

---

PLANO DE TRABALHO/TERMO DE FOMENTO PARA A EXECUÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA SANTA CASA - COMPLEXO HOSPITALAR  
GARÇA/SP

---

**AHBB** | REDE  
SANTA CASA

LINS - SP  
MAIO - 2021



Sumário

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                       | 5  |
| 1. AHBB  REDE SANTA CASA                                                                | 6  |
| 1.1 Informações Cadastrais                                                              | 7  |
| 1.1 Organograma Estatutário                                                             | 7  |
| 1.2 Organograma Gerencial                                                               | 8  |
| 1.3 Histórico Institucional da AHBB  Rede Santa Casa                                    | 8  |
| 1.4 Missão, Visão e Valores                                                             | 8  |
| 1.5 Compliance e Integridade                                                            | 8  |
| 1.6 Expertise em Gestão                                                                 | 9  |
| 2. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO                                                    | 11 |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                     | 11 |
| 4. ATENÇÃO À SAÚDE                                                                      | 12 |
| 5. ATENÇÃO HOSPITALAR                                                                   | 12 |
| 5.1 Tabela 1 - Produção                                                                 | 13 |
| 5.2 Tabela 2 – Plantões médicos                                                         | 13 |
| 6. ATENDIMENTO AMBULATORIAL                                                             | 14 |
| 7. OBJETIVO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL                                    | 14 |
| 8. JUSTIFICATIVA                                                                        | 14 |
| 9. METAS A SEREM ATINGIDAS – ATENÇÃO HOSPITALAR                                         | 15 |
| 10. ATENÇÃO AMBULATORIAL E SADT                                                         | 16 |
| 10.1 Procedimentos realizados da Parte Fixa contratualizada                             | 16 |
| 10.2 Procedimentos realizados da Parte Variável, que dependem de produção apresentada   | 16 |
| 11. AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE                                                | 17 |
| 11.1 Tabela de indicadores fomentados pela gestão AHBB                                  | 17 |
| 12. OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES                                                    | 23 |
| 12.1 Ciclo de implantação                                                               | 23 |
| 12.2 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar                                         | 24 |
| 12.3 Tecnologia da Informação                                                           | 24 |
| 12.4 Núcleo de Segurança do Paciente                                                    | 24 |
| 12.5 Educação Permanente e Supervisão de Enfermagem                                     | 26 |
| 12.6 Internação – Ginecologia/Obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria | 26 |

|       |                                                                            |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 12.7  | Centro Cirúrgico .....                                                     | 26 |
| 12.8  | Central de Material .....                                                  | 26 |
| 12.9  | SADT – radiologia, mamografia .....                                        | 26 |
| 12.10 | Ortopedia ambulatorial .....                                               | 26 |
| 12.11 | Fluxo de coleta de exames laboratoriais – serviço terceiro .....           | 26 |
| 12.12 | Psicologia .....                                                           | 27 |
| 12.13 | Serviço Social .....                                                       | 27 |
| 12.14 | Recepção .....                                                             | 27 |
| 12.15 | Administração – faturamento, financeiro, contabilidade .....               | 27 |
| 12.16 | Agência transfusional .....                                                | 27 |
| 12.17 | Manutenção .....                                                           | 27 |
| 12.18 | Lavanderia .....                                                           | 27 |
| 12.19 | Higienização .....                                                         | 28 |
| 12.20 | SESMT – Serviço em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ..... | 28 |
| 12.21 | Serviço de Nutrição e Dietética .....                                      | 28 |
| 12.22 | Farmácia .....                                                             | 28 |
| 12.23 | Almoxarifado .....                                                         | 28 |
| 12.24 | Morgue .....                                                               | 28 |
| 12.25 | Linha de cuidado à gestante .....                                          | 29 |
| 12.26 | Comissões Internas Ativas .....                                            | 29 |
| 13.   | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....                                         | 29 |
| 13.1  | Identificação do Objeto .....                                              | 29 |
| 13.2  | Objetivos geral e específico da UTI .....                                  | 29 |
| 13.3  | Justificativa .....                                                        | 30 |
| 13.4  | Metodologia de trabalho .....                                              | 30 |
| 13.5  | Fluxo de atendimento na admissão da paciente .....                         | 31 |
| 13.6  | Hemodiálise Intensiva .....                                                | 31 |
| 13.7  | METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS - UTI .....                             | 31 |
| 14.   | TRATAMENTO DE PACIENTES – COVID 19 .....                                   | 37 |
| 14.1. | Identificação do Objeto .....                                              | 37 |
| 14.2. | Objetivo Geral .....                                                       | 37 |
| 14.3. | Objetivos Específicos .....                                                | 37 |
| 14.4. | Justificativa .....                                                        | 37 |



|       |                                                                                      |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 14.5. | Fluxo de atendimento na admissão da paciente nas unidades de terapia intensiva ..... | 38 |
| 14.6. | Diretriz de Atendimento .....                                                        | 38 |
| 14.7. | Indicador Qualitativo e Quantitativo - UTI COVID-19.....                             | 39 |
| 15.   | PLANO DE TRABALHO PARA OS EQUIPAMENTOS DA UTI .....                                  | 42 |
| 15.1  | Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos permanentes da UTI.....           | 42 |
| 16.   | Organização das Diferentes Atividades Assistenciais e Administrativas .....          | 42 |
| 17.   | Obrigações e responsabilidades da conveniada .....                                   | 43 |
| 17.1  | PESQUISA DE SATISFAÇÃO - ATENÇÃO AO CLIENTE/USUÁRIO - SAC.....                       | 44 |
| 18.   | PLANO DE AÇÃO - AHBB.....                                                            | 45 |
| 19.   | MONITORAMENTO DO PLANO DE TRABALHO .....                                             | 46 |
| 19.1  | Reunião de acompanhamento da estratégia .....                                        | 46 |
| 19.2  | Reunião de acompanhamento de operação .....                                          | 46 |
| 19.3  | Revisão do Plano de Trabalho .....                                                   | 46 |
| 19.4  | Avanços .....                                                                        | 46 |
| 20.1  | Plano de Aplicação de Recursos Financeiros (Federal e Municipal) mensais .....       | 47 |
| 21.   | PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO .....                                                 | 47 |
| 22.   | DECLARAÇÃO .....                                                                     | 48 |
| 23.   | ANALISADO E APROVADO TECNICAMENTE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA .....             | 48 |
| 24.   | APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA.....                                                | 49 |
| 25.   | APROVAÇÃO .....                                                                      | 49 |



### INTRODUÇÃO

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB), a qual possui a finalidade de ofertar serviços hospitalares e ambulatoriais de média complexidade.

Este Plano de Trabalho objetiva apresentar os recursos pactuados a serem repassados para a Organização operacionalizar o serviço hospitalar e ambulatorial, sendo responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde identificar as necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, por estar o Município em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.



[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

1. **AHBB/REDE SANTA CASA**

**QUEM SOMOS**

Acolhemos a população em uma parceria ética e transparente, por meio de uma gestão hospitalar séria e profissional.



A AHBB | Rede Santa Casa carrega consigo uma história de importantes avanços na gestão de saúde, preparada para um presente e um futuro em que os desafios são muitos, mas a vontade e a capacidade de vencê-los é ainda mais vasta.

**ONDE ESTAMOS**

A AHBB | Rede Santa Casa acredita acolhimento aliado a profissionalismo e transparência constroem uma gestão eficaz. Conheça abaixo nossos projetos:

|                                                                        |                                                            |                                                                      |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Cidade: Garça - SP<br>Hospital São Lucas                               | Cidade: Penápolis - SP<br>Santa Casa de Penápolis          | Cidade: Bauri - SP<br>Hospital Padre Bernardo                        | Cidade: São Paulo - SP<br>Hospital Geral da Vila Penteadó         |
| Cidade: Mirandópolis - SP<br>Hospital Estadual de Mirandópolis         | Cidade: Penápolis - SP<br>Centro de Referência de COVID-19 | Cidade: Promissão - SP<br>Hospital Geral de Promissão                | Cidade: São Paulo - SP<br>Hospital Geral de Taipas                |
| Cidade: São Paulo - SP<br>Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros | Cidade: Caiçara - SP<br>Hospital Maternidade de Caiçara    | Cidade: Bauri - SP<br>Hospital de Campanha do Estádio Mane Garrincha | Cidade: Paranaíba - MS<br>Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

*Handwritten signature or mark.*

1.1 Informações Cadastrais

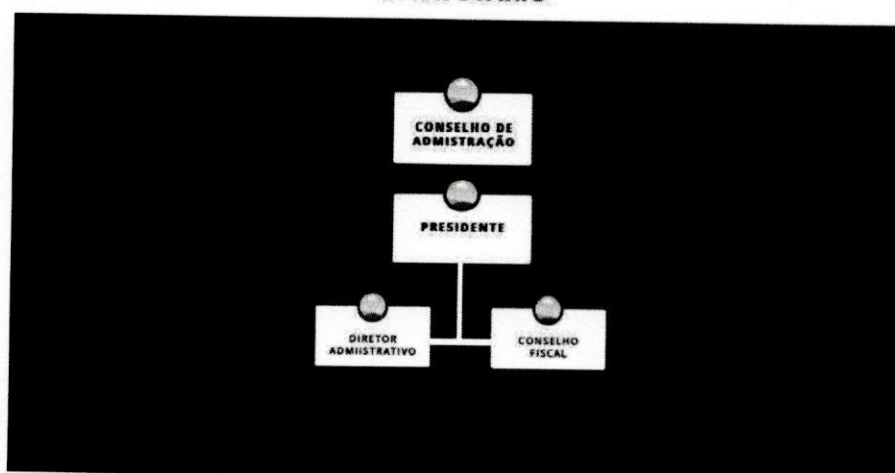
|                                                                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Razão Social:</b> ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                    |                                    |
| <b>CNPJ:</b> 45.349.461/0001-02                                                                                                                     |                                    |
| <b>Atividade Econômica Principal:</b> Atividades de atendimento em pronto-socorro hospitalar, e unidades hospitalares para atendimento a urgências. |                                    |
| <b>Endereço:</b> AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 - JARDIM ARIANO                                                                            |                                    |
| <b>Cidade:</b> LINS                                                                                                                                 | <b>UF:</b> SP                      |
| <b>CEP:</b> 16.400-400                                                                                                                              | <b>DDD/Telefone</b> (14) 3532-5198 |
| <b>E-mail</b> contato@ahbb.org.br                                                                                                                   |                                    |

Responsáveis

|                                                                    |                                              |                                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Responsável pela Instituição:</b> ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO |                                              |                                |
| <b>CPF:</b> 018.587.358-82                                         | <b>RG:</b> 40617805                          | <b>Órgão Expedidor:</b> SSP/RJ |
| <b>Cargo:</b> Presidente                                           | <b>Função:</b> Presidente                    |                                |
| <b>Endereço:</b> Avenida da Saudade, 1550 - Jd. Santa Paula        |                                              |                                |
| <b>Cidade:</b> Promissão                                           | <b>UF:</b> SP                                |                                |
| <b>CEP:</b> 16.370-000                                             | <b>Telefone:</b> (14) 3541-6617 / 99716-4928 |                                |

