



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO

1. Introdução

O presente relatório, apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão nº **006/2010**, assinado em **24/05/2010**, celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e a Organização Social de Saúde Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar, para o Gerenciamento da Unidade Hospitalar – Hospital **Dom Hélder Câmara**, no Município do Cabo de Santo Agostinho.

O Relatório Trimestral de monitoramento do Contrato de Gestão, previsto na Lei Estadual nº **15.210/2013**, alterada pela lei **16.155/2017**, elaborado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na Unidade, referente ao período de **janeiro a março de 2020**, apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão competente, 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/efetividade na assistência hospitalar, especialmente no atendimento de casos de Urgência e Emergência, Cardiologia, Cirurgia Geral e Traumatologia, que atualmente sobrecarregam os hospitais da rede estadual.

2. Perfil do Serviço

O Hospital Dom Hélder Câmara 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, utilizando o protocolo elaborado pelo IMIP, baseado no Hospital Odilon BEHRENS-BH/MG, validado pelo MS.

Quadro 01

Organização Social	Fundação Prof. Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Inauguração	01 de Julho de 2010
Contrato de gestão	Nº 006/2010
Localização	BR 101 Sul, km 28 – Cabo de Sto. Agostinho
Área de Abrangência	Cabo de Sto. Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Palmares, Sirinhaém, Escada, Primavera, Barreiros, Tamandaré, Rio Formoso e São José da Coroa Grande.
Perfil	Urgência e Emergência 24 horas nas áreas de Clínica Médica e Cirúrgicas, (Cardiologia, Traumatologia e Cirurgia Geral)
Capacidade	169 leitos distribuídos em: 117 leitos de enfermaria (50 Ortopedia, 25 Cardiologia Clínica, 16 Cirurgia Cardiovascular, 18 Clínica Médica e 08 Cirurgia Geral), 28 leitos de UTI, 24 leitos de observação na Emergência, 05 salas de cirurgia, 10 leitos sala de recuperação pós anestésica, 04 leitos de repouso na hemodinâmica.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Laboratório de Análises Clínicas, RX, Tomografia Computadorizada, Endoscopia, Ultrassonografia, Ecocardiograma.
Ambulatório de Egresso	Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Arritmia Marcapasso, Valvulopatia, Ortopedia (mão), Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Psicologia, Serviço Social

3. Gestão do Contrato

O Contrato de Gestão nº 006/2010 prorrogado, através do 25º T.A, em 04 de janeiro de 2018 até 03 de janeiro de 2020, limitado sua duração até o máximo de 10 (dez) anos, conforme disposição da Lei Nº 15.210 de 2013, cujo objeto é a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde prestados no (a) **Hospital Dom Hélder Câmara**, implantado no município do **Cabo de Santo Agostinho**, em conformidade com as especificações e obrigações constantes do instrumento convocatório, nas condições previstas no contrato citado e na proposta de trabalho apresentada pela contratada. O valor da parcela mensal do referido contrato é de R\$ 7.084.484,45 (Sete milhões, oitenta e quatro mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos).

4. Metodologia

A elaboração do presente relatório foi baseado nos relatórios recebido do Hospital Dom Hélder Câmara, referente ao período de janeiro a março de 2020, assim como nos relatórios de monitoramento oriundos do Sistema de Gestão, sendo subsidiado ainda pelas visitas técnicas realizadas à Unidade, e demais documentos que contemplaram o objeto de avaliação.

5. Comparativo das metas pactuadas com os resultados alcançados

O comparativo das metas propostas com os resultados alcançados é cláusula essencial do Contrato de Gestão, prevista no inciso IX do Art. 10 da lei 15.210/13, alterada pela lei 16.155/17.

Quadro 02 – Comparativo de Metas Pactuadas com Resultados Alcançados							
Nº	Indicador	Forma de Cálculo	Meta				Status
			Período	Contratado	Realizado	% de Alcance	
1. Produção							
1.1	Saídas Hospitalares	Nº de saídas realizadas/Nº saídas contratadas x 100	Janeiro	793	881	111,10%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	793	811	102,27%	META CUMPRIDA
			Março	793	817	103,03%	META CUMPRIDA
1.2	Atendimentos de Urgência	Nº de atendimentos realizados/Nº atendimentos contratados x 100	Janeiro	2.400	3.282	136,75%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	2.400	3.094	128,92%	META CUMPRIDA
			Março	2.400	2.592	108,00%	META CUMPRIDA

