recursos Externos a SES	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Desconto	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	5.589.513,91	5.591.739,93	5.588.381,00	16.769.634,84

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

(1) Investimentos Autorizados que retornam ao custeio quando não utilizados.

As despesas da Unidade, referentes a Recursos Humanos, são compostas pelos vínculos de celetistas, autônomos, comprovados por recibos de pagamentos autônomos (RPA), e contratos com pessoas jurídicas. Esse tipo de despesa, em relação à receita mensal, perfaz, em média, um percentual de **76,28 %** mês.

Tabela 36 – Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - HOSPITAL DOM MALAN - Ano VII do Contrato de Gestão - JANEIRO A MARÇO DE 2017									
CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	JANEIRO/17			FEVEREIRO/17			MARÇO/17	
		QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês JAN/FEV	QTD	REMUNERAÇÃO	% relação custo mês FEV/MAR	QTD	REMUNERAÇÃO
ADMINISTRATIVO	CLT	183	264.681,00	6,17%	180	281.020,89	-2,54%	182	273.874,38
MÉDICOS		99	1.103.295,90	-8,55%	97	1.008.997,45	14,03%	99	1.150.607,80
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		546	920.539,62	5,50%	547	971.169,79	1,19%	554	982.724,04
BENEFÍCIOS			68.776,12	-6,65%		64.201,86	14,19%		73.313,43
IMPOSTOS+PROVISÕES			805.025,68	-4,84%		766.030,88	9,33%		837.508,98
SUBTOTAL 01		828	3.162.318,32	-2,28%	824	3.091.420,87	7,33%	835	3.318.028,63
MÉDICOS	PESGO A JURÍDICA	50	1.042.687,08	-5,44%	50	985.935,37	5,55%	54	1.040.684,87
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
MÉDICOS	PESGO A FÍSICA	3	9.827,84	3,69%	2	10.190,60	430,55%	8	54.066,35
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		8	23.285,92	-9,19%	10	21.146,38	-33,17%	11	14.132,28
ADMINISTRATIVO	PESGO SQA	4	5.799,79	5,14%	5	6.097,98	-0,62%	6	6.060,26
MÉDICOS		0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	COOP. ERAT. PÍSICA	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00	#DIV/0!	0	0,00
SUBTOTAL 02		65	1.081.600,63	-5,38%	67	1.023.370,33	8,95%	79	1.114.943,76
TOTAL RH (CLT+TERCERIZADO)		893	4.243.918,95	-3,04%	891	4.114.791,20	7,73%	914	4.432.972,39
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS			R\$ 5.589.513,91	0,04%		R\$ 5.591.739,93	-0,06%		R\$ 5.588.381,00
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA			75,93%	3,08%		73,59%	7,80%		79,32%
PRODUÇÃO			14.867	-5,57%		14.039	43,27%		20.114
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO			R\$ 285,46	2,68%		R\$ 293,10	-24,81%		R\$ 220,39
TURNOVER			2,00			0,72			1,64
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA			56,58%	-2,28%		55,29%	7,39%		59,37%

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

No comparativo das despesas da Unidade, entre o trimestre passado e o trimestre atual, verifica-se que o percentual de variação do custo médio/mensal do **Hospital Dom Malan** foi de **11,49%**, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de **R\$ 296,43**, enquanto no trimestre atual foi de **R\$ 330,49**, conforme observa-se na tabela 37.

