

Relatório de Execução de Objeto

Convênio nº702/2016 Exercício de 2018.

1. TIPO DO CONVÊNIO:

RELATÓRIO DO CONVÊNIO Nº702 - Programa Santas Casas SUSstentáveis		
CONVENETE: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca		CNPJ: 47.969.134.0001-89
ENDEREÇO: Praça Dom Pedro II, 1826		
TELEFONE: (16) 3711-4000		
E-MAIL: prestaodecontas@santacasadefranca.com.br		
OBJETO: - Custeio Material de Consumo - Material de Consumo, Material Médico Hospitalar, Medicamento, Material de Hemodiálise, Material de Escritório, Dietas Enterais, Material de Limpeza e Produtos de Laboratório. - Custeio de Serviços de Terceiros - Prestação de Serviços, Honorários Médicos.		
PROCESSO Nº: 001.0208.00648/2015	VIGÊNCIA: Início 01/01/2017 Duração: 36 meses - Término previsto: 31/12/2019	
PRESTAÇÃO DE CONTAS DO ANO DE 2018	PERÍODO: 01/2018 A 12/2018	
VALORES:		
Convênio	VALOR MÊS	VALOR ANO
	R\$ 2.173.915,00	R\$ 26.086.980,00

2. INTRODUÇÃO:

A FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, é um complexo hospitalar de 122 anos e tem o compromisso de atender essencialmente a população usuária do SUS – Sistema Único de Saúde.

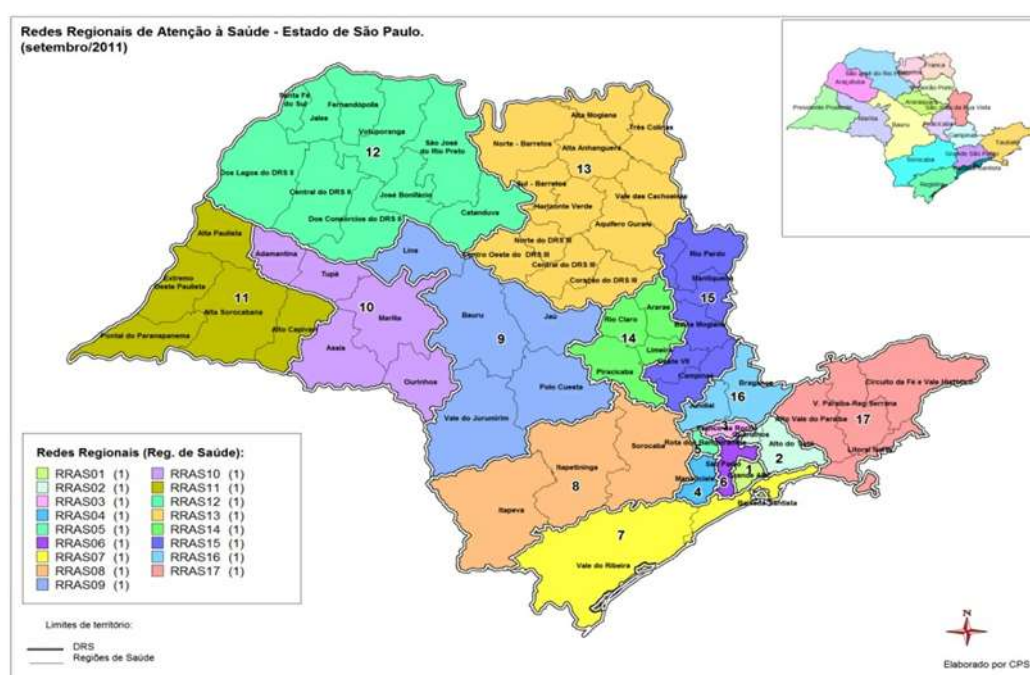
Caracteriza-se como um Hospital de natureza filantrópica e de ensino, mantenedora de um Complexo Hospitalar que compreende Hospital Geral, Unidade Cardiológica, Oncologia e Reabilitação Física, conveniada junto ao SUS – Sistema Único de Saúde, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES, visando à prestação de assistência em saúde em internação e ambulatório.

É o único hospital de referência terciária conveniado ao SUS para a região DRS VIII Franca/SP, de abrangência dos 22 municípios.

Quanto do DRS VIII - Departamento Regional de Saúde – Franca/SP, está situado na região nordeste do Estado, abrangendo uma população de 737.646 habitantes (SEADE 2016), é constituído por três Regiões de Saúde: Três Colinas, composta por 10 municípios, Alta Mogiana, composta por 06 municípios, e Alta Anhanguera, composta por 06

municípios, totalizando 22 municípios, estando este Departamento adscrito no território de saúde da RRAS 13, composto por mais três Departamentos de Saúde, sendo estes: DRS XIII de Ribeirão Preto, DRS de Barretos V e DRS de Araraquara III, conforme demonstrado abaixo no mapa 1.0.

Mapa 1.0 – Redes Regionais de Atenção à Saúde RRAS 13 – Estado de São Paulo, ano 2014.



3. DO CONVÊNIO SANTAS CASAS SUSTENTÁVEIS:

A Santa Casa de Franca participa do Programa *Santas Casa SUSTentáveis*, como Hospital Estruturante para a região do DRS VIII, definido através da **Resolução SS nº .13, de 05-02-2014**, determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSTentáveis.

O objetivo do programa é contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência no Estado de São Paulo, capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, de média e de alta complexidade, que atendam às necessidades e

demandas da população, em especial aquelas encaminhadas pelo setor de regulação do acesso e integrar as redes de atenção à saúde no estado.

4. PRESTAÇÃO DE CONTAS:

Os recursos financeiros direcionados a Instituição Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca serão destinadas a custeio das ações e serviços prestados ao SUS, tendo em vista o alto custo que os procedimentos geram à instituição.

Os indicadores pactuados, com metas quantitativas e qualitativas, através da Resolução SS 13 e 39 do ano de 2014, faz com que a instituição mantenha os atendimentos, dentro dos padrões de qualidade definidos e aceitáveis, desenvolvendo ações e projetos que possam incrementar os serviços

Fortalece ainda a humanização hospitalar e a regulação do acesso à assistência.

Seguem abaixo, o monitoramento dos indicadores deste pactuados neste período:

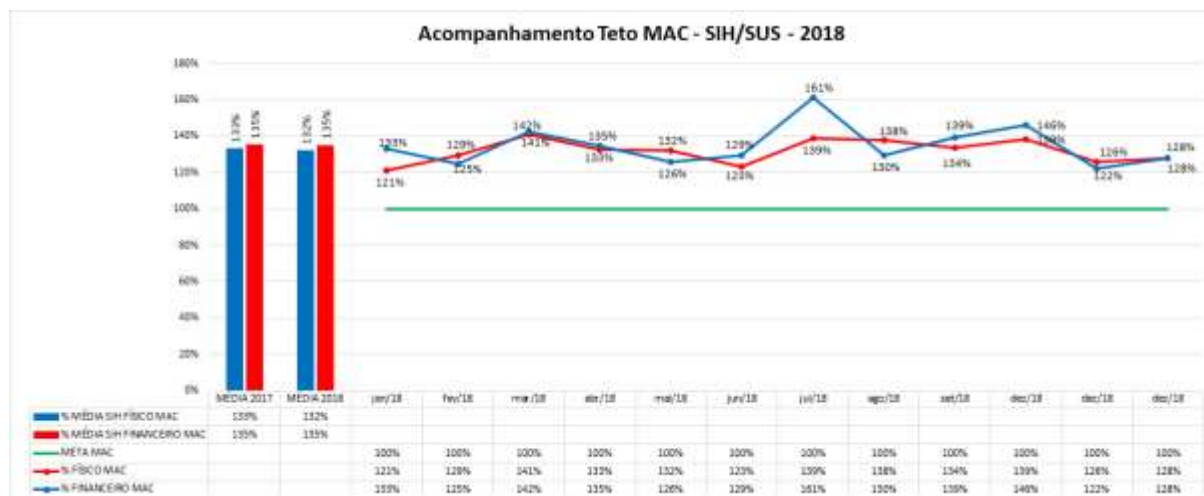
a) Metas quantitativas:

a.1) Manter a taxa de alcance da produção conveniada/contratada em 90%.

- SIH/SUS – internação

No SIH/SUS (Internação) a instituição produziu 35% acima do pactuado com o SUS no teto financeiro e, 32% acima no teto físico.

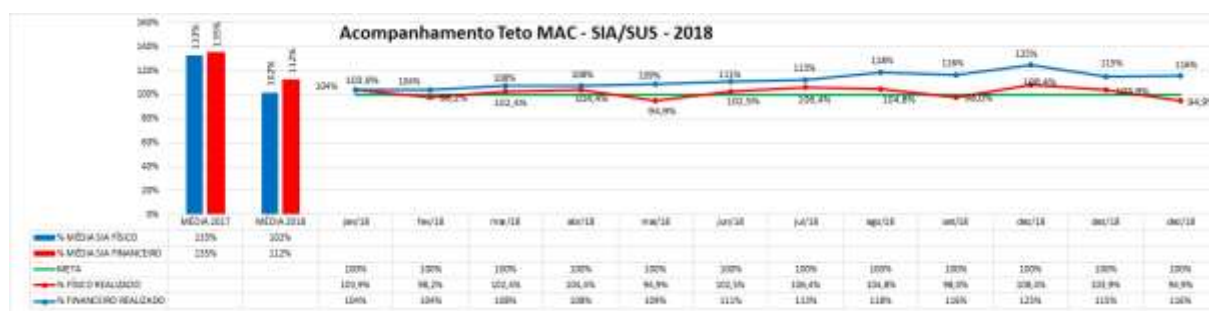
Vide abaixo quadro gráfico demonstrativo:



Fonte: tabwin/datasus

- SIA/SUS – ambulatório:

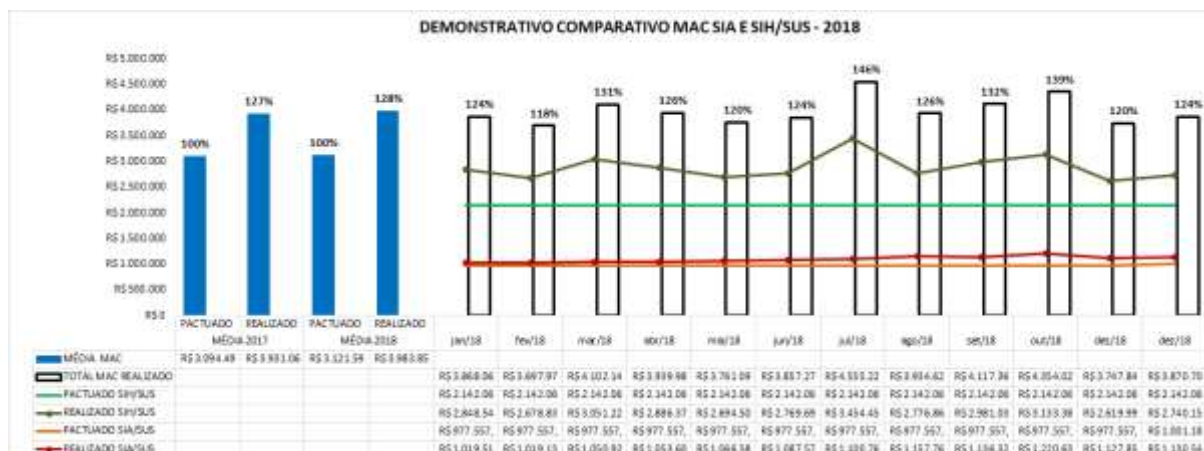
Quanto a produção ambulatorial, a instituição produziu 12% acima do pactuado no teto financeiro, e 2% acima no teto físico, conforme demonstrado em gráfico abaixo:



Fonte: tabwin/datasus

Somando a produção MAC total, SIH/SUA e SIA/SUS, a instituição teve um déficit média/mês de 28% no teto financeiro, o que corresponde a **R\$862.264,73 média/mês**.

Abaixo demonstrativo:

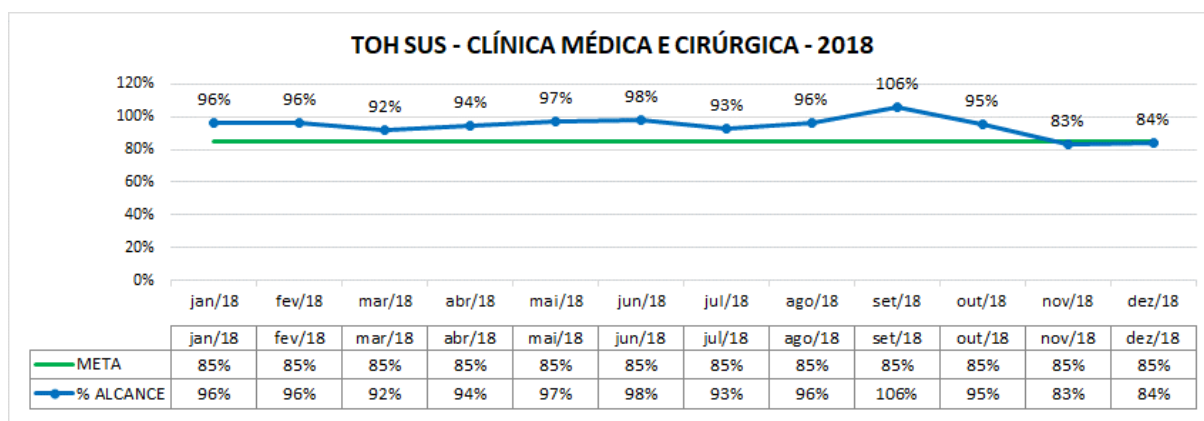


Fonte: tabwin/datasus

a.2) Manter a taxa de ocupação (leitos SUS cirúrgica e clínica) hospitalar em 85%:

A taxa de ocupação dos leitos SUS na clínica médica e cirúrgica neste período, foi em média de 94%, estando dentro dos padrões recomendados $\geq 94\%$.