1.1 Organograma Estatutário

**ORGANOGRAMA  
ESTATUTÁRIO**



[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

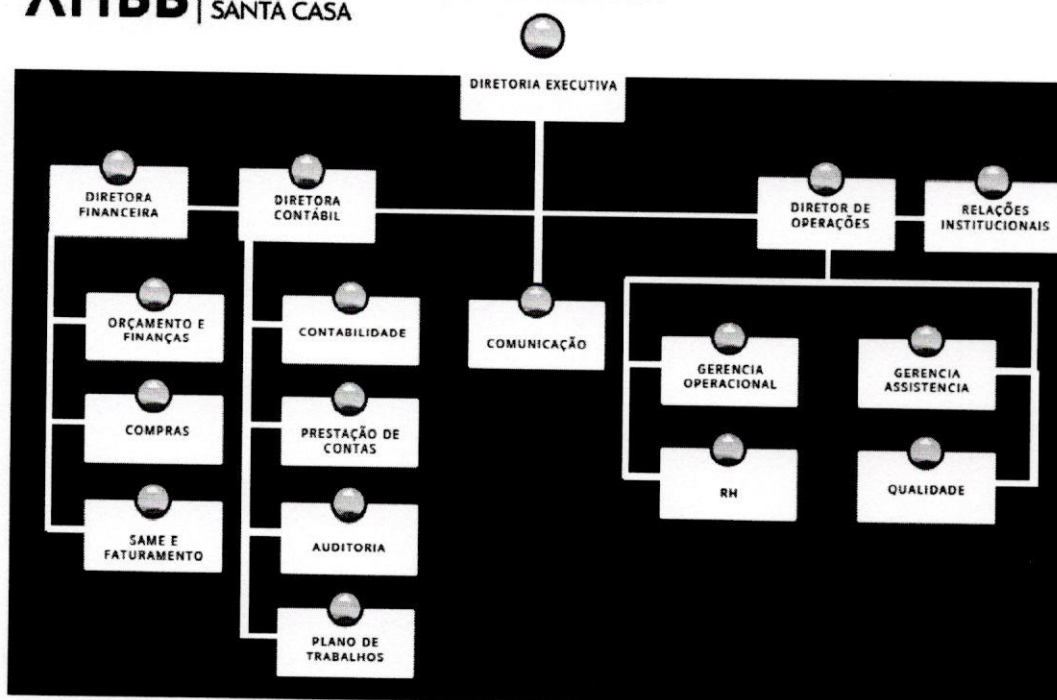
Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



## 1.2 Organograma Gerencial

**AHBB** | REDE  
SANTA CASA

### ORGANOGRAMA



## 1.3 Histórico Institucional da AHBB/ Rede Santa Casa

A AHBB | Rede Santa Casa é uma Organização Social de Saúde que tem como estímulo buscar instrumentos e modelos de administração que possam levar racionalidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de conduzir o desempenho da gestão privada para à administração pública, aprimorando os recursos e garantindo à eficiência dos serviços prestados à população.

A associação é declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos federal e estadual na cidade de Bilac/SP. Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS, concedido pelo Ministério da Saúde.

## 1.4 Missão, Visão e Valores

**AHBB/Rede Santa Casa**, tem como **missão** cuidar de quem cuida, sabemos que o nosso bem maior é zelar pela vida de cada brasileiro.

Temos como **Visão**, ser referência no atendimento à saúde em todos os locais e serviços onde atuamos.

Nossos **Valores** estão alicerçados aos princípios da Ética e Moralidade, sendo: Capacidade, Comprometimento Social, Confiabilidade, Empreendedorismo, Equidade, Ética, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade Ecológica, Econômica e Social, Tradição e Transparência.

## 1.5 Compliance e Integridade

Atuando em consonância às aspirações da sociedade e com base em seus valores organizacionais de transparência e ética, a AHBB|Rede Santa Casa encontra-se em fase final de implementação do sistema de Boa-Governança Corporativa, Compliance e Ética Organizacional.

O objetivo principal desta adequação diz respeito às diretrizes essenciais ao desenvolvimento empresarial e econômico da sociedade brasileira, buscando trazer lisura e

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

firmando o compromisso ético perante todos os membros, diretores, conselheiros, voluntários e colaboradores da AHBB, com a sociedade e com o Poder Público.

A AHBB|Rede Santa Casa aplicará o código de conduta ética a ser seguido por todos os seus componentes, primando pelo ambiente corporativo de desenvolvimento racional e sustentável em todos os campos de atuação da organização, sendo instituído como alicerce da sua existência e constituição os seguintes pontos:

- I. Código de Conduta Ética a ser respeitado por todos os membros da Associação
- II. Treinamento sistêmico de gestores, administradores, parceiros e colaboradores para que atuem sempre de acordo com os padrões estabelecidos no Código de Conduta Ética e aos regulamentos e normatizações que incidem sobre a área de atuação da Associação.
- III. Sistema interno de denúncia autônomo, através do e-mail denuncia@ahbb.org.br, onde todos os funcionários, parceiros e usuários poderão informar e relatar condutas contrárias ao Código de Conduta Ética, ilegais ou moralmente questionáveis.
- IV. Conferir a todo o sistema organizacional da associação a qualificação das práticas de boa-governança e gestão consciente, conferindo a integralização de idoneidade empresarial.
- V. Realização periódica de auditorias internas (Setor de Compliance) e auditoria externa para validação e verificação de todos os setores da Associação.
- VI. Atuar de acordo com as bases constitucionais e princípios da administração pública, agindo com base na Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

Visamos combater todos os atos e todas as formas de corrupção e de condutas antiéticas, gerando a garantia de um serviço de mais alta qualidade e de excelência para todos os colaboradores e usuários. Fomentando a prática empresarial ética e proporcionando resultados positivos para toda a sociedade brasileira.

#### **1.6 Expertise em Gestão**

Iniciou suas atividades através da administração dos setores de urgência e emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico e enfermarias. Em 2015 expandiu sua área de atuação ao assumir a administração da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Estadual de Promissão (SP). Essa UTI geral nível 2 foi construída há 8 anos e dispunha de 8 leitos para acolher pacientes clínicos e cirúrgicos da própria instituição e da região, regulados pela CROSS. Através de protocolos constantemente atualizados com as normas e condutas da AMIB, controle de gastos com exames, materiais e medicamentos e processos regulamentadores das principais rotinas, os resultados apareceram rapidamente. Esse modelo de gestão inteligente é aplicável em qualquer unidade de terapia intensiva e isso está despertando interesses de outros hospitais que já estão em negociação avançada com a AHBB para administrar suas UTI's.

É a UTI do interior de São Paulo que mais recebe pacientes para fazer hemodiálise e seus resultados dispostos abaixo demonstram a qualidade do seu serviço:

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

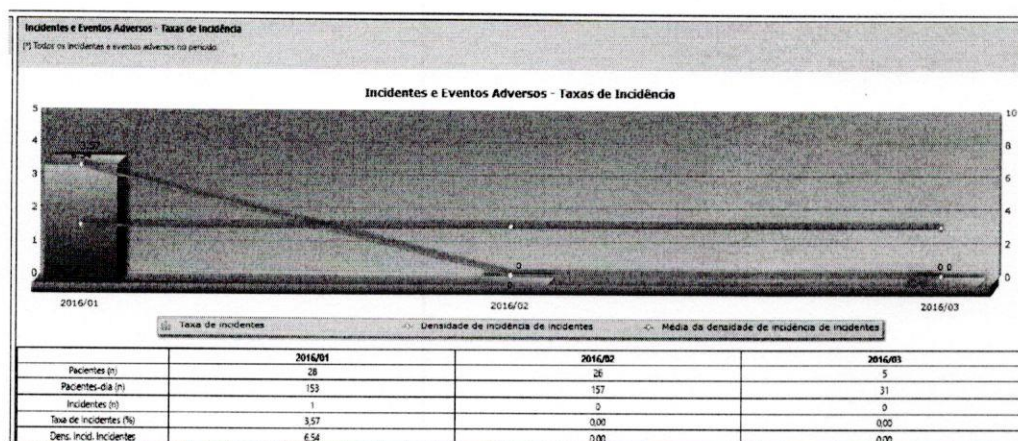


| Escore SAPS 3                                                                     |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| * Pacientes com desfechos no hospital (vivo + óbitos) anotados durante o período. |       |       |
| Descrição                                                                         |       |       |
| Pontuação (média ± DP)                                                            |       |       |
| SAPS 3 (Eq. Geral)                                                                | 41,59 | 16,80 |
| Probabilidade de óbito hospitalar (%; média ± DP)                                 |       |       |
| Escore SAPS 3 (equação geral)                                                     | 14,64 | 20,18 |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)                                  | 19,12 | 23,96 |
| Taxa de Mortalidade padronizada da unidade (Observado / Esperado)                 |       |       |
| Escore SAPS 3 (equação geral)                                                     | 1,30  |       |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)                                  | 1,00  |       |

Através de comparações realizadas pela plataforma EPIMED podemos comparar nossa unidade com 8468 leitos de UTIs pelo Brasil, dispostos em 639 unidades de 322 hospitais. Observamos que a mortalidade esperada para esse total de leitos é 23,9% (SAPS 3) e a relação entre mortalidade obtida e mortalidade esperada é igual a 1.

| Escore SAPS 3                                                                     |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| * Pacientes com desfechos no hospital (vivo + óbitos) anotados durante o período. |       |       |
| Descrição                                                                         |       |       |
| Pontuação (média ± DP)                                                            |       |       |
| SAPS 3 (Eq. Geral)                                                                | 55,27 | 17,22 |
| Probabilidade de óbito hospitalar (%; média ± DP)                                 |       |       |
| Escore SAPS 3 (equação geral)                                                     | 31,54 | 25,93 |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)                                  | 39,06 | 29,96 |
| Taxa de Mortalidade padronizada da unidade (Observado / Esperado)                 |       |       |
| Escore SAPS 3 (equação geral)                                                     | 0,58  |       |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)                                  | 0,46  |       |

Os dados da nossa unidade demonstram um perfil de paciente mais crítico que o perfil nacional, com mortalidade esperada de 29,6%. No entanto, a relação entre mortalidade obtida e mortalidade esperada é de 0,46, indicando um valor 54% menor que o esperado. Esses resultados foram obtidos com baixos índices de incidentes, como pode ser visto abaixo:



Em 2016, foi expandida com gerenciamento assistencial de 08 (oito) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Especializada - Materna, da UGA IV - Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

Em 2017 a AHBB | Rede Santa Casa assumiu o gerenciamento Técnico e Administrativo de 4 (quatro) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, 4 (quatro) leitos de Unidade de

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



Cuidados Intermediários Neonatal - UCIN, 2 (dois) leitos de Mãe-Canguru e 3 (três) salas de parto humanizado do Hospital Geral Dr. Jose Pangella de Vila Penteado/SP e Gerenciamento de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II, do Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis/SP. É a UTI do interior de São Paulo que mais recebe pacientes para fazer hemodiálise e seus resultados dispostos abaixo demonstram a qualidade do seu serviço.