Tabela 37 – Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

COMPARATIVO DA MÉDIA TRIMESTRAL - Hospital Dom Malan					
DESCRIÇÃO	QTD MÉDIA	HDM TRIMESTRE ATUAL	% relação custo HDM	QTD MÉDIA	HDM TRIMESTRE ANTERIOR
1. PESSOAL	829	3.190.689,27	0,61%	835	3.171.264,47
ADMINISTRATIVO	182	273.192,09	-2,34%	201	279.731,62
MÉDICOS	98	1.087.633,72	-3,03%	88	1.121.681,01
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	549	958.144,48	5,04%	547	912.170,47
BENEFÍCIOS		68.763,80	3,45%		66.470,50
IMPOSTOS+PROVISÕES		802.855,18	1,46%		791.310,88
2. INSUMOS		364.615,43	-11,89%		413.806,66
3. MATERIAS/CONSUMOS DIVERSOS		112.372,87	-32,75%		167.109,42
4. SEGUROS /TRIBUTOS		2.366,60	5,02%		2.263,39
5. DESPESAS GERAIS		193.196,75	-3,40%		199.993,85
6.SERVIÇOS TERCEIRIZADOS		1.449.671,97	1,55%		1.427.456,33
7. MANUTENÇÃO		58.169,11	7,34%		54.193,63
8. Investimentos autorizados pela SES		29.263,88	-25,85%		39.487,33
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS		5.400.145,88	-1,38%		5.475.544,08
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS (MÉDIA TRIMESTRAL)		5.589.878,28	-0,89%		5.640.168,88
DEFICIT/ SUPERAVIT		R\$ 189.732,40	15,25%		R\$ 164.624,80
PRODUÇÃO MÉDIA		16.340	-11,54%		18.472
TOTAL DE DESPESAS/PRODUÇÃO		R\$ 330,49	11,49%		R\$ 296,43

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

Quanto às variações dos custos nas Unidades, estas são influenciadas pelo tipo de classificação de risco dos pacientes, a depender da sua gravidade. Além disso, outros fatores também provocam alteração no resultado como, por exemplo, o tempo de permanência do paciente na unidade, a localização do Hospital, entre outros.

Com relação ao comparativo das receitas e despesas da Unidade no trimestre de outubro a dezembro de 2016, esta apresentou um superavit de R\$ 493.874,39. Já no trimestre de janeiro a março de 2017, observa-se que a Unidade apresentou também um superavit de R\$ 569.197,20, bem como, suas despesas foram diminuídas em (-)1,38%..

Tabela 38 – Comparativo 1º Trimestre de 2017 – Receitas X Despesas

ANO	MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
7	OUT/16	5.583.532,10	5.451.388,38	5.475.544,08	132.143,72	TRIMESTRE ANTERIOR 493.874,39
7	NOV/16	5.583.328,81	5.589.405,93		(6.077,12)	
7	DEZ/16	5.753.645,73	5.385.837,93		367.807,80	
7	JAN/17	5.589.513,91	5.404.728,20	5.400.145,88	184.785,71	RESULTADO TRIMESTRE 569.197,20
7	FEV/17	5.591.739,93	5.228.528,94		363.210,99	
7	MAR/17	5.588.381,00	5.567.180,50		21.200,50	
				-1,38%		

FONTE: Relatórios mensais - Sistema de Gestão, sujeito a alterações após análise documental

NOTA: -1,38% REFERENCIA DIMINUIÇÃO DA DESPESA MÉDIA EM RELAÇÃO AO TRIMESTRE ANTERIOR.

Analisando os documentos apresentados, pela Unidade, na Prestação de Contas do trimestre, pôde-se pontuar as seguintes observações:

- 1) Recursos Humanos – Divergência de entendimento no cálculo do FGTS, BENEFÍCIOS E ORDENADOS.
- 2) Itens de Consumo – Não houve nenhuma divergência.
- 3) Itens de Serviço – Não houve nenhuma divergência
- 4) Despesas não permitidas e/ou inseridas em contas divergentes, segue relato:

Janeiro 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Acrescentado o valor de R\$2.126,32 por ter sido identificado a maior, conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 187.034,68, no entanto o pagamento realizado pela Unidade foi de R\$ 187.152,64, conforme comprovante anexo na prestação. Será considerado o valor que consta em folha, já que a Unidade não apresentou justificativa para o pagamento a menor (deduzido R\$117,96).

Item 1.4 BENEFÍCIOS – Acrescentado o valor de R\$7,50 identificado a maior, conforme folha, e por não haver justificativa pela OSS.