1.3	Atendimento Ambulatorial	Nº de atendimentos realizados/Nº atendimentos contratados x 100	Janeiro	3.500	8.488	242,51%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	3.500	6.740	192,57%	META CUMPRIDA
			Março	3.500	5.617	160,49%	META CUMPRIDA
1.4	Produção Cirúrgica	Nº de cirurgias realizadas/Nº cirurgias contratadas x 100	Janeiro	480	639	133,13%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	480	768	160,00%	META CUMPRIDA
			Março	480	687	143,13%	META CUMPRIDA
1.5	Sessões de Hemodiálise (Extra UTI)	Nº de sessões de hemodiálise extra UTI realizadas/Nº sessões contratadas x 100	Janeiro	340	347	102,06%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	340	314	92,35%	META CUMPRIDA
			Março	340	561	165,00%	META CUMPRIDA
1.6	Acolhimento com Classificação de Risco	-	Janeiro	Envio do relatório com informações do indicador	1.650		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Fevereiro	Envio do relatório com informações do indicador	1.548		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Março	Envio do relatório com informações do indicador	1.302		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
1.7	SADT	-	Janeiro	Envio do relatório com informações do indicador	46.438		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Fevereiro	Envio do relatório com informações do indicador	40.333		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Março	Envio do relatório com informações do indicador	42.010		REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO

2. Qualidade

2.1	Qualidade da Informação						
2.1.1	Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Nº de AIH apresentadas no mês de competência/Nº saídas hospitalares x 100	Janeiro	Apresentação de 90% AIH referente às saídas em cada mês de competência. Entrega do	879	99,77%	META CUMPRIDA
			Fevereiro		828	102,10%	META CUMPRIDA

			Março	relatório até o 20º dia útil do mês subsequente.	820	100,37%	META CUMPRIDA		
2.1.2	Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidades	AIH com diagnóstico secundário por clínica / Total das AIH apresentada por clínica do mês x 100	Janeiro	22% em Clínica Cirúrgica;	80,65%		META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO		
			Fevereiro	Entrega do relatório até o 20º dia útil do			88,52%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
			Março	mês subsequente.			71,97%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
			Janeiro	14 % em Clínica Médica.	60,88%		META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO		
			Fevereiro	Entrega do relatório até o 20º dia útil do			68,75%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
			Março	mês subsequente.			90,78%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
2.1.3	Taxa de Identificação da Origem do Paciente	Nº CEP válidos/ nº total de CEP apresentados x 100 / Nº CEP compatível c/ IBGE/ Nº total de CEP apresentados x 100	Janeiro	Atingir 90% CEP Válido e 90% CEP	75,19%		META NÃO CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO		
			Fevereiro	Compatível Código IBGE. Entrega do relatório até o 20º dia útil do			75,17%	META NÃO CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
			Março	mês subsequente.			75,87%	META NÃO CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO	
2.2	Atenção ao Usuário								
2.2.1	Pesquisa de Satisfação / Internamento	Pesquisa de satisfação por meio dos questionários específicos aplicados, mensalmente, em pacientes internados e acompanhantes e a	Janeiro	Envio da Planilha de Consolidação dos três	126	15,48%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO		
			Fevereiro	grupos até o 20º dia útil do			116	15,16%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Março	mês subsequente.			97	14,59%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
	Pesquisa de Satisfação / Ambulatório	ambulatório do hospital, abrangendo 10% do total de	Janeiro		1.031	12,15%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO		