Através de protocolos constantemente atualizados com as normas e condutas da AMIB, controle de gastos e processos regulamentadores das principais rotinas, os resultados apareceram rapidamente.

Sendo assim, novamente em 2018 a AHBB | Rede Santa Casa, expandiu com o gerenciamento de Prestação de serviços assistenciais nas áreas de ginecologia, obstetrícia e de neonatologia, no Hospital Estadual de Caieiras/SP; gerenciamento de 30 (trinta) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Especializada do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, localizado em Sorocaba/SP e prestação de serviços médicos socorristas e coordenação médica, na área de clínica médica, para atendimento no pronto socorro do hospital geral Dr. José Pangella, de Vila Penteado/SP.

Atua como gestora do Centro de Especialidades Médicas do município de Garça/SP, através do termo de fomento assinado com a Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Especialidades

As atividades do Centro de Especialidades de Garça são desenvolvidas nas especialidades de anestesia, ortopedia, cirurgia geral, gastroenterologia, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, dermatologia, vascular, urologia e radiologia, além de atendimentos não médicos como fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia.

A AHBB | Rede Santa Casa acredita no acolhimento aliado a profissionalismo e transparência que constroem uma gestão eficaz, que se estabelece com a Gestão Hospitalar completa onde atua hoje em 3 hospitais no interior de São Paulo atendendo uma população de 205 mil habitantes.

## **2. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

| <b>Objeto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Descrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Prestação de serviços de saúde na área hospitalar</i></b> , sendo gerido clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica, além de serviços de radiologia e fisioterapia, na Santa Casa de Garça.<br><br><b><i>Ambulatorial</i></b> : Patologia clínica, ambulatório. | A AHBB requer a visualização clara e imediata do funcionamento do Atendimento da demanda hospitalar, no que diz respeito às execuções das atividades, deveres e atribuições da organização em si para gerir e administrar os serviços assistenciais, nas áreas afins citadas: Consultas, interconsultas, internação, observação e medicação. |

## **3. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

A Santa Casa de Garça é uma Instituição que oferta serviços da média complexidade, com 81 leitos dos quais 56 são leitos exclusivos do SUS. Atua prioritariamente nas áreas de clínica médica, clínica geral, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica, clínica pediátrica, além de serviço de radiologia e fisioterapia. As internações de outras clínicas como, por exemplo, a Ortopedia e Traumatologia estão inclusas nas Clínicas Básicas citadas acima.

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



#### **4. ATENÇÃO À SAÚDE**

É da responsabilidade da Prefeitura Municipal de Garça através da Secretaria Municipal de Saúde a gestão do convênio SUS, sendo a mesma gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A assistência ambulatorial eletiva acontece na Santa Casa de Garça através do Sistema de Regulação do gestor local do SUS.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Em caso de hospitalização, a Santa Casa de Garça fica obrigada a internar o paciente no limite de leitos disponibilizados para o SUS e ofertar os leitos existentes sob a gestão AHBB na ausência de leitos conveniados.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela Santa Casa de Garça serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Deverá a gestão AHBB garantir a realização de todos os procedimentos, devidamente cobertos pelos SUS, que se façam necessários para os atendimentos aos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema.

Todas as atividades assistenciais, desenvolvidas e contratualizadas serão reguladas pelo Gestor Municipal de Saúde, de acordo com os mecanismos de controle e regulação existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário.

O Hospital deverá garantir o cuidado continuado e regular dos serviços assistenciais previstos, de modo que estes não sofram retração ofertando inclusive soluções de continuidade, em função de situações adversas.

#### **5. ATENÇÃO HOSPITALAR**

A Assistência Hospitalar compreende o conjunto de atendimento oferecido aos pacientes desde a sua admissão até a alta hospitalar pela patologia apresentada, incluindo-se todos os atendimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas para o tratamento hospitalar.

Os atendimentos de Média Complexidade e de natureza eletiva serão disponibilizados aos usuários que tiverem essas necessidades identificadas nos serviços ambulatoriais através do gestor local do SUS.

Todos os laudos médicos para emissão de AIH deverão ser emitidos através do sistema informatizado do Gestor local do SUS, constando obrigatoriamente a identificação do atendimento SUS em que foi gerada a indicação da internação. Todas as internações de natureza emergencial deverão ser efetivadas pela Santa Casa de Garça e depois autorizada pela gestão local do SUS por meio do Departamento de Avaliação, Regulação e Controle em conjunto com médico auditor também vinculado a este departamento.

Os laudos médicos para emissão de AIH de urgência e emergência deverão ser apresentados à gestão local no prazo de até 72 horas após do atendimento para ser autorizado.

No processo de hospitalização estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessária durante o processo de internação;

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado, ou individual quando necessário devido às condições do paciente, devendo observar a legalidade que dão direito a acompanhante de acordo com as regulamentações e portarias do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais como fisioterapia, endoscopia, ultrassom e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade;
- Suporte necessário para realização de transferências intra-hospitalares.

A gestão AHBB deverá realizar o número de internações hospitalares de acordo com o volume de atividades estabelecidos na programação. Válido ressaltar que toda oferta está destinada a demanda do município, portanto, uma vez que a demanda "flutuar", certamente a curva refletirá sobre a meta. Assim, a gestão AHBB não deverá sofrer qualquer tipo de glosa considerando que a assistência será mantida conforme a demanda espontânea.

Este plano de trabalho visa contemplar o período referente a 2020 (janeiro a junho), dessa forma os valores quantitativos e orçamentários anuais descritos nas tabelas abaixo são condizentes a uma produção de 01 (hum) mês.

#### 5.1 Tabela 1 - Produção

| ESPECIALIDADES          | PPI/ANO 2008 | PROD/ANO 2019 |
|-------------------------|--------------|---------------|
| Clínica Médica          | 1.108        | 705           |
| Clínica Cirúrgica       | 500          | 520           |
| Clínica Pediátrica      | 611          | 111           |
| Ginecologia/Obstetrícia | 754          | 449           |
| <b>TOTAL</b>            | <b>2972</b>  | <b>1.785</b>  |

#### 5.2 Tabela 2 - Plantões médicos

|                          |                                          |
|--------------------------|------------------------------------------|
| <b>Pediatria</b>         | Plantão a distância / Presencial-558/186 |
| <b>Clínica Médica</b>    | Plantão presencial 24horas               |
| <b>GO</b>                | Plantão a distância/ presencial          |
| <b>Clínica Cirúrgica</b> | Plantão a distância                      |
| <b>Anestesista</b>       | 4 horas/dia presencial segunda a sexta   |
| <b>Anestesista</b>       | Plantão a distância                      |

Ressalta-se que a definição dos plantões médicos em suas especialidades é de gestão da AHBB, sendo que cabe ao município nos atos legais auditar se os plantões ofertados pelo hospital respaldam todos os serviços contratualizados em plano de trabalho.

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

6. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

O atendimento ambulatorial compreende:

- **Primeira Consulta;** entende-se a visita inicial do paciente encaminhado pelas Unidades de Pronto Atendimento ou do Centro de Especialidade para atendimento de Traumatologia;
- **Consulta subsequente;** entende-se toda a consulta de seguimento ambulatorial, decorrentes da primeira consulta;
- **As consultas realizadas pelo Serviço Social** não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas como as normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** – O prestador oferecerá os serviços de SADT a pacientes externos, ou seja, àqueles pacientes que foram encaminhados por outros serviços de saúde, inclusive os que geram de atendimento de pacientes internados e de ambulatorio, observando o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde nas quantidades especificadas.

7. **OBJETIVO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**

Integrar a gestão AHBB na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços que constitui o Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a garantir aos usuários a atenção integral, humanizada e de qualidade, em ação conjunta a ser desenvolvida entre o Município e a organização social, conforme as pactuações estabelecidas na PPI, mediante série histórica já em evidência pelo serviço prestado.

8. **JUSTIFICATIVA**

Manutenção dos Serviços necessários para a população residente e referenciada, para desenvolver políticas públicas que visam à redução de doenças, à promoção de saúde, à prevenção, à proteção e à recuperação da saúde, com ações que garantam a equidade e a integralidade.

A organização e instituição conta com o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), portanto está isento de recolhimento das obrigações sociais da taxa patronal.





9. **METAS A SEREM ATINGIDAS - ATENÇÃO HOSPITALAR**

| Tipo de Procedimento      | PPI-ANO 2008 | Produção ANO 2019 | Meta Quantitativa                                                              | Meta Qualitativa                                                                                                            | Descrição                                                                                                              |
|---------------------------|--------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica Médica</b>     | 1.108        | 701               | Projetar para aumentar as internações considerando demanda espontânea          | Garantir acesso aos usuários preferencialment e pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Unidade de Pronto Atendimento.       | Controle, Avaliação e Auditoria das internações realizadas / Dificuldade de Acesso para tratamento clínico hospitalar. |
| <b>Clínica Cirúrgica</b>  | 500          | 520               | Atingir a meta pactuada (PPI/ANO) realizando as cirurgias eletivas represadas. | Garantir acesso, sem a suspensão de cirurgias eletivas, e resolver a demanda reprimida existente.                           | Monitorar o procedimento a serem realizados / Diminuição da demanda reprimida.                                         |
| <b>Clínica Pediátrica</b> | 611          | 111               | Manter as internações pediátricas atendendo a livre demanda                    | Manter o equilíbrio das internações /Incentivo ao tratamento ambulatorial de qualidade                                      | Monitorar as internações comparando a morbidade do ano anterior.                                                       |
| <b>Clínica Obstétrica</b> | 754          | 449               | Projetar para Aumentar as internações considerando demanda espontânea          | Garantir acesso às gestantes e construir de maneira integrada Instituição e Atenção Básica a Linha de Cuidado do Pré Natal. | Monitorar as internações obstétricas das cesárias realizadas / Parto Normal                                            |
| <b>TOTAL</b>              | <b>2.972</b> | <b>1.785</b>      |                                                                                |                                                                                                                             |                                                                                                                        |

10. ATENÇÃO AMBULATORIAL E SADT

10.1 Procedimentos realizados da Parte Fixa contratualizada

| Tipo de Procedimento | PPI-ANO 2008  | Prod. ANO 2019 | Meta Quantitativa                                     | Meta Qualitativa                                                           | Descrição                                                                 |
|----------------------|---------------|----------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Ambulatório          | 3.633         | 3.407          | Reduzir a demanda produzida (repetição desnecessária) | Garantir o acesso com qualificação, observando as demandas produzidas.     | Monitoramento e Auditoria das Fichas de Atendimento / Origem dos usuários |
| Radiologia           | 13.654        | 11.850         | Reduzir as Radiografias realizadas com repetição.     | Qualificar as solicitações e indicações de Radiografia de maneira abusiva. | Monitoramento das indicações / Linhas de Cuidado e Protocolos             |
| <b>TOTAL</b>         | <b>28.028</b> | <b>15.257</b>  |                                                       |                                                                            |                                                                           |