Item 4.3.1. Juros – Retirados Juros no valor de R\$104.483,99, conforme orientação no parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE), de 27 de julho de 2015.

Item 5.1. Telefonia/Internet – Retirados Juros no valor de R\$ 64,90 (fatura de telefonia Oi), conforme orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE), de 27 de julho de 2015.

Fevereiro 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Deduzido o valor de R\$871,27 por ter sido identificado a maior, conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 184.362,85, no entanto o pago realizado pela unidade foi de R\$ 185.165,65, conforme comprovante anexo na prestação, será considerado o valor que consta em folha já que a unidade não apresentou justificativa para o pagamento a maior, sendo deduzido R\$802,80;

Item 1.4 BENEFÍCIOS – Acrescentado o valor de R\$1.764,60 por ter sido identificado a maior, conforme folha, e por não haver justificativa pela OSS.

Item 4.3.1. Juros – Retirados Juros no valor de R\$21.696,60 conforme orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

Item 5.1. Telefonia/Internet – Retirados Juros no valor de R\$105,22 (fatura de telefonia OI) conforme orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE), de 27 de julho de 2015.

Março 2017

Item 1.1 ORDENADOS – Deduzido o valor de R\$6.402,28 por ter sido identificado a menor, conforme folha encaminhada pela OSS.

Item 1.2 FGTS – Na folha aparece o valor de R\$ 196.132,95, no entanto o pagamento realizado pela Unidade foi de R\$ 196.067,15, conforme comprovante anexo na prestação. Será considerado o valor que consta em folha, já que a Unidade não apresentou justificativa para o pagamento a menor, sendo acrescentado R\$65,80.

Item 1.4 BENEFÍCIOS – Acrescentado o valor de R\$1.922,40 por ter sido identificado a maior, conforme folha, e por não haver justificativa pela OSS.

Item 4.3.1. Juros – Retirados Juros no valor de R\$5.539,23 conforme orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE), de 27 de julho de 2015.

Item 5.1. Telefonia/Internet – Retirados Juros no valor de R\$111,06 (fatura de telefonia OI), conforme orientação do parecer Gerência-Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE), de 27 de julho de 2015.

Quanto aos **PRAZOS**, a Unidade apresentou dificuldades no cumprimento da entrega das pastas, diferentemente da entrega das solicitações das correções de inconsistências. Recomenda-se, portanto, que a Unidade de Saúde procure cumprir os prazos determinados.

Em relação às prestações de contas apresentadas pela Unidade, referentes ao período de janeiro a março de 2017, informamos que foram encaminhadas de acordo com Manual de Orientações versão 2.0; bem como, já foram analisadas pela equipe financeira da DGMMAS e classificadas como **REGULAR com ressalva** devido às informações acima apresentadas.

No que concerne ao apontamento de descontos, em relação ao cumprimento de metas contratuais valoradas, observa-se, nos quesitos de produção e qualidade, que o **Hospital Don Malan**, não cumpriu todas as metas, havendo assim apontamento de desconto conforme demonstrado na tabela 39.

Tabela 39 – Apontamentos de Descontos

		DESCONTOS	TOTAL DE MESES	TOTAL DESCONTO
Produção	INTERNAÇÃO	0%	0	R\$ -
	URGÊNCIA	0%	0	R\$ -
	AMBULATÓRIO	0%	0	R\$ -
Qualidade	DA INFORMAÇÃO	25%	0	R\$ -
	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	25%	0	R\$ -
	TAXA CESARIANA EM PRIMÍPARAS	15%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNNOS INVESTIGADOS	10%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS FETAIS INVESTIGADOS	10%	0	R\$ -
	PROPORÇÃO DE RECÉM NASCIDOS VASCINADOS	15%	3	R\$ 233.562,38
	TOTAL DESCONTOS:			R\$ 233.562,38

CONCLUSÃO

Para os indicadores de produção, no trimestre de janeiro a março de 2017, o Hospital Dom Malan apresentou o seguinte resultado: saídas hospitalares **(93,07%)**, atendimentos ambulatoriais **(139,36%)** e atendimentos de urgência **(92,66%)**. Sendo assim, no quesito produção, a Unidade **cumpriu todas as metas**.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, apresentou o seguinte resultado: apresentação de AIH **(105,79%)**, porcentagem de declaração de diagnósticos secundários, sendo **24,53%** Clínica Médica e **14,80%** para Clínica Cirúrgica, e taxa de identificação da origem do paciente **(86,49%)**. Portanto, o HDM **cumpriu a meta**, apenas, para o indicador apresentação de AIH, pois atingiu o índice contratual e entregou o relatório no prazo preconizado, e **não cumpriu a meta** para o indicador porcentagem de declaração de diagnósticos secundários e Taxa de Origem do paciente. Vale salientar que, os indicadores porcentagem de declaração de diagnósticos secundários e taxa de identificação da origem do paciente não possuem valoração financeira, as metas são apenas monitoradas.

Quanto ao quesito Atenção ao Usuário, no indicador pesquisa de satisfação, apresentou o percentual de pesquisa, **47,13%** (internamento) e **7,99%** (consultas), bem como enviou, no prazo, as planilhas consolidadas. Para o indicador resolução das queixas recebidas, o HDM, no trimestre em análise, apresentou **02 (duas) queixas** com **100%** de resolução, bem como, entregou o relatório dentro do prazo contratual. Sendo assim, a Unidade **cumpriu todas as metas**.

Com relação aos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar, apresentou o seguinte resultado: Densidade de infecção hospitalar nas UTI **(2,26%)**, Densidade de incidência de infecção hospitalar primária em corrente sanguínea associada a cateter venoso central/ umbilical nas UTI **(0,00%)**, Densidade de incidência de infecção hospitalar primária em corrente sanguínea associada a cateter venoso central/ umbilical na UTI Neo **(0,00%)**, Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes internados nas UTI **(0,00%)**, Taxa de Utilização de cateter venoso central/ umbilical nas UTI **(41,88%)**, Taxa de Utilização de cateter venoso central/ umbilical na UTI Neo **(70,79%)** Taxa de Utilização de ventilação mecânica nas UTI **(35,49%)**; bem como, apresentou o relatório

da CCIH, com as informações dos indicadores, no prazo contratual, portanto, **cumpriu todas as metas**.

Quanto aos indicadores de saúde materna infantil, estes apresentaram o seguinte resultado: taxa de cesariana em primíparas **(43,34%)** e entrega do relatório, pela comissão responsável, no prazo contratual; proporção de óbitos maternos investigados **(100%)**; proporção de óbitos fetais analisados **(100%)**; proporção de RN vacinados com a primeira dose da vacina de Hepatite B e BCG **(97,50%)** e **(95,05%)**, respectivamente. Sendo assim, **as metas foram cumpridas** em todos os indicadores, **exceto** para o indicador proporção de RN vacinados com a 1ª dose das vacinas de Hepatite B e BCG., entretanto, foi apresentado justificativa pelo não atingimento da meta contratual.

O Hospital Dom Malan possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Prontuário Médico, Óbito, Controle de Infecção Hospitalar e Ética Médica.

Além dos indicadores previstos em contrato, foram analisados, no trimestre de janeiro a março, os seguintes indicadores: Taxa de parto cesáreo (44,21%), acima do parâmetro da OMS; Mortalidade Institucional (1,08%), atende ao parâmetro do MS; SADT (78.399 exames); Taxa de ocupação operacional (85,23%), um pouco acima do parâmetro estabelecido (85%); Tempo médio de permanência (5,18), atende ao parâmetro do MS; Índice de rotatividade (4,42), acima do parâmetro da FGV; Revisão de prontuários (12,91%) revisados com 98,64% completos; Turnover (1,19%), atende ao parâmetro do índice PROAHSA.