		pacientes atendidos em cada área de internação e 10% de pacientes atendidos em consulta no ambulatório	Fevereiro		785	11,65%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Março		689	12,27%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
2.2.2	Resolução de Queixa	Total das queixas recebidas no mês de competência/ total de queixas resolvidas no mês de competência x 100	Janeiro	Entrega do relatório no prazo determinado com 80% das queixas resolvidas	6	100,00%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Fevereiro		1	100,00%	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
			Março		0	#DIV/0!	META CUMPRIDA / REQUISITO DE ACOMPANHAMENTO
2.3	Cirurgia Suspensa						
2.3.1	Taxa de Cirurgia Suspensa	Nº de Cirurgias suspensas/Nº de Cirurgias agendadas x 100	Janeiro	Envio do relatório do Centro Cirúrgico com análise da taxa do mês, relacionando as causas do cancelamento e as ações da Unidade, até o 20º dia útil do mês subsequente	103	13,10%	META CUMPRIDA
			Fevereiro		112	12,73%	META CUMPRIDA
			Março		104	13,15%	META CUMPRIDA
2.4	Controle de Infecção Hospitalar						
2.4.1	Densidade de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde nas UTI	Nº de episódios de IH na UTI no mês/ Nº de pacientes/dia da UTI x 1000	Janeiro	Envio do relatório da CCIH, até o 20º dia útil do mês subsequente, com análise do indicador	2	6,21	META CUMPRIDA
			Fevereiro		3	10,56	META CUMPRIDA
			Março		2	6,83	META CUMPRIDA
2.4.2	Densidade de I.H de Corrente Sanguínea associada ao uso de CVC nas UTI	Nº de Infecção de Corrente Sanguínea dos pacientes em uso de CVC no mês/ Nº de pacientes em uso de CVC x 1000	Janeiro		0	0,00	META CUMPRIDA
			Fevereiro	3	13,70	META CUMPRIDA	
			Março	0	0,00	META CUMPRIDA	
2.4.3	Densidade de Pneumonia associada à ventilação	Nº de casos de PNM associada ao uso de VM no mês/ Nº de	Janeiro		2	15,63	META CUMPRIDA
			Fevereiro		2	15,27	META CUMPRIDA

	mecânica em pacientes internados na UTI	pacientes em uso de VM x 1000	Março	1	6,21	META CUMPRIDA
2.4.4	Taxa de Utilização de CVC na UTI	Nº de pacientes em uso de CVC no mês/ Nº de pacientes/dia na UTI, no mesmo período x 100	Janeiro	191	59,32%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	219	77,11%	META CUMPRIDA
			Março	237	80,89%	META CUMPRIDA
2.4.5	Taxa de Utilização de VM na UTI	Nº de pacientes em uso de VM no mês/ Nº de pacientes/dia na UTI, no mesmo período x 100	Janeiro	128	39,75%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	131	46,13%	META CUMPRIDA
			Março	161	54,95%	META CUMPRIDA
	Densidade de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde na UCO	Nº de episódios de IH na UTI no mês/ Nº de pacientes/dia da UTI x 1000	Janeiro	2	3,60	META CUMPRIDA
			Fevereiro	3	5,59	META CUMPRIDA
			Março	2	3,87	META CUMPRIDA
2.4.6	Densidade de I.H de Corrente Sanguínea associada ao uso de CVC nas UCO	Nº de Infecção de Corrente Sanguínea dos pacientes em uso de CVC no mês/ Nº de pacientes em uso de CVC x 1000	Janeiro	0	0,00	META CUMPRIDA
			Fevereiro	0	0,00	META CUMPRIDA
			Março	0	0,00	META CUMPRIDA
2.4.7	Densidade de Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados na UCO	Nº de casos de PNM associada ao uso de VM no mês/ Nº de pacientes em uso de VM x 1000	Janeiro	2	15,27	META CUMPRIDA
			Fevereiro	2	19,42	META CUMPRIDA
			Março	2	15,63	META CUMPRIDA
2.4.8	Taxa de Utilização de CVC na UCO	Nº de pacientes em uso de CVC no mês/ Nº de pacientes/dia na UTI, no mesmo período x 100	Janeiro	240	43,17%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	237	44,13%	META CUMPRIDA
			Março	275	53,19%	META CUMPRIDA
2.4.9	Taxa de Utilização de VM na UCO	Nº de pacientes em uso de VM no mês/ Nº de pacientes/dia na UTI, no mesmo período x 100	Janeiro	131	23,56%	META CUMPRIDA
			Fevereiro	103	19,18%	META CUMPRIDA
			Março	128	24,76%	META CUMPRIDA
2.5	Mortalidade Operatória					