Segue abaixo o gráfico indicador:



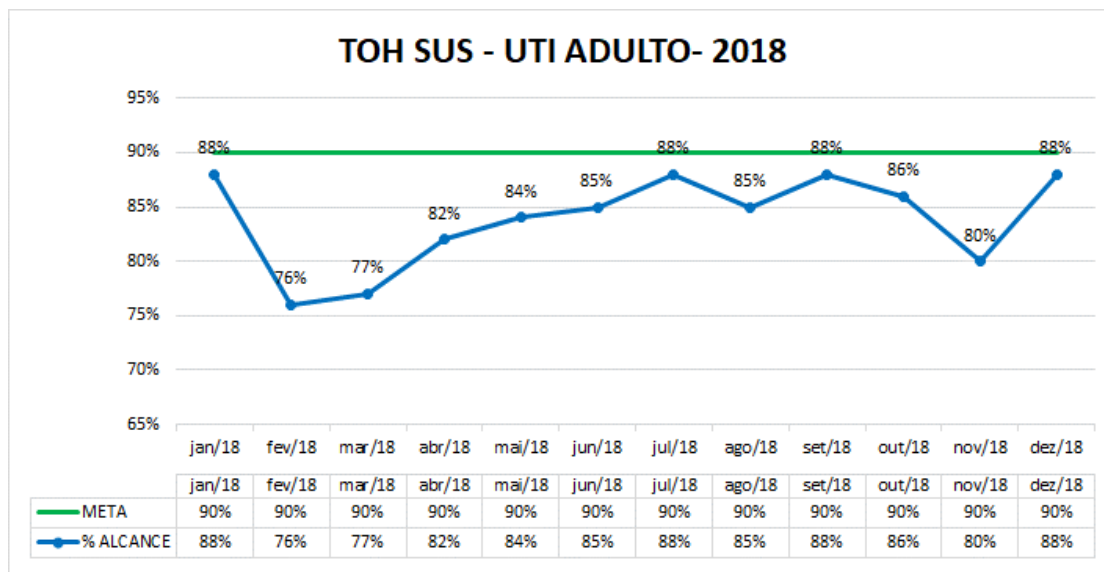
Fonte: tasy/philips

a.3) Aumentar a taxa de ocupação leitos terapia intensiva adulto para $\geq 90\%$:

A Santa Casa de Franca disponibiliza a equipe para monitoramento os leitos disponibilizados ao SUS, bem como o número de diárias produzidas.

Diariamente duas vezes ao dia, é encaminhado o mapa de leitos das UTI's à Central de Regulação do Estado e a Central de Regulação do Município via Censo Hospitalar.

Segue abaixo a ocupação das UTI's adulto neste período, ultrapassando a meta de e chegando a 84% de ocupação SUS.



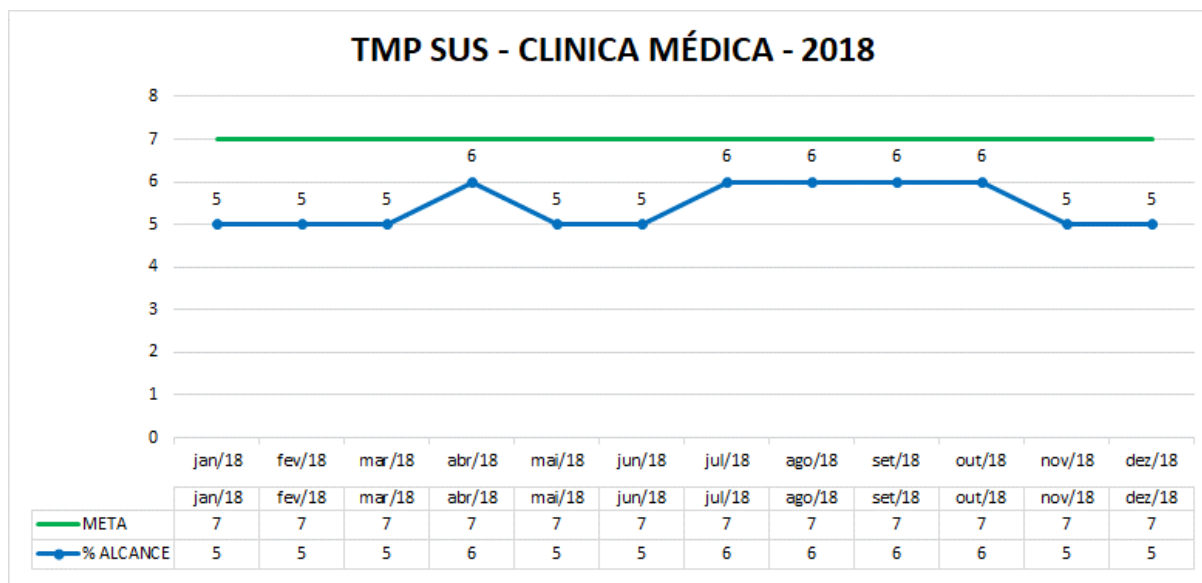
Fonte: tasy/Philips

a.4) Manter o tempo médio de permanência - na especialidade clínica em ≤ 7 dias.

A Santa Casa disponibiliza mensalmente para avaliação e monitoramento, o tempo médio de permanência em dias, com apresentação as equipes multidisciplinares e à diretoria para os planos de ação que couberem.

Neste período, tivemos um tempo médio de permanência de 5,42 dias na área de clínica médica, estando dentro dos padrões recomendados.

Segue abaixo o gráfico indicador:



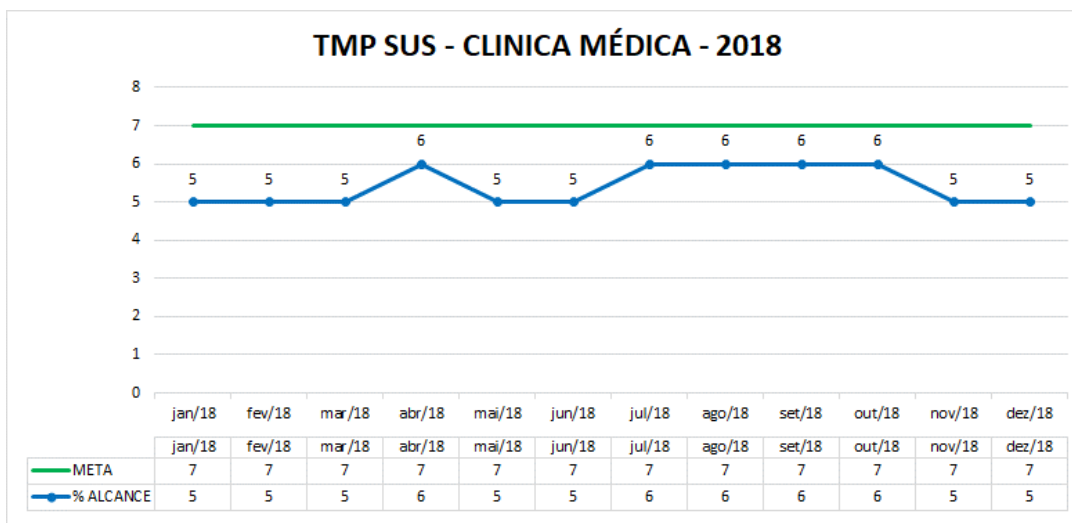
Fonte: tasy/Philips

a.5) Manter o tempo médio de permanência - na especialidade clínica cirúrgica em ≤ 7 dias.

A Santa Casa disponibiliza mensalmente para avaliação e monitoramento, o tempo médio de permanência em dias, com apresentação as equipes multidisciplinares e à diretoria para os planos de ação que couberem.

Neste período, tivemos um tempo médio de permanência de 3,0 dias na área de clínica cirúrgica, estando dentro dos padrões recomendados.

Segue abaixo o gráfico indicador:



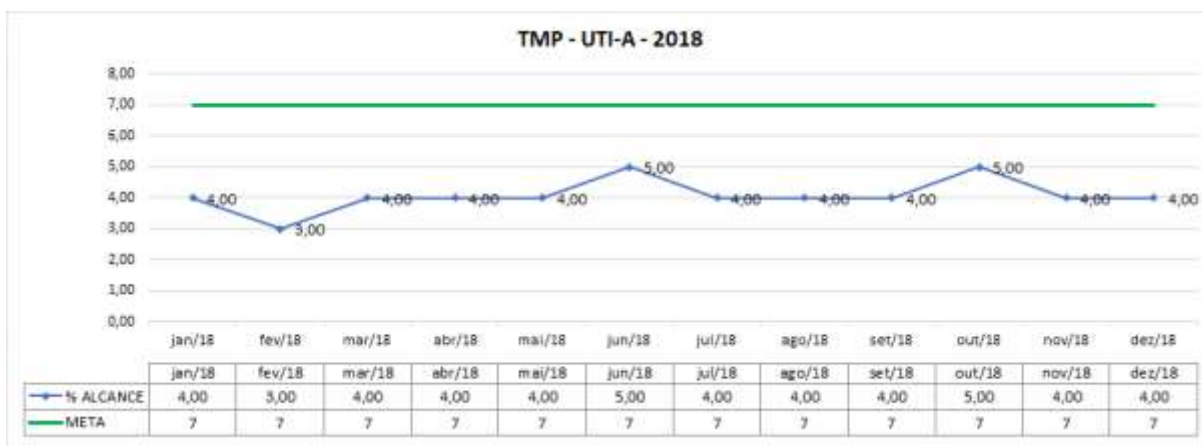
Fonte: tasy/Philips

a.6) Manter tempo médio de permanência – UTI Adulto <= 7 dias:

A Santa Casa disponibiliza mensalmente para avaliação e monitoramento, o tempo médio de permanência da UTI Adulto em dias, sendo que a quantidade máxima sugerida é de <= 07 dias, com apresentação às equipes multidisciplinares e à diretoria para os planos de ação que couberem.

O TMP – tempo média de permanência no ano de 2018 foi de 4,08 dias, estando dentro dos padrões recomendados.

Segue abaixo o gráfico indicador de o tempo médio de permanência da UTI Adulto:



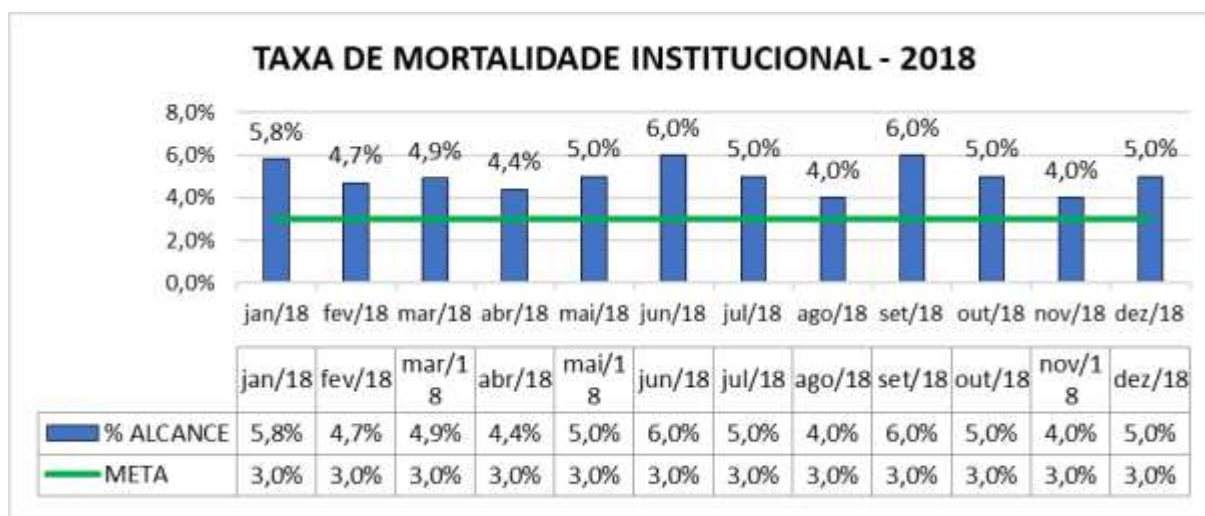
Fonte: tasy/Philips

a.7) Reduzir a taxa de mortalidade institucional para $\leq 3\%$, devido ao perfil demográfico da Região. (Idosos)

A Santa Casa disponibiliza mensalmente para avaliação e monitoramento, a taxa de mortalidade institucional, com apresentação a Comissão de Revisão de Óbitos e à diretoria para os planos de ação que couberem.

A taxa de mortalidade institucional no ano de 2018 foi de 5,0%, estando acima dos padrões recomendados.

Vale ressaltar que a Santa Casa de Franca é a única referência SUS em Alta Complexidade, aumentando as demandas por patologias mais graves que podem levar a óbito e, também, é o único hospital SUS na cidade de Franca. Segue abaixo o gráfico indicador:



Fonte: tasy/Philips

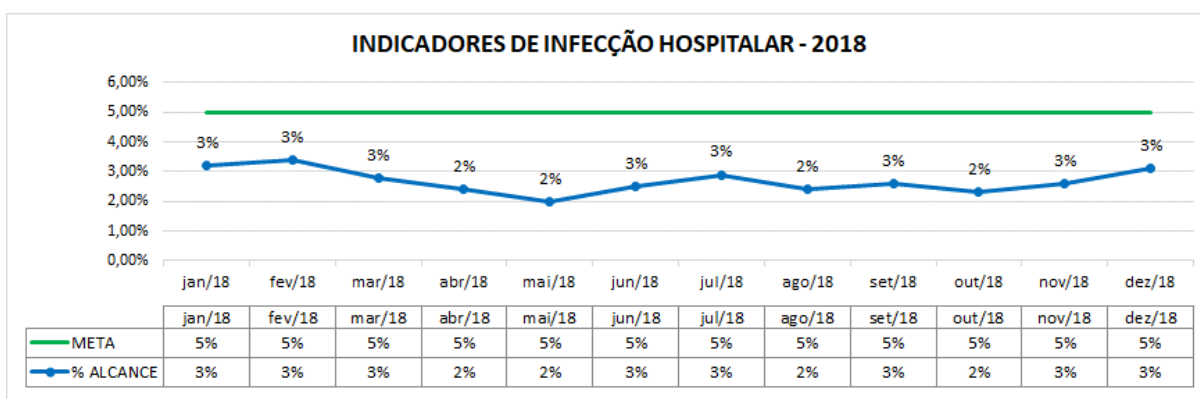
a.8) Reduzir o Indicador de infecção hospitalar para abaixo ou igual a 2,47%:

A Santa Casa disponibiliza mensalmente os indicadores de infecção hospitalar e encaminha a planilha ao CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica e Grupo de Vigilância Epidemiológica.

A planilha é elaborada por setor e monitorada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Instituição e os planos de ação são de responsabilidade nesta comissão.

Neste período a taxa de infecção foi mais alta, devido ao grande volume de pacientes, estando com taxa de ocupação nas UTI's e clínicas acima do preconizado.

A taxa média foi de 3% estando acima dos padrões recomendados. Segue abaixo, gráfico indicador de IH:

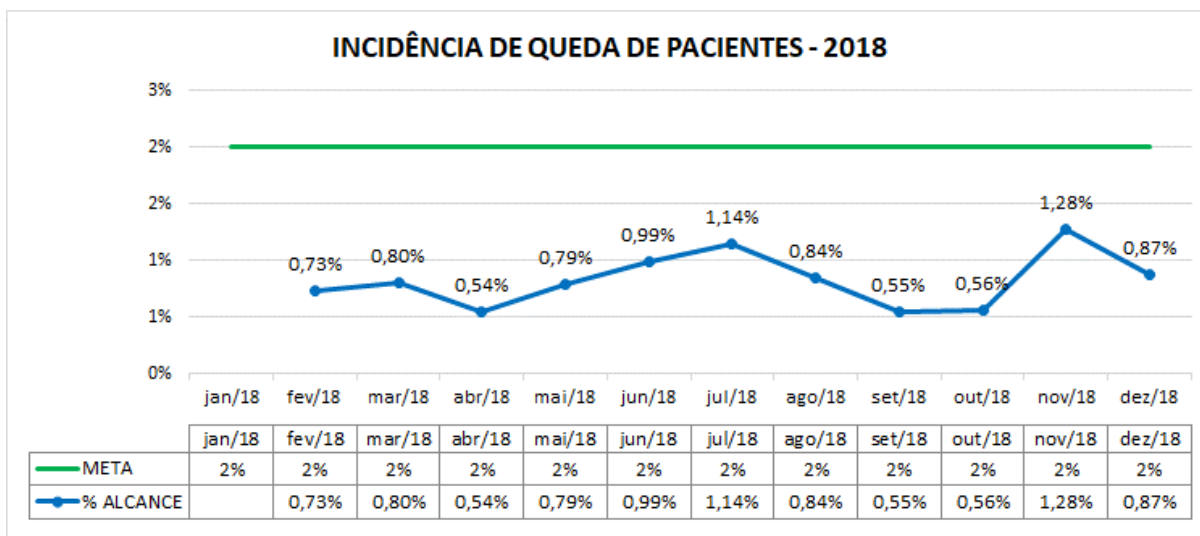


Fonte: CCIH/FSCMF

a.9) Reduzir a Incidência de queda de paciente para abaixo ou igual a 2%:

A Santa Casa de Franca mantém a Equipe de Enfermagem em acompanhamento diário do número de quedas em relação ao número de pacientes-dia, de acordo com protocolo de Núcleo de Segurança de Paciente implantado, e mantém o número que quedas abaixo do preconizado.

Abaixo o indicador referente a este ítem:

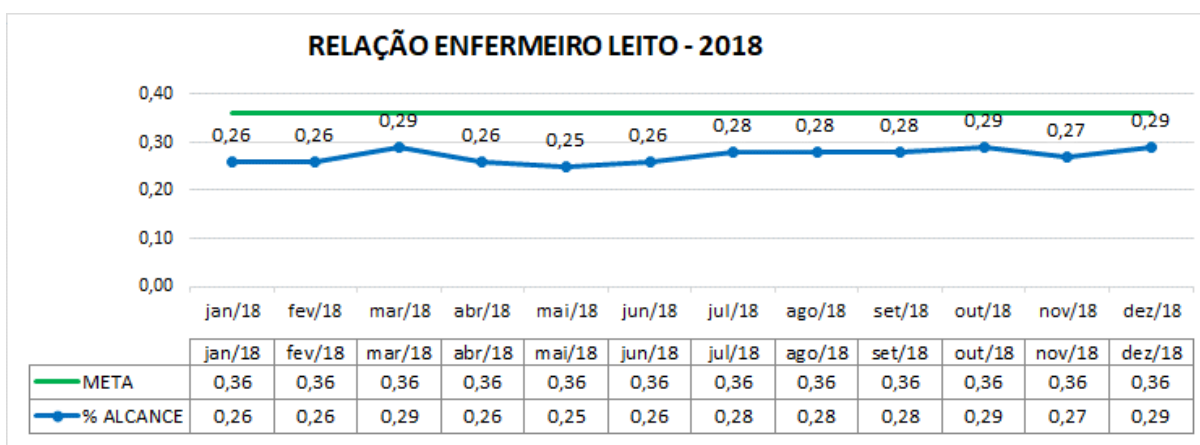


Fonte: NSP/FSCMF

a.10) Relação enfermeiro/leito:

A Santa Casa mantém o quadro de enfermeiro ligados a assistência de acordo com o preconizado pelo COREN – Conselho Regional de Enfermagem.

Abaixo o indicador referente a este ítem:

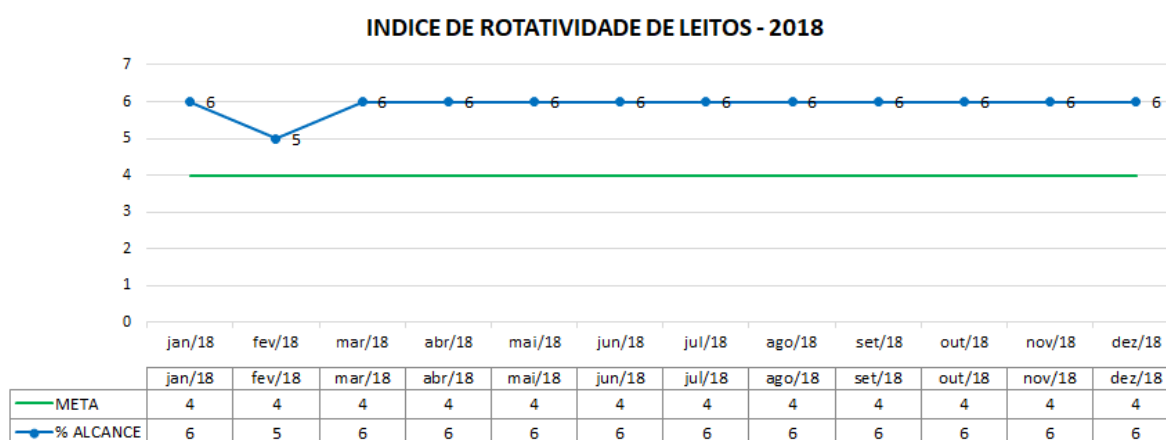


a.11) Manter Índice de Rotatividade de leitos:

A Santa Casa disponibiliza mensalmente para avaliação e monitoramento, o índice de rotatividade de leitos, com apresentação a equipe multidisciplinar, e à diretoria para os planos de ação que couberem.

O índice de rotatividade manteve-se de acordo com o preconizado, estando em 5,92 , para um mínimo exigido de 4.

Abaixo o indicador referente a este item:



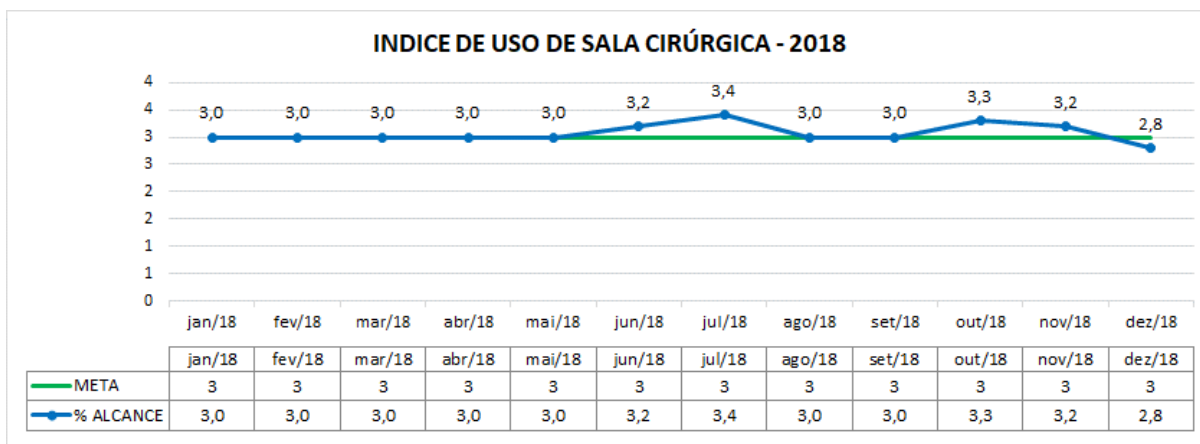
Fonte: tasy/Philips

a.12) Manter índice de uso de sala cirúrgica:

A Santa Casa de Franca, controla mensalmente índice de uso de sala cirúrgica, com apresentação e à diretoria administrativa e clínica para os planos de ação que couberem.

Embora não esteja atendendo o índice em todo o período, vem realizando todas as cirurgias de urgência que chegam na instituição, e também as contratadas pelo SUS.

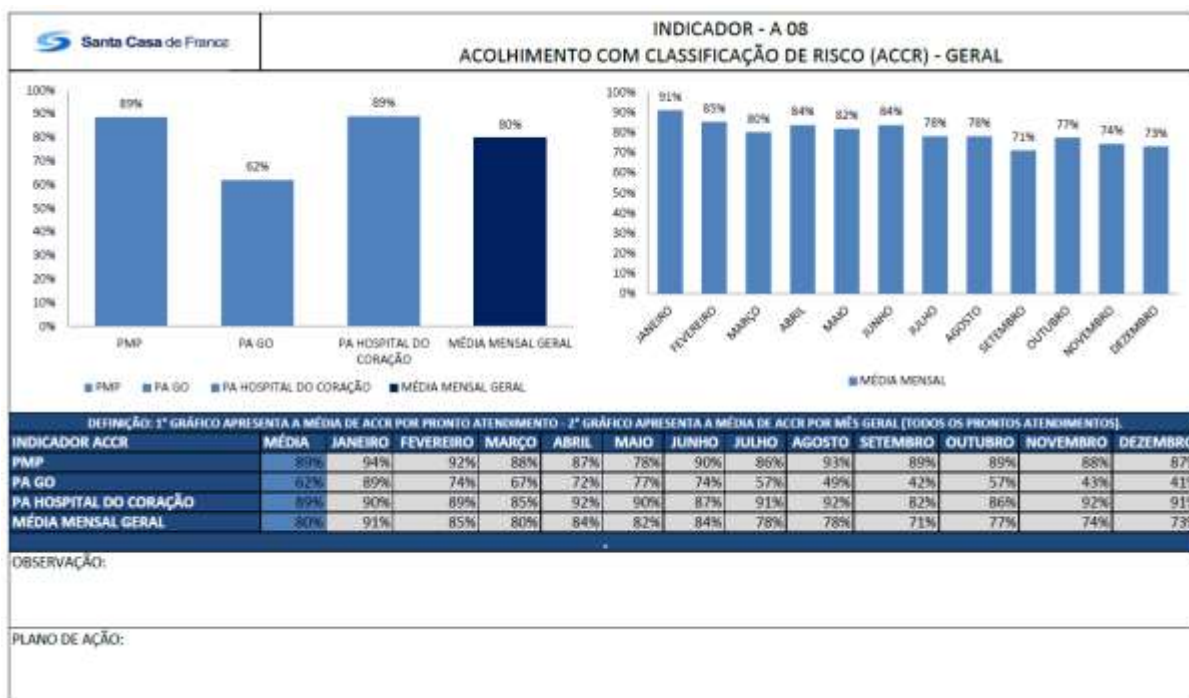
Segue abaixo, gráfico indicador:



Fonte: tasy/Philips

a.13) Manter implementação do ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco.

Seguem abaixo os indicadores de ACCR da instituição:



b) Metas qualitativas:

1. Manter CNES Atualizado;

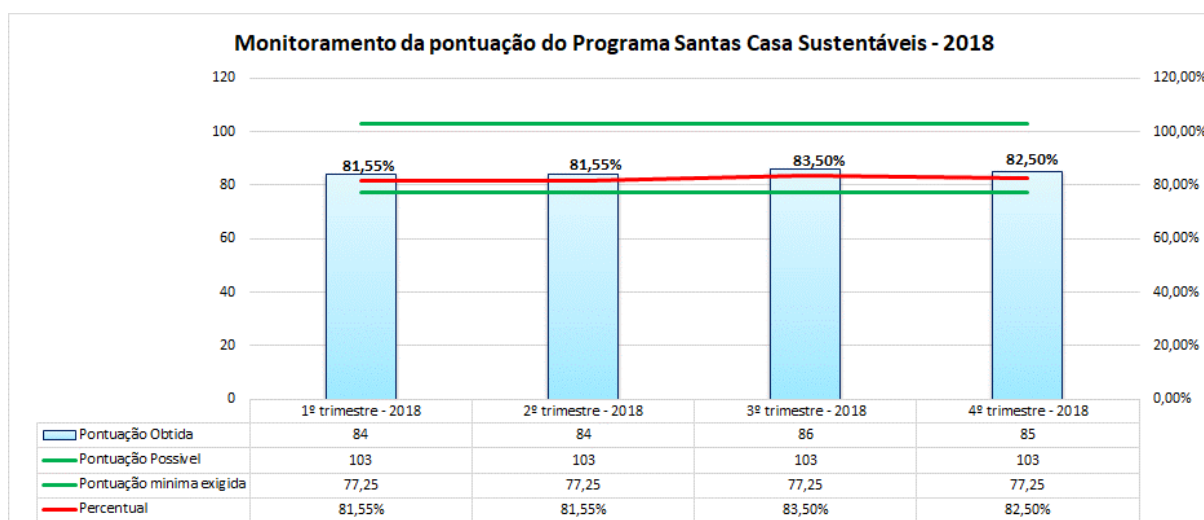
2. Aumentar em 25% os Diagnósticos secundários preenchidos nas AIH, discriminados por especialidades: pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica (excluir as AIH da especialidade 2 e 5, ou seja, ginecologia e psiquiatria);
3. Manter a atualização diária, no Portal CROSS, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências;
4. Garantir Atendimento de urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24 hs nos 07 dias da semana;
5. Manter Atualização diária, no Portal CROSS - no módulo ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados;
6. Implantar fluxo para disponibilização mensal da agenda ambulatorial no Portal CROSS - módulo ambulatorial;
7. Implementar Alta Hospitalar Qualificada;
8. Manter apuração dos Custos por Absorção;
9. Implementar a Política estadual de humanização;
10. Manter acima de 80% apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar);
11. Manter acima de 90% a apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato à realização do procedimento;
12. Manter a caracterização correta das internações;

13. Manter a Comissão Intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes;
14. Manter o plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas;
15. Atualizar os Alvarás de funcionamento e solicitar auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB);
16. Manter abaixo de 10% a taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais);
17. Manter em $> =20\%$ a taxa de recusa de solicitações da Central de Regulação de Urgência;
18. Manter o percentual de Vaga Zero em $< =$;
19. Manter Educação Permanente - capacitações e treinamentos no período;
20. Apresentar Balanço Patrimonial;

b.1) Os indicadores acima foram avaliados pela Comissão Regional de Monitoramento do Programa Santas Casas SUSTentáveis e também pelo Núcleo Executivo do Programa, tendo sido o resultado conforme segue abaixo:

Relatório de Revisão do Núcleo Executivo - Programa Santas Casas Sustentáveis - 2018										
Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Comissão Regional	Núcleo Executivo	Comissão Regional	Núcleo Executivo	Comissão Regional	Núcleo Executivo	Comissão Regional	Núcleo Executivo	
Seq	Indicadores - Res. 46	Pontuação Possível	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
			trimestre	trimestre	trimestre	trimestre	trimestre	trimestre	trimestre	trimestre
1	A01. CNES Atualizado	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	A02.1. CID Secundário informado - Podiatria	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	A02.2. CID Secundário informado - Obstetrícia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	A02.3. CID Secundário informado - Clínica Médica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	A02.4. CID Secundário informado - Clínica Cirúrgica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	A03. Atualização do Módulo Pré-Hospitalar, do Portal CROSS	5	3	5	3	5	3	5	3	5
7	A04. Atendimento de Urgência/Emergência Referenciado na Central de Regulação de Urgências	5	2	2	2	2	2	2	2	2
8	A05. Atualização Diária do Módulo de Regulação de Leitos, do Portal CROSS	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	A06. Atualização Diária de Recepção dos Pacientes Agendados, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	A07. Disponibilização Mensal da Agenda, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco	2	2	1	1	1	1	1	1	1
12	A09. Alta Hospitalar Qualificada	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	A10. Custos Por Admissão	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	A11. Política Estadual de Humanização	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	A12. Apresentação das Contas Hospitalares no Mês Imediato ao do Encerramento da AHH (alta hospitalar)	2	1	1	1	1	1	1	1	1
16	A13. Apresentação das Contas Ambulatoriais no Mês Imediato à Realização do Procedimento (APAC)	2	1	1	1	1	1	1	1	1
17	A14. Caracterização correta da Internação: Urgência (Caráter 2 à 6) / Eletiva (Caráter 1) por amostragem	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	A15.1. Comissões - Ética Médica	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
19	A15.2. Comissões - Controle de Infecção Hospitalar	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
20	A15.3. Comissões - Óbito	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
21	A15.4. Comissões - Próteses	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
22	A16. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	A17. Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com vítimas vitimas	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	A18.1. Licença de Abast. - VISA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	A18.2. Licença de Abast. de Vitimas do Corpo de Bombeiros - ANCB	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26	A19. Taxa de Suspensão de Cruzga por Motivos Administrativos	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	A20. Taxa de Recusa de Solicitações da Central de Regulação de Urgências	5	0	0	0	0	0	0	0	0
28	A21. Percentual de Vaga Zero Recebidas pela Central de Regulação de Urgências	5	5	5	5	5	5	5	5	5
29	A22. Educação Permanente - Capacitações e Treinamentos	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33	A24. Relação de Eficiência por Leitos	2	0	0	0	0	0	0	0	0
34	B01. Taxa de Alcance da Produção Convencional/Controlada	3	2	0	1	0	1	1	1	1
35	B02. Taxa de Ocupação (leitos SUS, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica)	3	3	3	3	3	3	3	3	3
36	B03. Taxa de Ocupação de Leito de Terapia Intensiva - Adulto	3	2	1	2	1	2	2	2	2
37	B04. Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	B05. Tempo Médio de Permanência - Especialidade Clínica Cirúrgica	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	B06. Tempo Médio de Permanência - UTI Adulto	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	B07. Taxa de Mortalidade Institucional	2	0	0	0	0	0	0	0	0
41	B08. Indicadores de Infecção Hospitalar	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42	B09. Incidência de Queda de Paciente	2	2	2	2	2	2	2	2	2
43	B10. Índice de Rotatividade	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44	B11. Índice de Uso de Sala Cirúrgica	2	5	2	1	2	2	2	2	2
TOTAL		103	86	84	85	84	86	8	85	8
	Porcentagem Sustentáveis	100,00%	81,50%	81,55%	82,52%	81,55%	83,50%	0,00%	82,52%	0,00%

b.2) Gráfico de monitoramento da pontuação do Programa Sustentáveis:



b.3) Parecer da Comissão Regional:

ANÁLISE DO 1º TRIMESTRE - Santas Casas SUSstáveis – Ano 2018 - Santa Casa de Franca: A Comissão Regional, após concluído o processo de avaliação/validação do 1º trimestre – Ano de 2018 observa que: em relação ao percentual de adequação, no que se refere à pontuação máxima permitida a todos os indicadores que é de 103,00 pontos, verificou-se que a Instituição atingiu 84,00 pontos, perfazendo o percentual de 81,55%. Analisando individualmente os indicadores, no que se refere aos scores de pontuação definidos na Matriz de Indicadores, constatou-se que 34 indicadores obtiveram a pontuação máxima (cor verde), 05 obtiveram a pontuação intermediária (cor amarela/laranja) e 05 não obtiveram pontuação (cor vermelha). Com base nesses dados, apurou-se no trimestre, que a quantidade de indicadores avaliados como insuficientes (cor vermelha), corresponderam ao percentual de 11,36%. Em relação aos indicadores com pontuação intermediária (cor amarela/laranja) atingiram o percentual de 11,36%. Isso demonstra que a Instituição vem mantendo bons resultados, pois o percentual de indicadores que obtiveram a pontuação máxima (cor verde) foi de 77,27%. No decorrer do processo de avaliação, considerando desde o seu início até o presente momento, observamos que a Instituição, tem empreendido esforços para manutenção dos resultados positivos (indicadores com resultados de cor verde) e também, para melhorar aqueles indicadores que obtiveram resultados parciais ou insuficientes (cor amarela e vermelha). Porém, aproveitando o ensejo, apesar da evolução positiva que foi conquistada aos poucos, desde o início do processo, ressalta-se a importância de investimentos e ações contínuas para manutenção dos resultados positivos e concretização dos indicadores ainda pendentes. Franca, 14 de maio de 2018. Comissão Regional de Avaliação – Santas Casas SUSstáveis – DRS VIII – Franca.

ANÁLISE DO 2º TRIMESTRE - Santas Casas SUSstáveis? Ano 2018 - Santa Casa de Franca: A Comissão Regional, depois de concluído o processo de avaliação/validação do 2º trimestre? Ano de 2018 observa que: em relação ao percentual de adequação, no que se refere à pontuação máxima permitida a todos os indicadores que é de 103,00 pontos, verificou-se que a Instituição atingiu 85,00 pontos, perfazendo o percentual de 82,52%. Analisando

individualmente os indicadores, no que se refere aos scores de pontuação definidos na Matriz de Indicadores, constatou-se que 35 indicadores obtiveram a pontuação máxima (cor verde), 05 obtiveram a pontuação intermediária (cor amarela/laranja) e 04 não obtiveram pontuação (cor vermelha). Com base nesses dados, apurou-se no trimestre, que a quantidade de indicadores avaliados como insuficientes (cor vermelha), corresponderam ao percentual de 9,09%. Em relação aos indicadores com pontuação intermediária (cor amarela/laranja) atingiram o percentual de 11,36%. Isso demonstra que a Instituição vem mantendo bons resultados, pois o percentual de indicadores que obtiveram a pontuação máxima (cor verde) foi de 79,54%. No decorrer do processo de avaliação, considerando desde o seu início até o presente momento, observamos que a Instituição, tem empreendido esforços para manutenção dos resultados positivos (indicadores com resultados de cor verde) e também, para melhorar aqueles indicadores que obtiveram resultados parciais ou insuficientes (cor amarela e vermelha). Porém, aproveitando o ensejo, apesar da evolução positiva que foi conquistada aos poucos, desde o início do processo, ressalta-se a importância de investimentos e ações contínuas para manutenção dos resultados positivos e concretização dos indicadores ainda pendentes. Franca, 13 de agosto de 2018. Comissão Regional de Avaliação Santas Casas SUSstáveis - DRS VIII Franca.

ANÁLISE DO 3º TRIMESTRE - Santas Casas SUSstáveis do Ano 2018 da Santa Casa de Franca: A Comissão Regional, depois de concluído o processo de avaliação/validação do 3º trimestre do Ano de 2018 observa que: em relação ao percentual de adequação, no que se refere à pontuação máxima permitida a todos os indicadores que é de 103,00 pontos, verificou-se que a Instituição atingiu 84,00 pontos, perfazendo o percentual de 83,49%. Analisando individualmente os indicadores, no que se refere aos scores de pontuação definidos na Matriz de Indicadores, constatou-se que 36 indicadores obtiveram a pontuação máxima (cor verde), 04 obtiveram a pontuação intermediária (cor amarela/laranja) e 04 não obtiveram pontuação (cor vermelha). Com base nesses dados, apurou-se no trimestre, que a quantidade de indicadores avaliados como insuficientes (cor vermelha), corresponderam ao percentual de 9,09%. Em relação aos indicadores com pontuação intermediária (cor amarela/laranja) atingiram o percentual de 9,09%. Isso demonstra que a Instituição vem

mantendo bons resultados, pois o percentual de indicadores que obtiveram a pontuação máxima (cor verde) foi de 81,81%. No decorrer do processo de avaliação, considerando desde o seu início até o presente momento, observamos que a Instituição, tem empreendido esforços para manutenção dos resultados positivos (indicadores com resultados de cor verde) e também, para melhorar aqueles indicadores que obtiveram resultados parciais ou insuficientes (cor amarela e vermelha). Porém, aproveitando o ensejo, apesar da evolução positiva que foi conquistada aos poucos, desde o início do processo, ressalta-se a importância de investimentos e ações contínuas para manutenção dos resultados positivos e concretização dos indicadores ainda pendentes. Franca, 22 de novembro de 2018. Comissão Regional de Avaliação Santas Casas SUSstáveis - DRS VIII Franca.

ANÁLISE DO 4º TRIMESTRE - Santas Casas SUSstáveis Ano 2018 - Santa Casa de Franca: A Comissão Regional, depois de concluído o processo de avaliação/validação do 4º trimestre Ano de 2018 observa que: em relação ao percentual de adequação, no que se refere à pontuação máxima permitida a todos os indicadores que é de 103,00 pontos, verificou-se que a Instituição atingiu 87,00 pontos, perfazendo o percentual de 84,47%. Analisando individualmente os indicadores, no que se refere aos scores de pontuação definidos na Matriz de Indicadores, constatou-se que 36 indicadores obtiveram a pontuação máxima (cor verde), 05 obtiveram a pontuação intermediária (cor amarela/laranja) e 03 não obtiveram pontuação (cor vermelha). Com base nesses dados, apurou-se no trimestre, que a quantidade de indicadores avaliados como insuficientes (cor vermelha), corresponderam ao percentual de 6,81%. Em relação aos indicadores com pontuação intermediária (cor amarela/laranja) atingiram o percentual de 11,36%. Isso demonstra que a Instituição vem mantendo bons resultados, pois o percentual de indicadores que obtiveram a pontuação máxima (cor verde) foi de 81,81%. No decorrer do processo de avaliação, considerando desde o seu início até o presente momento, observamos que a Instituição tem empreendido esforços para manutenção dos resultados positivos (indicadores com resultados de cor verde) e também, para melhorar aqueles indicadores que obtiveram resultados parciais ou insuficientes, respectivamente, cor amarela e vermelha. Porém, aproveitando o ensejo, apesar da evolução positiva que foi conquistada aos poucos, desde o início do processo, ressalta-se a importância de

investimentos e ações contínuas para manutenção dos resultados positivos e concretização dos indicadores ainda pendentes. Franca, 14 de fevereiro de 2019. Comissão Regional de Avaliação Santas Casas SUSstáveis - DRS VIII Franca.

Franca, 26 de junho de 2019.

Tony Graciano
Presidente Voluntário