Referente à análise financeira, verificamos que a Unidade diminuiu seus custos em **(-) 1,38%**, demonstrando **superavit** no valor de **R\$ 569.197,20**; por outro lado, o custo médio mensal da produção deste trimestre foi **maior** que o do trimestre anterior, apresentando uma variação de **11,49%**.

Houve apontamento de descontos no valor de **R\$ 233.562,38 (Duzentos e trinta e três mil, quinhentos e sessenta e dois reais e trinta e oito centavos)**, em virtude do não cumprimento de meta para o indicador Proporção de RN com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B e RN vacinados com BCG.

As Prestações de Contas, referentes ao período de janeiro a março de 2017,

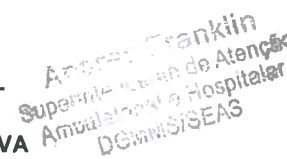
analisadas conforme o Manual de Orientações versão 2.0, foram concluídas e classificadas como **Regular com Ressalva**. O HDM não cumpriu os prazos determinados para a entrega das pastas, sendo assim, **recomenda-se** que essa Unidade de Saúde se atente aos prazos determinados.

Quanto às recomendações da Comissão Mista de Avaliação, dispostas no relatório anual do exercício de 2016, ressaltamos que já foram tomadas as providências, por esta Diretoria, no trimestre em análise, em relação aos seguintes quesitos: inclusão da informação quanto à conclusão da análise da Prestação de Contas no relatório trimestral; inclusão da informação quanto ao cumprimento de metas e envio de relatórios.

Por fim, os relatórios mensais enviados pela Unidade em comento, atenderam, de um modo geral, às necessidades desta Diretoria no que concerne à avaliação do trimestre de janeiro a março de 2017.

Recife, de Setembro de 2017


ANÁLISE ASSISTENCIAL
TEREZA CRISTINA DA SILVA
Gestora de Contratos de Gestão
Mat. nº 357.436-9


Assessor: Franklin
Superintendente de Atenção
Ambulatorial e Hospitalar
DGMMAS/SEAS


DANIELLY MARTINS
Gerente de Acompanhamento Contábil Financeiro dos
Contratos de Gestão- DGMMAS
Mat. Nº339.071-3

ANÁLISE FINANCEIRA


MICHEL GOMES
Superintendente de Gestão Clínica – DGMMAS
Mat. nº337.518-8

ANEXOS (Trimestre de Janeiro a Março/2017)

Anexo 1: Relatório de Atividade Assistencial – Sistema de Gestão da SES

Anexo 2: Relatório de Indicador de Qualidade – Sistema de Gestão da SES

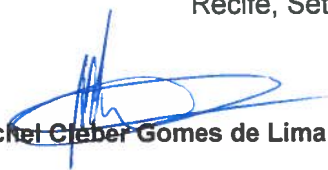
Anexo 3: Boletim Diário de Atendimento (BID)

**PARECER DA COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO INTERNO,
CONFORME LEI 15.210/13.**

Diante das razões e fundamentos acima elencados, esta Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, ratifica o presente Relatório Trimestral do período de janeiro a março de 2017, tendo em vista ter restado comprovado que o referido instrumento contratual vem sendo executado através de uma gestão eficaz, oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS, tudo em conformidade com os termos do inciso IV, do parágrafo único do artigo 15 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

Outrossim, visando o cumprimento do artigo 16, da lei acima, essa Comissão encaminhará o presente Relatório Anual de Monitoramento à Comissão Mista de Avaliação para proceder a análise definitiva do mesmo e demais providências.

Recife, Setembro de 2017.


Michel Cleber Gomes de Lima**Mat. nº 337.518-8**
Danielly Martins Barbosa da Silva**Mat. nº 339.071-3**
Katiana Alves Moreira**Mat. nº 336.951-0**
Andréa Franklin de Carvalho**Mat. Nº 244.668-5**
Tereza Cristina da Silva**Mat. Nº 357.436-9**