2.5.1	ASA I	Nº de óbitos ocorridos em até 7 dias após o procedimento cirúrgico, classificados por ASA, no mês/ Nº total de cirurgias realizadas no mês x 100	Janeiro	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	0	0,00%	META CUMPRIDA
	ASA II				0	0,00%	
	ASA III				2	0,31%	
	ASA IV				2	0,31%	
	ASA V				1	0,16%	
	ASA VI				0	0,00%	
	ASA I		Fevereiro		0	0,00%	META CUMPRIDA
	ASA II				0	0,00%	
	ASA III				1	0,13%	
	ASA IV				3	0,39%	
	ASA V				0	0,00%	
	ASA VI				0	0,00%	
	ASA I		Março		0	0,00%	META CUMPRIDA
	ASA II				1	0,15%	
	ASA III				2	0,29%	
	ASA IV				1	0,15%	
	ASA V				0	0,00%	
	ASA VI				0	0,00%	
2.5.2	Taxa de Cirurgia de Urgência	Nº de Cirurgias de urgência realizadas no mês/ Nº total de cirurgias realizadas no mês	Janeiro	428	66,98%	META CUMPRIDA	
			Fevereiro	362	47,14%	META CUMPRIDA	
			Março	362	52,69%	META CUMPRIDA	

Fonte: Relatórios Gerenciais Mensais da Unidade / Sistema de Gestão

6. Cumprimento das Cláusulas Contratuais

O monitoramento dos itens previstos na cláusula terceira do Contrato de Gestão – obrigações da contratada – é de importância relevante ao alcance do objetivo contratual pela Administração Pública.

Quadro 03 – Cumprimento das Cláusulas Contratuais				
ITEM DO CONTRATO	Mês	Enviado	Não Enviado	Observação
3.1.34 – Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:				
Comissão de Análise de Prontuários Médicos	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Comissão de Ética Médica	Janeiro			ATIVA
	Fevereiro			ATIVA
	Março			ATIVA
Comissão de Óbitos	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Comissão de Infecção Hospitalar	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
As Atas de reuniões das demais Comissões foram enviadas	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
3.1.35 – Possuir e manter:				
Núcleo de Manutenção Geral – NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica.	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Núcleo de Epidemiologia	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		
Núcleo de Segurança do Paciente	Janeiro	X		
	Fevereiro	X		
	Março	X		

Fonte: Relatórios Gerenciais Mensais da Unidade

7. Apontamento de Descontos

O apontamento de descontos está diretamente relacionado ao cumprimento de metas contratuais valoradas. Caso a Unidade não alcance a meta mínima, definida em contrato, sofrerá apontamento de descontos. O Art. 15-A, e seus parágrafos, da lei 16.155/17, que altera a lei 15.210/13, define a nova regra para avaliação das metas dos Indicadores de Produção, excetuando os serviços de urgência e emergência, no que concerne à compensação, ressarcimento e apontamento de descontos. O Processo de avaliação, da Unidade, cujos Indicadores de Produção não se enquadram ao novo dispositivo legal, bem como os Indicadores de Qualidade valorados, seguirá o rito anteriormente definido em contrato, ou seja, esses indicadores serão avaliados trimestralmente, caso não alcancem a meta mínima, valorada, definida em contrato, sofrerá apontamento de descontos.

No que concerne a avaliação das metas valoradas da Unidade Hospital Metropolitan Dom Hélder Câmara, verifica-se, no trimestre em análise, o cumprimento das metas dos Indicadores valorados de Produção e Qualidade, desta forma não haverá apontamentos de desconto.

8. Considerações sobre Parecer Conclusivo CMA – 3º e 4º Trimestres 2019

A CMA emitiu parecer conclusivo a despeito do Relatório Assistencial, correspondente ao 3º e 4º trimestres de 2019. Após análise dos apontamentos exarados por essa Comissão, este apoio técnico proferiu as seguintes considerações:

- 1. Divergência do Indicador Atendimentos de Urgência:** Os valores enviados nas informações de dados oficiais (Sistema de Gestão e Relatório Trimestral), estão corretos. A informação que consta no Consolidado Anual da Unidade, que segue como um documento a mais para análise dessa comissão, estava com o valor divergente e já foi solicitado as devidas correções;
- 2. Repactuação de metas de indicadores:** A CMA recomenda a repactuação das metas dos indicadores Atendimento Ambulatorial e Produção Cirúrgica, visto que a unidade vem apresentando resultados superiores à 100%. Esta Diretoria informa que, devido à proximidade do encerramento do Contrato de Gestão nº 006/2010, as metas serão revistas na elaboração do próximo contrato de gestão;
- 3. Indicador Sessões de Hemodiálise (Extra UTI):** No item citado a CMA recomenda a inclusão deste indicador no Sistema de Gestão, esta diretoria já solicitou ao setor responsável tal inclusão.
- 4. Divergência do Indicador Sessões de Hemodiálise (Extra UTI):** Houve equívoco no preenchimento da tabela do relatório, sendo utilizado o quantitativo total de sessões de hemodiálise ao invés do número de sessões de hemodiálise extra UTI, segue abaixo a tabela corrigida;