10.2 Procedimentos realizados da Parte Variável, que dependem de produção apresentada.

| Tipo de Procedimento  | Prod. ANO 2017 | Meta Quantitativa                                                                              | Meta Qualitativa                                                                                                         | Descrição                                                                                                                                 |
|-----------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mamografia            | 681            | Aumentar o número de exames em 0,32% ao realizado em 2019, sempre considerando a demanda livre | Aumentar a cobertura de mamografia de rastreamento bienal em mulheres entre 50 e 69 anos                                 | Acesso ao Programa Mulheres de Peito / Satisfação das usuárias. Obter articulação aos demais serviços, buscando alguma demanda reprimida. |
| Oftalmologia Cirurgia | 423            | Atingir a meta pactuada realizando as cirurgias eletivas                                       | Garantir o acesso, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, principalmente os idosos de baixa qualidade visual. | Acesso aos procedimentos de Oftalmologia/ Satisfação dos Usuários idosos. Verificar demanda reprimida                                     |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



**17. AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE**

- Visando o acompanhamento, a avaliação e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o Hospital deverá encaminhar até o décimo dia que antecede a data da avaliação a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.
- As informações serão encaminhadas por meio dos registros do SIH – Sistema de Informação Hospitalar e dos registros no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- A cada período de quatro meses a Secretaria Municipal de Saúde procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do quadrimestre anterior, para avaliação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento da parte variável a análise quantitativa.
- Da análise realizada, poderá resultar em nova pactuação dos quantitativos estabelecidos com reflexos no equilíbrio econômico-financeiro do Termo.
- A análise referida não impede a possibilidade da celebração de Termos Aditivos ao Termo de Fomento sempre que as condições ou ocorrências excepcionais incidirem nas atividades desenvolvidas pela Instituição.
- Os indicadores estão relacionados à qualidade de assistência oferecida aos usuários e mensuram a efetividade do desempenho da gestão. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento de cada unidade.

**17.1 Tabela de indicadores fomentados pela gestão AHBB**

| Indicador                                                                                           | Descrição                                                                                                                  | Cálculo/Instrumento/Base                                                                                                                                                      | Frequência |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CNES atualizado.                                                                                    | Manter as informações do estabelecimento atualizadas no CNES.                                                              | Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando as ocorrências por data da atualização. | Mensal     |
| Apresentar percentual igual ou maior a 80% de bom e ótimo o grau de satisfação dos usuários do SUS. | Realizar pesquisa de satisfação de usuários do SUS, por meio de formulário padronizado, junto a pacientes e acompanhantes. | Relatório mensal do resultado da pesquisa de satisfação de usuários do SUS, considerando percentual dos conceitos Bom e Ótimo igual ou maior de 80%.                          | Mensal.    |
| Implantar a visita ampliada aos pacientes internados.                                               | Permitir horário de visitas flexíveis para os pacientes internados na instituição.                                         | Declaração do hospital permitindo a visita ampliada.                                                                                                                          | Trimestral |
| Implantar / Implementar o Setor de Ouvidoria da Instituição.                                        | Estabelecer horário de atendimento de ouvidoria com equipe específica.                                                     | Relatório quantitativo por tipo de demanda.                                                                                                                                   | Trimestral |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Realizar mensuração de APGAR no 1º e 5º minuto de vida do RN.</b> | Todos os RN nascidos na instituição deverão ter mensuração de APGAR.                                                                                                                                                             | Relatório mensal da Auditoria Municipal, mediante avaliação de prontuários por amostragem.                         | Trimestral  |
| <b>Implantar Política de Medicamentos na Instituição.</b>            | Adotar o uso racional de medicamentos na instituição, através de elaboração de protocolos.                                                                                                                                       | Apresentar protocolos implantados.                                                                                 | Trimestral. |
| <b>Manter campo de estágio para alunos da ETEC.</b>                  | Oferecer campo de estágio na instituição de acordo com a necessidade de formação dos cursos de saúde da ETEC.                                                                                                                    | Apresentação de relatório mensal com nome dos estagiários e respectivos campos de estágio, com carga horária.      | Mensal      |
| <b>Apresentar taxa de infecção hospitalar em até 5%.</b>             | Implantar rotina de verificação das taxas de infecções hospitalares e medidas de prevenção de infecção hospitalar.                                                                                                               | Relatório contendo a taxa mensal de Infecção Hospitalar.                                                           | Mensal      |
| <b>Garantir o acesso de pacientes encaminhados pelas UBS e UPA.</b>  | Garantir acesso oportuno, conforme necessidade dos pacientes, de forma que sejam atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco com relação a sua indicação para internação na Santa Casa. | Relatório do Gestor Municipal após observação <i>in loco</i> do livro de intercorrências da UPA.                   | Mensal      |
| <b>Alta Hospitalar Responsável.</b>                                  | Realizar Alta Hospitalar Responsável com protocolos e fluxos definidos, orientação aos                                                                                                                                           | Apresentação de relatórios das reuniões realizadas, descrevendo assuntos abordados e orientações mais específicas. | Trimestral. |



|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |             |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                         | usuários, acompanhantes e cuidadores e fortalecimento da Equipe de Apoio.                                                                                                                                                                                            |                                                                        |             |
| <b>Comissões-Ética Médica</b>                           | Verificar presença ativa das comissões obrigatórias                                                                                                                                                                                                                  | Ata de reunião ou relatório da comissão                                | Mensal.     |
| <b>Comissões - Óbito.</b>                               | Verificar presença ativa das comissões obrigatórias.                                                                                                                                                                                                                 | Ata de reunião ou relatório da comissão.                               | Mensal.     |
| <b>Comissões - Prontuários.</b>                         | Verificar presença ativa das comissões obrigatórias.                                                                                                                                                                                                                 | Ata de reunião ou relatório da comissão.                               | Mensal.     |
| <b>Política Estadual de Humanização (PEH)</b>           | Construção e fortalecimento de Grupo Técnico de Humanização para Implantar e implementar ações da Política Estadual de Humanização, de acordo com os instrumentos disponíveis no site <a href="http://www.humanizases.aude.gov.br">www.humanizases.aude.gov.br</a> . | Relatórios das reuniões realizadas, descrevendo as ações desenvolvidas | Trimestral  |
| <b>Educação continuada-capacitações e treinamentos.</b> | Garantir a existência e aplicação de cursos e treinamentos para os funcionários do serviço, além de facilitação para realização dos mesmos por empresas terceirizadas.                                                                                               | Apresentação de relatórios e listas de presença.                       | Trimestral. |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             |         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Taxa de alcance da produção conveniada/contratada.</b>         | Verificar a proporção de alcance da produção para os agrupamentos pactuados no plano operativo, tanto ambulatorial quanto hospitalar.<br>$\geq$ que 95%                                                | Número de agrupamentos contratados x 100. O agrupamento será considerado conforme quando o realizado atingir 95% ou mais do contratado naquele agrupamento. | Mensal. |
| <b>Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica).</b>          | Verificar a quantidade de diárias de internações ocorridas no período e o número de leitos disponibilizados ao SUS.<br>$\geq$ 85%                                                                      | Total de pacientes-dia em determinado período/Total de leitos-dia no mesmo período x 100.                                                                   | Mensal. |
| <b>Tempo médio de permanência-especialidade clínica médica)</b>   | Verificar o número de dias das internações (SUS) registradas no Portal CROSS-Módulo de Leitos em relação ao número de internações na especialidade de clínica médica no mesmo período.<br>< 07 dias    | Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.                                                            | Mensal  |
| <b>Tempo médio de permanência-especialidade clínica cirúrgica</b> | Verificar o número de dias das internações (SUS) registradas no Portal CROSS-Módulo de Leitos em relação ao número de internações na especialidade de clínica cirúrgica no mesmo período.<br>< 07 dias | Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.                                                            | Mensal  |



|                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |        |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Taxa de mortalidade institucional</b> | Verificar o quantitativo de internações encerradas por óbito no período em relação ao total de internações.<br>$\leq 03\%$                                                                                                            | Número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação em determinado período/N. de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período x 100. | Mensal |
| <b>Incidência de queda de paciente</b>   | Número de quedas em relação ao número de pacientes-dia.<br>$\leq 02\%$                                                                                                                                                                | Relatório da instituição informando os dados. Número de quedas em determinado período/Número de paciente dia no mesmo período x 1.000.                           | Mensal |
| <b>Índice de rotatividade</b>            | Estabelecer relação entre o total de saídas (SUS) e o número de leitos SUS. Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre<br>$\geq 04$ dias                                                                 | Relatório da instituição informando os dados. Total de saídas /número de leitos SUS no mesmo período.                                                            | Mensal |
| <b>Índice de uso de sala cirúrgica</b>   | Estabelecer relação entre o total de cirurgias e o número de salas cirúrgicas disponíveis 24 horas e 07 dias por semana. Especificar separadamente a quantidade de cirurgia realizada para o SUS, Convênio e Particular.<br>$\geq 03$ | Relatório da instituição informando os dados. Número de cirurgias realizadas no período x Número de salas cirúrgicas / Número de dias do período                 | Mensal |

|                                                            |                                                                                                                                                    |                                                   |        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|
| <b>Reinternação de<br/>pacientes &gt; que 24<br/>horas</b> | Os pacientes devem<br>estar em condições<br>clínicas para terem<br>alta, afim de que os<br>mesmos não sejam<br>readmitidos em<br>menos de 24 horas | Análise dos relatórios de<br>admissão de paciente | Mensal |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|

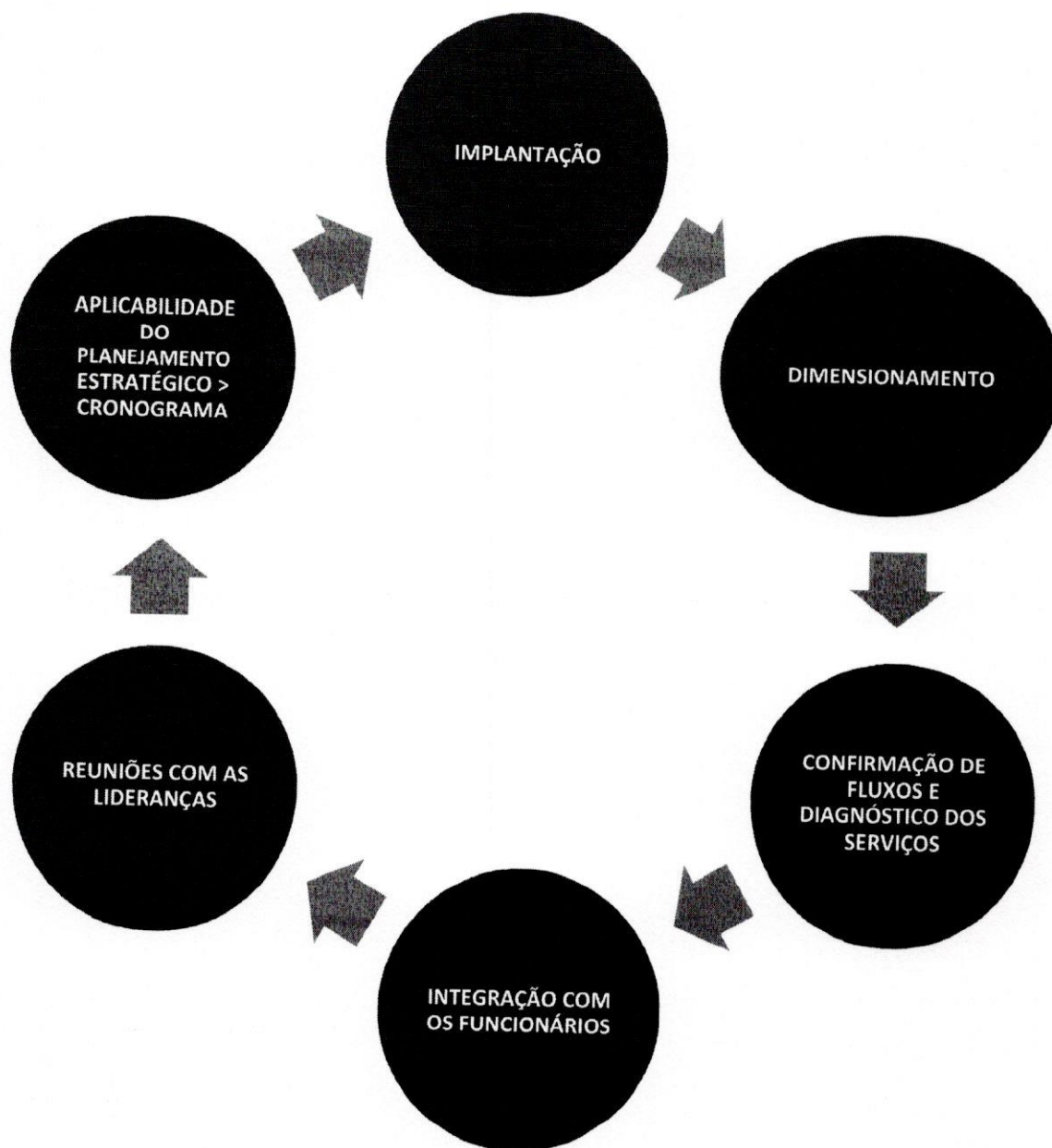
*\* Conforme a continuidade dos exercícios das atividades, novos indicadores serão introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna um pré-requisito para que outros, de maior complexidade, possam ser introduzidos.*



## 12 OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

### 12.1 Ciclo de implantação

Como um guia de condução de fácil visualização, o ciclo abaixo apresenta ainda, Detalhadamente, as fases de gestão da estratégia além de suas interações, considerando a fase de implantação: confirmação do diagnóstico, dimensionamento e operação.



**Figura 1. Ciclo de Gestão Estratégica da AHBB/Rede Santa Casa**

A gestão AHBB visa reconhecer cada departamento com o objetivo de diagnosticá-lo e a partir desse diagnóstico instituir estratégias que torne possível melhorias nos setores já ativos, implementando atividades e aumentando a qualidade em sua dimensão. Abaixo segue os departamentos e as atividades a serem exercidas em cada um.

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

**12.2 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar**

1. Formatar equipe executora e comissão interna com apresentação à diretoria
2. Verificar regimento Interno
3. Verificar Plano de Controle de Infecção Hospitalar
  - a. Cronograma das atividades
  - b. Terapia Antimicrobiana: protocolos e padronização de antimicrobianos profiláticos e terapêuticos
  - c. Protocolo de Higienização das Mãos: disposição de dispense de álcool gel e sabonete + papel toalha;
  - d. Plano de capacitação: campanhas contra a sepse, dia mundial de controle de infecção hospitalar, dia mundial de higienização das mãos, dia do infectologista, rodas de conversas in locu por setor em 24h, capacitação e inclusão nos treinamentos externos, educação permanente. Público alvo: todos os colaboradores.
  - e. Padronização de germicidas na limpeza concorrente e terminal + protocolos e treinamento.
  - f. Relatório trimestral e feedback para a diretoria e equipe assistencial e administrativa.
  - g. Preenchimento dos formulários municipais e estaduais: Formsus, planilha de consumo de álcool, planilha de infecções relacionadas à assistência em saúde e ações desenvolvidas para potencializar a minimização de agravos.
  - h. Visitas técnicas por setor, pontuando as deficiências e melhorias (registro de fotos e descritiva por área).
  - i. Busca ativa das infecções
4. Verificar indicadores mensais e fluxo.
5. Agendamento de Reunião mensal

**12.3 Tecnologia da Informação**

1. Identificar colaborador se apto para o cargo.
2. Identificar atividades desenvolvidas e chamados.
3. Fomentar estratégias para melhoria se verificado dificuldade em atender demanda de chamados e manutenção lenticificada.

**12.4 Núcleo de Segurança do Paciente**

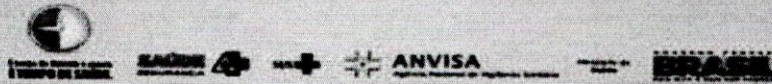
1. Formatar equipe executora e comissão interna com apresentação à diretoria
2. Disseminar cultura de segurança – rodas de conversa in locu compreendendo toda a equipe
3. Treinar os líderes apresentando as metas internacionais de segurança do paciente
4. Aplicar os protocolos de segurança do paciente gradativamente:



# SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



**Meta 1:** solicitar pulseiras de identificação do paciente: estabelecer cores padronizadas por setores, padronizar duas identificações na pulseira, treinar a recepção e equipe para a meta, reduzindo falhas no processo assistencial.

**Meta 2:** Implantar protocolo de comunicação: inclusão de protocolos como SBAR (*situation, background, assessment e recommendation*), minimizando erros nas passagens de plantão, evitando evento adverso ou problemáticas durante a internação. Melhora relacionamento interpessoal entre os próprios colaboradores, com maior uniformidade nas ações.

**Meta 3:** Treinar equipe da farmácia no controle de lote visando qualidade e mantendo monitoramento de validade, sistematizar prescrição médica, instituir dispensação individualizada com identificação, zelar pela análise do farmacêutico, controlar estoque, provisionar materiais e medicamentos suficientes para a demanda, traçar estratégias de melhoria durante o processo. Treinar a enfermagem continuamente referente aos 11 certos da medicação, instituir protocolo de medicamentos de alta vigilância, padronizando cores expressivas nos frascos e ampolas, entre outras ações que previnam o erro medicamentoso potencial.

**Meta 4:** Implantar o protocolo de cirurgia segura, constando do checklist universal, propondo as etapas de prevenção de erros de agravos na assistência cirúrgica. Fidelizar enfermeira do centro cirúrgico exclusiva no setor e treiná-la para o protocolo.

**Meta 5:** Manter ativo o protocolo de higienização das mãos > monitoramento contínuo.

**Meta 6:** Implantar o protocolo de prevenção de quedas e lesão por pressão, aplicando o checklist e orientação aos pacientes e famílias quanto ao risco de queda, mantendo grades elevadas, manutenção das mesmas, aplicando a escala de Braden com vistas a prevenir LPP.

**www.ahbb.org.br**

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



**12.5 Educação Permanente e Supervisão de Enfermagem**

1. Designar uma supervisora de enfermagem que também será responsável pela educação permanente, incluindo todas as lideranças no processo, formatando um cronograma anual de atividades, internas e externas.
2. Auxiliar na composição das escalas assistenciais
3. Auxiliar administrativamente a coordenadora da UPA e Gestão Técnica e Administrativa (redigir ofícios, comunicações internas, documentos afins)

**12.6 Internação - Ginecologia/Obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria**

1. Conhecer a dinâmica de internação, impressos e formulários preenchidos, fluxo de recebimento de medicação, cuidados diários,
2. Identificar a complexidade e grau de cuidado,
3. Avaliar estrutura e ambiência,
4. Propor métodos de melhoria no atendimento
5. Treinar continuamente, identificar gavetas para facilitação do trabalho
6. Verificar as escalas de trabalho e disposição das mesmas.
7. Verificar fluxo das salas de pré parto, berçário, sala de exames.
8. Identificar qualidade do atendimento de hotelaria bem como quantidade suficiente para a demanda (lençol, travesseiro impermeável e fronha).
9. Identificar manutenção ativa.

**12.7 Centro Cirúrgico**

1. Conhecer a dinâmica do recebimento e preparo do paciente pré cirúrgico, propor melhorias, identificar problemas na circulação e instrumentação em sala, propondo melhorias, verificar potencial no pré, intra e pós-operatório.
2. Identificar impressos e preenchimento (SUS e Convênios)

**12.8 Central de Material**

1. Fluxo adequado no preparo, esterilização, armazenamento e dispensação.
2. Quantificar materiais cirúrgicos
3. Verificar controle de qualidade (registros, dosadores, etc) e manutenção das autoclaves.
4. Verificar quantitativo e situação dos campos cirúrgicos.

**12.9 SADT - radiologia, mamografia**

1. Verificar e acompanhar fluxo, indicadores e equipe quantitativa e qualitativamente suficiente para a demanda.

**12.10 Ortopedia ambulatorial**

1. Verificar e alinhar agenda, se necessário.
2. Conhecer equipe médica e agenda semanal bem como equipe técnica de imobilização.
3. Acompanhar as atividades da recepcionista exclusiva nesse serviço.
4. Identificar controle de materiais e medicamentos nesse processo.
5. Monitorar preenchimento de impressos e formulários, buscando alternativas para o melhor controle.

**12.11 Fluxo de coleta de exames laboratoriais - serviço terceiro**

1. Analisar indicadores: média de coletas/dia/mês
2. Analisar rotina desde a solicitação médica até o resultado dos exames, buscando alternativas

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



para melhoria do processo.

**12.12 Psicologia**

1. Assegurar um profissional para atendimento de luto/pós óbito, projeto para atendimento a colaboradores e acolhimento dos pacientes e acompanhantes.

**12.13 Serviço Social**

1. Assegurar profissional para as ações sociais ativas.
2. Acompanhar a rotina da assistente social do SAD, uma vez que poderão fazer link da assistência prestada, propondo reuniões em grupo para atender as necessidades do SAD conjuntamente.
3. Gerar relatórios de desempenho e indicadores que demonstrem a resolubilidade dos casos, considerando os encaminhamentos para referência.

**12.14 Recepção**

1. Verificar fluxo e demanda de porta, identificando necessidade e pontuando rotina estabelecida se já apta para o atendimento à população.
2. Treinar a equipe para a prática humanizada desde o primeiro momento do paciente no hospital.
3. Ouvir as partes para a verificação do perfil geral do atendimento inicial no hospital.
4. Verificar possibilidade de uniformizar a equipe de porta.

**12.15 Administração - faturamento, financeiro, contabilidade**

1. Avaliar equipe administrativa local
  - a. Analista financeiro
  - b. Analista de Faturamento
  - c. Gerar relatórios de fechamento e feedback, considerando novas projeções financeiras e econômicas.
  - d. Manter todo o controle contábil e financeiro de forma a garantir a assistência e operacionalização pactuada, considerando novas perspectivas.

**12.16 Agência transfusional**

1. Identificar número exato mês de transfusões.
2. Conhecer a equipe que atua na assistência de hemoterapia.
3. Avaliar protocolos ativos ou que precisam ser readequados.
4. Identificar controle de qualidade - controle de temperatura, estado geral dos equipamentos, veículo de transporte e rotina do hemocentro para a unidade.

**12.17 Manutenção**

1. Identificar fluxo de chamadas para manutenção e rotina.
2. Identificar dificuldades e qualidade nos chamados.
3. Propor ações de melhoria no processo.

**12.18 Lavanderia**

1. Verificar fluxo
2. Quantitativo kg/dia de enxoval
3. Implantar uniformes
4. Instituir melhoria na rotina, caso necessário.

**12.19 Higienização**

1. Verificar fluxo
2. Demanda de tempo de higienização por alas – avaliar possível sobrecarga
3. Implantar uniformes
4. Identificar se Equipamentos de proteção individual em conformidade
5. Projeto piloto para implantação de ginástica laboral junto a equipe de fisioterapia
6. Instituir melhoria na rotina, caso necessário.

**12.20 SESMT – Serviço em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**

1. Identificar potencial da equipe de segurança do trabalho
2. Verificar protocolos de biossegurança
3. Verificar fluxo de entrega de EPIs aos colaboradores
4. Verificar se há registro de treinamentos e campanhas internas
5. Verificar *link* com o protocolo de acidentes com material biológico - CCIH
6. Verificar registro de controle de água
7. Registro e rotina de limpeza de caixa de água.
8. Registro de dedetização.
9. Registro de Brigada de incêndio.

**12.21 Serviço de Nutrição e Dietética**

1. Identificar fluxo de atendimento aos pacientes e acompanhantes
2. Avaliar estado geral do setor – equipamentos e utensílios, promovendo melhorias
3. Guarda e armazenamento dos gêneros alimentícios
4. Fluxo de compra
5. Potencial da nutricionista
6. Treinamento com a equipe
7. Uso de EPIs
8. Avaliação de armazenamento dos alimentos
9. Propor melhoria assistencial

**12.22 Farmácia**

1. Reunião com os farmacêuticos
2. Verificação de fluxo, controle, guarda, solicitação de compras, identificação, armazenamento, fracionamento, controle de temperatura, cultura de medicamentos de alta vigilância, disposição deles.
3. Verificar e atualizar protocolos, manuais, sistematização.

**12.23 Almoxarifado**

1. Verificar condições físicas, armazenamento, controle de qualidade, validade, identificações.
2. Verificar protocolos
3. Propor melhorias no processo de guarda, controle e dispensação

**12.24 Morgue**

1. Rotina óbito e pós óbito
2. Protocolo de identificação e preparo do corpo
3. Avaliar estado atual do setor e logística
4. Humanização – visita imediata assistida



**12.25 Linha de cuidado à gestante**

1. Alocar-se-á uma sala dentro do hospital de imediato.
2. Manter humanização junto ao cuidado com a gestante, preparando a mesma para o momento pré, intra e pós-parto, articulando com as unidades básicas de saúde e familiarizando-se com o ambiente hospitalar, o que impacta na redução da ansiedade.
3. Realizar atividades educacionais preparando para o parto – traçar cronograma
4. Identificar potencial gerente das atividades

**12.26 Comissões Internas Ativas**

**Tabela 3 – Comissões internas**

| <b>Comissão/Comitê</b>                        |
|-----------------------------------------------|
| Comitê Transfusional.                         |
| Comitê mortalidade materna, infantil e fetal. |
| Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.  |
| Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente.  |
| Comissão de Revisão de Prontuários            |
| Comissão de análise de óbito e biópsias       |
| Comissão de Humanização                       |
| Comitê de ética                               |

Todas as comissões e comitês serão previamente estabelecidos e formalizados junto à diretoria do complexo hospitalar Santa Casa de Garça, com a intenção de apoiar as práticas determinantes de cada área.

Deverão os membros reunirem-se periodicamente para avaliação da qualidade das atividades inseridas em cada contexto.

Deverá manter disponível todo registro das ações e procedimentos realizados para fins de auditoria e prestação de serviços.

**13. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

| <b>Objeto</b>  | <b>Descrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Custeio</i> | Gerenciamento de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto – Tipo II Especializada do Hospital São Lucas, localizado na rua Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Williams, Garça/SP.<br><b><i>Contratação/Gerenciamento de Recursos Humanos/Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e fornecimento de materiais e medicamentos.</i></b> |

**13.1 Identificação do Objeto**

Gerenciamento de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto – Tipo II do Hospital São Lucas, localizado na rua Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Williams, Garça/SP.

Nosso modelo de trabalho está em conformidade com a Instrução Normativa RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010, do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária e outras; legislações pertinentes, que dispõem sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de um UTI.

**13.2 Objetivos geral e específico da UTI**

**GERAL**

**www.ahbb.org.br**

**contato@ahbb.org.br**

**14 3532 5198**

**Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400**



Oferecer assistência integral e intensiva, em período ininterrupto, disponibilizando recursos humanos especializados, fármacos e equipamentos adequados às necessidades dos pacientes.

### **ESPECÍFICO**

- Articular-se com a unidade hospitalar, unidades de apoio e diagnóstico, unidade de pronto atendimento (UPA), outras instituições e serviços de saúde regionais ou de referência, em consonância com a Secretaria Municipal de Saúde do município e a DRS IX construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.
- Ser observatório do sistema local e da saúde da população subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam para o planejamento da atenção integral aos pacientes da UTI e de todo o sistema de saúde.

#### **13.3 *Justificativa***

Levando em consideração que a UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais e destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

A operacionalização da Unidade de Terapia Intensiva é complexa exigindo recursos humanos especializados e atualizados na área, sendo necessária a capacitação constante não apenas com relação à assistência direta como também para com a adequada utilização da tecnologia instalada como, por exemplo: monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, cateteres especiais, fármacos específicos dentre outras necessidades.

O grau de relevância no potencial credenciamento do setor intensivo fará com que melhore a qualidade e rotina operacional, considerando a unidade referência para diversos municípios da região, SALVANDO VIDAS.

#### **13.4 *Metodologia de trabalho***

A AHBB|Rede Santa Casa atua com o padrão de qualidade e eficiência para garantia integral aos usuários. Estabelece-se um plano de trabalho com atuações em todas as dimensões do serviço organizacional e assistencial com enfoque cíclico de comunicação entre os colaboradores, atendimento com padronização através de protocolos, informações e gerenciamento com a finalidade de ações organizacionais de segurança e qualidade. Além disso, possui ampla experiência em unidades de terapia intensiva, o que move ao objeto deste plano de trabalho em readequar as rotinas técnico-operacionais da unidade.

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Lucas de Garça/SP funcionará no período de 24 horas ininterruptas, incluindo feriado e ponto facultativo, sendo um serviço de saúde de alta complexidade.

A Segurança do Paciente é discutida e avaliada através da comissão de segurança do paciente com a proposta de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Serão acolhidos os pacientes graves e mantido rotina de visitas e informações sempre que necessário aos seus familiares, visando à humanização e integralidade do atendimento.

Será prestado atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes gravemente enfermos por quadros agravantes de natureza clínica, de forma a estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo a conduta necessária para cada caso, junto a rotina de 24 horas, discutida em beira leito.



### **13.5 Fluxo de atendimento na admissão da paciente**

Os pacientes são encaminhados pelos diversos setores do Hospital São Lucas/SP, da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mario Nunes Mirian (UPA 24hs) além de pacientes transferidos de outras unidades via CROSS e Central Municipal de Regulação. Quando admitidos no setor são orientadas pela equipe e tenta-se informar sobre a importância e a necessidade da internação na UTI e dos benefícios pretendidos.

Os pacientes que permaneceram por um período mais longo no setor, tiveram maior aceitabilidade após o acolhimento da equipe multiprofissional, a possibilidade de visita dos familiares três vezes ao dia.

### **13.6 Hemodiálise Intensiva**

A hemodiálise em UTI é indicada para indivíduos que apresentam estados graves de descompensação hidroeletrolítica e edema pulmonar, além de estágios avançados de uremia que, se não tratados imediatamente, podem levar à morte. (Barbosa et al, 2012)

As Unidades de Terapia Intensiva têm uma incidência elevada de Insuficiência Renal Aguda, podendo, em alguns casos, chegar a 23%. A mortalidade é alta, especialmente nos casos em que há necessidade de diálise, com índices que variam de 37% a 88%. (Costa et al, 2003)

A UTI do Hospital São Lucas terá cobertura de terapia renal beira leito, de forma contínua (24 horas por dia, 7 dias por semana), quando avaliado e solicitado, respeitando o fluxo de atendimento estabelecido através de protocolo para tratamento da insuficiência renal aguda (IRA).

### **13.7 METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS - UTI**

#### **a) Metas Quantitativas do projeto junto ao Convênio:**

| DESCRIÇÃO                                    | METAS      | INDICADOR                                |
|----------------------------------------------|------------|------------------------------------------|
| Infecção Hospitalar                          | 6%         | Taxa de infecção                         |
| Tempo de permanência média na UTI            | 3 a 8 dias | Média de permanência                     |
| Mortalidade na UTI                           | 0,8        | Razão Padronizada de Mortalidade (SMR)   |
| Pneumonia associada à ventilação             | 6%         | Taxa de pneumonia associada à ventilação |
| Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD | 4,88       | Densidade de Infecção de ITU-CVD         |
| Infecção por Corrente Sanguínea              | 6,10       | Densidade de Infecção IPCS               |
| Incidência de ulcera por pressão             | 0,5%       | Taxa de ulcera por pressão               |

*HA*



| META                                                                                      | DESCRIÇÃO<br>(Ação para atingir a meta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INDICADOR DE ALCANCE DA META                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Não ultrapassar 6% de Infecção Hospitalar (entende-se por Taxa de Infecção Global em UTI) | <p><u>Ações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Através da análise de perfil bacteriano o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) define junto à equipe assistencial as ações prioritárias para o controle da infecção na unidade.</li> <li>- Temos como diretriz corporativa a implementação de práticas de segurança para prevenção de infecção relacionada aos dispositivos invasivos (Bundles).</li> </ul>                                            | <p><b>Taxa Global de Infecção da UTI</b></p> <p>Numerador (n) = nº de infecção na UTI</p> <p>Denominador (d) = total de saídas na UTI</p> <p>Fórmula = <math>\frac{n}{d} \times 100</math></p>                                                                                                                                            |
| Tempo médio de permanência em UTI de 3 a 8 dias                                           | <p><u>Ações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas no leito para confecção de planejamento terapêutico.</li> <li>- Implantação de Protocolos Assistenciais, como o de desmame da ventilação mecânica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>Média de Permanência na UTI</b></p> <p>Numerador (n) = total de paciente-dia UTI no período</p> <p>Denominador (d) = nº de saídas da UTI por período</p> <p>Fórmula = <math>\frac{n}{d}</math></p>                                                                                                                                  |
| Razão Padronizada de Mortalidade intra-hospitalar na UTI abaixo de 0,8                    | <p><u>Ações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação de protocolos assistenciais e auditoria clínica.</li> </ul> <p><u>Considerações:</u></p> <p>A razão da mortalidade observada em relação à mortalidade prevista pelo sistema de escore prognóstico de uma coorte de pacientes é a razão padronizada de mortalidade (SMR - <i>standardized mortality ratio</i>) devendo ser relatada com um intervalo de confiança de 95% (IC95%). A SMR é amplamente</p> | <p>Calcular o N° de mortes esperadas numa população de interesse.</p> <p><math>ED = \sum (CSI \times Pi) \times 1000</math></p> <p>Após dividir as mortes atuais entre as mortes esperadas (ED) para obter a razão de mortalidade padronizada (SMR).</p> <p><math>SMR = \frac{MORTES \text{ ATUAIS}}{MORTES \text{ ESPERADAS}}</math></p> |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



| META                                                                             | DESCRIÇÃO<br>(Ação para atingir a meta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INDICADOR DE ALCANCE DA META                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  | utilizada para avaliar o desempenho, uma vez que a mortalidade é a medida de desfecho mais objetiva e não é propensa a erro.<br>A mortalidade intra-hospitalar reflete uma boa assistência, mas está totalmente atrelada à gravidade do paciente atendido. O acompanhamento da taxa de mortalidade deve ser realizado com as metodologias: Apache II e SAPS III.                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |
| Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD - 4,88 infecções/1000 pacientes dia | <u>Ações:</u><br>- Implantação do pacote de práticas de segurança para prevenção de infecção do trato urinário relacionado a CVD, tendo como referência os "Bundles" do <i>Intitute for Helthcare Improvent (IHI)</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Densidade de Infecção de ITU-CVD:</b><br>(Número de ITU-CVD/Pacientes-dia com CVD) x 1000                                                                                                    |
| Infecção por Corrente Sanguínea - 6,10 infecções/1000 pacientes-dia.             | <u>Ações:</u><br>- Implantação do pacote de práticas de segurança para prevenção de infecção por corrente sanguínea, tendo como referência os "Bundles" do <i>Intitute for Helthcare Improvent (IHI)</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Densidade de Infecção de IPCS</b><br>(Número de IPCS/Pacientes-dia com CVC)x1000                                                                                                             |
| Não ultrapassar 0,5% a Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)                    | <u>Ações:</u><br>- Monitoramento de pacientes avaliados na admissão, utilização de escala de Braden e implantação de medidas de prevenção de acordo com o Protocolo Nacional de Segurança do Paciente/ANVISA.<br><u>Considerações:</u><br>A incidência de UPP está relacionada ao perfil epidemiológico atendido, as condições nutricionais e hemodinâmicas.<br>Influenciam também nesse indicador as condições de estrutura como colchões específicos para proteção, forro móvel, dispositivo mecânico, filme transparente | <b>Incidência de UPP</b><br><b>Numerador (n) = nº de UPP adquirida na UTI</b><br><br><b>Denominador (d) = nº de paciente da UTI</b><br><b>Fórmula = <math>n \times 1.000</math></b><br><b>d</b> |



| META | DESCRIÇÃO<br>(Ação para atingir a meta)                                                                                                             | INDICADOR DE ALCANCE DA<br>META |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|      | e outros materiais para auxiliar na movimentação do paciente.<br>O suporte da Equipe de Terapia Nutricional também influencia na incidência de UPP. |                                 |





b) Metas Qualitativas

| DESCRIÇÃO                                                                | METAS | INDICADOR                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| Taxa de ocupação Hospitalar                                              | 90%   | Taxa de ocupação           |
| Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência | 90%   | % de satisfação do usuário |
| Incidência de queda do paciente                                          | 0%    | Taxa de queda de paciente  |
| Evolução no prontuário do paciente                                       | 100%  | % de prontuários evoluídos |

| META                                                                      | DESCRIÇÃO<br>(Ação para atingir a meta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | INDICADOR DE<br>ALCANCE DA META                |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Taxa de ocupação em média de 90%                                          | <p><u>Justificativa:</u></p> <p>Pela própria disponibilidade e capacidade operacional de apenas 8 leitos, fica preconizado a Taxa de Ocupação em 75%.</p> <p>A taxa de ocupação representa o grau de utilização dos leitos disponíveis, de forma que, valores muito baixos associam-se a menores níveis de eficiência. Entretanto, taxas elevadas podem indicar alta prevalência de comorbidades, baixa resolubilidade e pouca reserva para emergência. Sendo assim, como os indicadores de utilização de leito são estreitamente relacionados entre si, a taxa de ocupação hospitalar pode ser influenciada pelo tempo médio de permanência e índice de rotatividade do leito.</p> | Indicador hospitalar - Taxa de Ocupação da UTI |
| Ter 90% de satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência | <p>O estudo da satisfação dos clientes e/ou família será realizado a partir do relatório formal encaminhado pelo Serviço de Atendimento do Usuário (SAU) do hospital. Devemos aqui considerar também aspectos estruturais que influenciam na satisfação do usuário que não se devem exclusivamente ao atendimento da equipe técnica da UTI.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | % de Satisfação do Usuário                     |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



| META                                              | DESCRIÇÃO<br>(Ação para atingir a meta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | INDICADOR DE<br>ALCANCE DA META                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Incidência de Queda do Paciente = 0%              | <p><u>Ações:</u></p> <p>- Implantação do Protocolo de Queda, tendo como referência o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ ANVISA. Avaliação do risco de Queda nos pacientes da UTI e implantação de medidas preventivas.</p> <p><u>Considerações:</u></p> <p>Esse indicador é também dependente das condições de adequação e manutenção das grades dos leitos, assim como das campanhas em funcionamento para o período de desmame da sedação.</p> | <p><b>Indicador de Quedas</b></p> <p>Numerador (n) = nº de quedas</p> <p>Denominador (d) = nº de paciente-dia da UTI</p> <p>Fórmula = <math>\frac{n}{d} \times 100</math></p> |
| Manter Evolução no Prontuário do paciente em 100% | <p><u>Analisar registros das assistências prestadas, identificando os profissionais responsáveis.</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Auditoria dos prontuários antes de entregar ao SAME e transferência ao outro setor.</b></p> <p>Nº de não conformidades no período.</p>                                  |





**14. TRATAMENTO DE PACIENTES – COVID 19**

| <b>Objeto</b>  | <b>Descrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Custeio</b> | <i>Implantação e gerenciamento técnico/administrativo de 10 (dez) leitos de UTI COVID e Clínica Médica Enfermaria, no Hospital São Lucas, localizado na Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Williams, Garça/SP.</i><br><br><i>Contratação e Gerenciamento de recursos humanos / Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos / Cessão da equipe médica</i> |

**14.1. Identificação do Objeto**

Implantação e o Gerenciamento Técnico/Administrativo de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto – COVID 19, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas para o cuidado intensivo de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, valendo-se dos materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia para suas comorbidades, com especial atenção às infecções provocadas pelo COVID-19 e decorrentes dela.

Nosso modelo de trabalho está em conformidade com a normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010, alterada pela RDC nº 26/2012, e Portaria GM/MS nº 895/2017, todas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor.

**14.2. Objetivo Geral**

Oferecer assistência integral e intensiva, em período ininterrupto, disponibilizando recursos humanos especializados e equipamentos adequados às necessidades dos pacientes

**14.3. Objetivos Específicos**

- Articular-se com as unidades hospitalares, unidades de apoio e diagnóstico, outras instituições e serviços de saúde regionais ou de referência, em consonância com a com a secretaria Municipal de Saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.
- Ser observatório do sistema local e da saúde da população subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam para o planejamento da atenção integral aos pacientes da UTI.

**14.4. Justificativa**

Levando em consideração que a UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais e destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

Considerando que o serviço de atendimento de urgência é necessário para o rápido diagnóstico e tratamento dos pacientes, caracterizando-se como essencial e necessário para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado.

**www.ahbb.org.br**

**contato@ahbb.org.br**

**14 3532 5198**

**Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400**



Considerando o cenário atual – instalação do COVID-19, há um aumento de pacientes necessitando de suporte intensivo e a insuficiência de leitos no Brasil que já é pré-existente, determinam que UTIs sejam instaladas em caráter emergencial.

A operacionalização da Unidade de Terapia Intensiva é complexa exigindo recursos humanos especializados e atualizados na área, sendo necessária a educação continuada e educação permanente constantes não apenas com relação à assistência direta como também para com a adequada utilização da tecnologia instalada como, por exemplo: monitores multiparametros, ventiladores mecânicos, dispositivos invasivos, fármacos específicos dentre outros equipamentos e necessidades inerentes que o setor implica.

#### **14.5. Fluxo de atendimento na admissão da paciente nas unidades de terapia intensiva**

Os pacientes encaminhados para admissão na UTI COVID serão provenientes do Hospital São Lucas e/ou atendidos pela unidade de pronto atendimento (UPA 24h) do município, ou ainda de outros municípios transferidos através da Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde (CROSS). Quando admitidos no setor são orientadas pela equipe e tenta-se informar sobre a importância e a necessidade da internação na UTI e dos benefícios pretendidos. O foco é estabilizar os pacientes de forma rápida e eficaz.

A terapêutica se dá através de condutas protocolares para que os cuidados sejam efetivos nas 24 horas, nos 7 dias da semana. A equipe de liderança segue o formato sugerido pela AMIB – Guia da UTI Segura.

Trabalhamos com condutas humanizadas, onde os pacientes que permanecem por um período mais longo no setor ou que apresentem delírio hipoativo e sintomas apáticos e depressivos, será reavaliado o acolhimento da equipe multiprofissional, considerando a possibilidade e necessidade de visita dos familiares estendida.

#### **14.6. Diretriz de Atendimento**

A AHBB|Rede Santa Casa atua com o padrão de qualidade e eficiência para garantia integral aos usuários. Estabelece-se um plano de trabalho com atuações em todas as dimensões do serviço organizacional e assistencial com enfoque cíclico de comunicação entre os colaboradores, atendimento com padronização através de protocolos, informações e gerenciamento com a finalidade de ações organizacionais de segurança e qualidade. Além disso, possui ampla experiência em unidades de terapia intensiva, o que move ao objeto deste plano de trabalho em readequar as rotinas técnico-operacionais da unidade.

A Unidade de Terapia Intensiva funcionará no período de 24 horas ininterruptas, incluindo feriado e ponto facultativo, sendo um serviço de saúde de alta complexidade.

O atendimento da UTI será realizado por equipe multidisciplinar e compreenderá o acompanhamento dos pacientes provenientes das unidades de internação e regulados conforme fluxos estabelecidos e respeitando sempre os protocolos já existentes.

A Segurança do Paciente é discutida e avaliada através da comissão de segurança do paciente com a proposta de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Serão acolhidos os pacientes graves e mantido rotina de visitas e informações sempre que necessário aos seus familiares, visando à humanização e integralidade do atendimento.

Será prestado atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes gravemente enfermos por quadros agravantes de natureza clínica, de forma a estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo a conduta necessária para cada caso, junto a rotina de 24 horas, discutida em beira leito.

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



**14.7. Indicador Qualitativo e Quantitativo - UTI COVID-19**

| INDICADOR                                 | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                             | METAS UTI                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taxa de Ocupação                          | É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados.                                             | 90%                                                                                                                                              |
| Média de Permanência (Dias)               | É a relação entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias | 15                                                                                                                                               |
| Taxa de mortalidade em UTI                | Razão entre o número total de óbitos de pacientes internados na UTI e o número total de altas da UTI.                                                                                                 | 15%                                                                                                                                              |
| Taxa de reinternação em 24 horas          | É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causas associadas em até 24 horas após a alta da UTI.                                                      | <=1%                                                                                                                                             |
| Taxa de utilização de Ventilação mecânica | Razão entre o número de dia de VM sob total de paciente/dia                                                                                                                                           | <=35,83%<br><b>Referência:</b><br>mediana (percentil 50) - <b>máximo aceitável num primeiro momento</b> - CVE 2018 Hospitais Estado de São Paulo |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



| INDICADOR                                                                                                        | DESCRIÇÃO                                                                                                          | METAS UTI                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central | Razão entre os casos novos de IPCS no período e número de pacientes com CVC/dia no período, multiplicado por 1.000 | $\leq 2,80\%$<br><b>Referência:</b> CVE 2018  |
| Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)                                                               | Razão entre o número de dia de CVC sob total de paciente/dia.                                                      | $\leq 53,64\%$<br><b>Referência:</b> CVE 2018 |
| Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical                       | Razão entre casos novos de ITU no período e número de pacientes com SVD no período, multiplicado por 1.000         | $\leq 1,93\%$<br><b>Referência:</b> CVE 2018  |
| Prontuários evoluídos                                                                                            | Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes.                                         | 100 %                                         |
| Reclamação na ouvidoria em número                                                                                | Numero de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.                                          | $\leq$ que 10%                                |
| Incidência de queda de paciente                                                                                  | Relação entre o número de quedas e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1.000.                              | 0,51%                                         |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



| INDICADOR                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                     | METAS UTI                               |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Índice de Lesão por Pressão                                              | Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 1.000 | ≤ que 0,71%                             |
| Implantação de práticas de segurança e prevenção para controle do índice | Relação entre o número de extubação não planejada e o número de paciente intubado/dia, multiplicado por 100.                                                                                                  | 0,51<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018  |
| Incidência de flebite                                                    | Relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o número de pacientes/dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.                                                          | 0,24%<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018 |
| Incidência de perda de cateter venoso central                            | Relação entre o número de perda de cateter venoso central e o número de pacientes com cateter venoso central, multiplicado por 100.                                                                           | 0,20<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018  |

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



| INDICADOR                                                            | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                         | METAS UTI                           |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC) | Relação entre o número de perda de cateter central de inserção periférica (PICC), multiplicado por 100.<br><br>Taxa= $\frac{N^{\circ} \text{pacientes /dia com CVC/PIC} \times 100}{N^{\circ} \text{de perdas.}}$ | 0,20<br><br>Referência:<br>CQH 2018 |

### 15. PLANO DE TRABALHO PARA OS EQUIPAMENTOS DA UTI

Processo de Trabalho é o conjunto de ações sequenciadas que organizam as atividades da equipe de trabalho e a utilização dos meios de trabalho disponíveis, visando o cumprimento das metas institucionais. Desta forma, não é preciso especificar tarefas e atividades realizadas (rotineiramente) e vinculadas à execução de algum processo de trabalho.

#### 15.1 Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos permanentes da UTI

Todo equipamento eletroeletrônico a ser utilizado em áreas críticas (ocupadas por pacientes) deverá ser inspecionado periodicamente pelo setor de engenharia clínica (ou manutenção de equipamento médico). Entre outros ensaios, deverá ser realizada a medição de corrente de fuga. As inspeções deverão ser efetuadas de acordo com o especificado pelo fabricante, antes do uso inicial, após reparos ou modificações, e no mínimo, anualmente ou semestralmente (áreas de cuidados gerais como o paciente. Estes testes deverão obedecer aos requisitos e recomendações das Normas IEC 601 E e VDE 751.

A manutenção regular de equipamentos médicos deve ser encarada não somente como uma forma inteligente de engenharia clínica e um caminho para reduzir gastos futuros. Além de tudo, é uma segurança adicional de vital importância para reduzir erros médicos de qualquer natureza e garantir o máximo de segurança aos pacientes.

### 16. Organização das Diferentes Atividades Assistenciais e Administrativas

A Conveniada deverá obedecer aos protocolos institucionais e aqueles estabelecidos pelas instâncias governamentais competentes.

Toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da Conveniada deverá estar adequadamente uniformizada e identificada.

A Conveniada deverá manter o cadastro atualizado dos profissionais disponibilizados por ela. Estes registros deverão ser colocados à disposição de qualquer órgão fiscalizador, a qualquer tempo na operacionalização da unidade.

O cadastro deverá conter no mínimo:

- Dados pessoais;
- Endereço domiciliar;
- Foto 3x4
- Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pela MEC e Conselho Regional de Classe, quando couber;

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400



- Título de especialista (quando houver) e/ou certificado de área de atuação;

A Conveniada deverá manter instalada em local visível, quadro que informe ao usuário, de forma clara e objetiva o nome de todos os profissionais atuantes do setor. Deverá conter ainda nome completo, cargo e número do conselho de classe, horário de início e término da jornada de trabalho de cada um deles.

**17. Obrigações e responsabilidades da conveniada**

São de responsabilidade da AHBB|Rede Santa Casa além daquelas obrigações constantes acima e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais, estaduais e municipais que regem o convênio, as seguintes:

1) Prestar os serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no convenio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde – especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a Conveniada por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

III – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

IV – direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

V – prestação de serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2) Na prestação dos serviços, a Conveniada deverá observar:

I - respeito aos direitos do paciente, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – manutenção da qualidade da prestação de serviços;

III – garantia de sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

3) Apresentar mensalmente à Secretaria, até o dia 30 (trinta) de cada mês, escala de plantões dos profissionais da Conveniada, referente ao mês subsequente.

4) Fornecer meios para a alimentação de seus funcionários que na unidade atuarão.

5) Fornecer a “PRESTAÇÃO DE CONTAS” contendo:

- Folha extrato de pagamento de cada funcionário.

- Comprovação da presença do funcionário – folha de ponto.

- Extrato bancários da conta do convênio- MOVIMENTAÇÃO – conta corrente, conta poupança e conta de investimento.

- Cópia dos recolhimentos: INSS, FGTS, PIS/PASEP e outros gastos pertinentes (vale alimentação, cesta básica, vale transporte, convênio médico, seguro de vida coletivo, etc.). Fornecer listagem dos beneficiários.

- Cópia das notas fiscais.

- Pessoa Jurídica – comprovantes dos pagamentos e tributação pertinente

- DARFs de impostos retidos na fonte (IRPJ e Lei 10.833).

6) Relatório Administrativo todo o dia 20 de cada mês subsequente à gestão da unidade.

7) Relatório Assistencial todo o dia 20 de cada mês subsequente à gestão da unidade.

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP  
Cep 16400 400

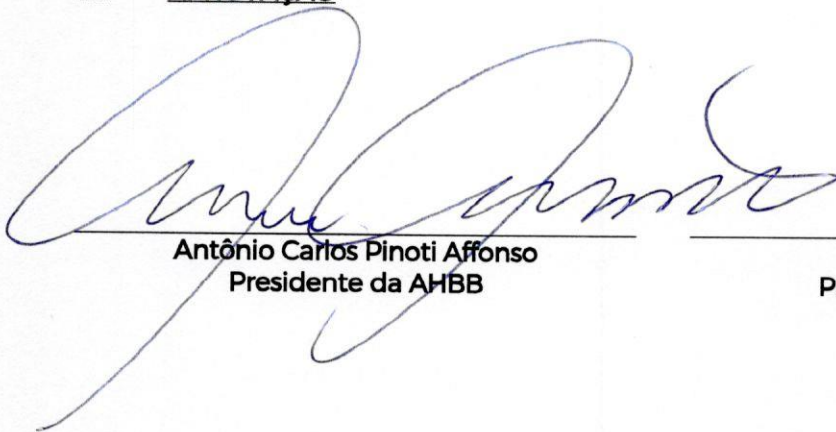
24. APROVAÇÃO - ORDENADOR DA DESPESA

Garça, 03 de maio de 2021

---

Antônio Carlos de Oliveira Marra  
Ordenador de Despesa Secretário Municipal de Fazenda, Planejamento e Finanças

25. APROVAÇÃO



---

Antônio Carlos Pinoti Affonso  
Presidente da AHBB

---

João Carlos dos Santos  
Prefeito Municipal de Garça

---

Testemunha

---

Testemunha



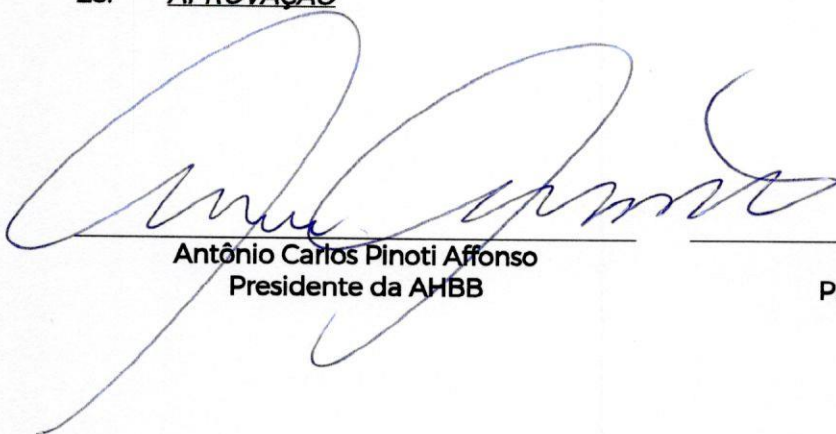
24. APROVAÇÃO - ORDENADOR DA DESPESA

Garça, 03 de maio de 2021

---

Antônio Carlos de Oliveira Marra  
Ordenador de Despesa Secretário Municipal de Fazenda, Planejamento e Finanças

25. APROVAÇÃO



---

Antônio Carlos Pinoti Affonso  
Presidente da AHBB

---

João Carlos dos Santos  
Prefeito Municipal de Garça

---

Testemunha

---

Testemunha

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303  
Jardim Ariano - Lins - SP