1.5	Sessões de Hemodiálise (Extra UTI)	Nº de sessões de hemodiálise extra UTI realizadas/Nº sessões contratadas x 100	Julho	340	397	116,76	META CUMPRIDA
			Agosto	340	666	195,88	META CUMPRIDA
			Setembro	340	332	97,65	META CUMPRIDA

5. **Indicador Taxa de Identificação da Origem do Paciente:** A CMA recomenda o empenho da Unidade em atingir o indicador Taxa de Identificação da Origem do Paciente, porém a Unidade não vêm alcançando a meta do referido indicador porque a base de dados do CEP, do Sistema de Gestão, está desatualizada em relação ao DATASUS.
6. **Introdução de meta numérica (percentual) para os indicadores Taxa de Cirurgia Suspensa, Controle de Infecção Hospitalar e Mortalidade Operatória:** Em relação a esta recomendação, justificada para fim de medir o nível de excelência na qualidade do serviço, o critério utilizado para este indicador é o envio do relatório mensal, e os parâmetros utilizados, são os recomendados pelo Ministério de Saúde – MS;
7. **Indicador Apresentação de AIH:** A CMA recomenda o envio do relatório de número de AIH no mês de competência pois não foi localizado no Sistema de Gestão, o mesmo é extraído do relatório de “Movimento de AIH > Consultar informações de AIH” no referido sistema.
8. **Indicador Taxa de Identificação de Origem do Paciente:** A CMA recomenda o empenho da Unidade em atingir o indicador Taxa de Identificação da Origem do Paciente, porém a Unidade não vêm alcançando a meta do referido indicador porque a base de dados do CEP, do Sistema de Gestão, está desatualizada em relação ao DATASUS, confirma-se esta informação verificando que a unidade não possui glosas referentes a CEP invalido.

9. Considerações sobre o Relatório Trimestral da Unidade - 1º Trimestre 2020

Após análise dos dados apresentados pelo **Hospital Dom Hélder Câmara**, transcritos nos quadros 01 e 02, bem como das visitas realizadas na Unidade no trimestre em questão, este apoio técnico assistencial faz as seguintes considerações:

1. A Unidade cumpriu todas as metas dos indicadores valorados de produção e qualidade no trimestre avaliado, conforme demonstrado no Quadro 2.
2. Com relação à metas dos Indicadores de Qualidade, o HDH não atingiu a meta para do indicador Taxa de Identificação da Origem do Paciente, pois não alcançou o percentual mínimo de 90% de CEP válido e compatível para todos os meses do período em análise, como demonstrado no Quadro 02, apresentando um percentual de 75,19% no mês de janeiro, 75,15% no mês de fevereiro e 75,87% no mês de março. Nos relatórios mensais a unidade enviou notas explicativas informando que possui um contrato de atualização do banco de dados disponibilizado pelos correios, com todos os CEP's válidos. Segundo os dados enviados ainda no Relatório Mensal, de acordo com o sistema interno da unidade, foram os seguintes enviado os seguintes dados referentes este indicador: 98,7% no mês de janeiro, 98,2% no mês de fevereiro e 99,0% no mês de março. Vale ressaltar que não cabe apontamento de desconto pois o referido indicador é um item de requisito de acompanhamento sem valoração financeira;
3. As Comissões de Ética Médica, Revisão de Prontuários, Óbitos e CCIH encontram-se implantadas e em pleno funcionamento; bem como, os núcleos exigidos contratualmente.

10. Recomendações

Este apoio técnico Assistencial recomenda que sejam tomadas as devidas providências com relação às questões listadas abaixo:

1. Continuar enviando os relatórios e documentos anexos necessários para esta diretoria nos prazos determinados.

11. Anexos

Relatório de Atividade Assistencial – Janeiro a Março / 2020

Relatório de Indicador de Qualidade – Janeiro a Março / 2020

Relatório de Indicador – Parte Variável - Janeiro a Março / 2020



Documento assinado eletronicamente por **Luana Corrêa Araujo De Souza Diniz**, em 10/08/2020, às 15:59, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8116234** e o código CRC **171753AD**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongüi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: