



## P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores - 60º Trimestre (01/07/2025 a 30/09/2025)

Verificador Independente do Hospital do Subúrbio.

Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010

Gestão e Operação da Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência.

**Poder Concedente:** Governo do Estado da Bahia | Secretaria da Saúde (SESAB).

**Concessionária:** Prodal Saúde S.A.

São Paulo, 01 de dezembro de 2025

À

**Diretoria de Gestão em Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada (DGECOP/SESAB)**

Sra. Raquel Barbosa

**Prodal Saúde S.A.**

Sr. Jorge Oliveira

Prezados,

Conforme subcláusula 5.2.5.2 I do contrato firmado entre a Prodal Saúde S.A. (“Prodal”) e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (“Deloitte”), para a prestação de serviços de Verificador Independente do Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010, destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência denominada Hospital do Subúrbio, apresentamos o Relatório de Apuração dos Indicadores, referente ao 60º trimestre.

Ressaltamos que este relatório é de uso exclusivo e interno da Prodal e SESAB, não devendo ser utilizado para nenhuma outra finalidade sem prévia autorização formal da Deloitte Touche Tohmatsu, exceto para fins de acompanhamento dos Órgãos Públicos competentes para os propósitos dos trabalhos de verificação independente.

Nesta oportunidade gostaríamos de agradecer a cooperação dos profissionais envolvidos no desenvolvimento dos trabalhos e colocamo-nos ao inteiro dispor de V. Sas. para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

**Fabiana F. Mello**

Sócia – Risk, Regulatory & Forensic

**Alex Borges**

Sócio - Risk, Regulatory & Forensic

# Índice

1. Introdução	3
2. Objetivo	3
3. Apuração dos Indicadores	3
3.1 Indicadores Quantitativos	10
3.2 Indicadores de Desempenho	20
4. Peso dos Indicadores	79
Anexos	81

# 1. Introdução

O Contrato de Concessão da PPP Hospital do Subúrbio foi firmado entre a Prodal Saúde S.A. (“Concessionária”) e o Governo do Estado da Bahia por meio da Secretaria da Saúde – SESAB (“Poder Concedente”) e é destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência denominada Hospital do Subúrbio, localizada em Salvador, conforme definido pelo Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010.

Em 01 de agosto de 2023, a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (Deloitte) foi contratada pela Prodal Saúde S.A. (Prodal) para atuação como Verificador Independente no Contrato de Concessão Nº 030/2010, com a finalidade de auxiliar na verificação do cumprimento por parte da Concessionária das obrigações estabelecidas no Contrato de Concessão supracitado.

# 2. Objetivo e escopo

Em atendimento à subcláusula 5.2.5.2 I do contrato de prestação de serviços técnicos de verificação independente, firmado entre a Prodal Saúde S.A. (Concessionária) e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (Verificador Independente), este relatório tem por objetivo apresentar os resultados da verificação trimestral dos Indicadores Quantitativos e de Desempenho, bem como apresentar os procedimentos efetuados, o nível de atendimento desses indicadores e o cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva (CME) do 60º trimestre da Concessão, tendo como foco os seguintes aspectos:

- Demonstrar o processo de apuração dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de desempenho;
- Verificar a apuração trimestral da Contraprestação Mensal Efetiva;
- Comunicar os resultados para a Concessionária e ao Poder Concedente;
- Divulgar a variação da Contraprestação Mensal Efetiva, quando aplicável.

A avaliação foi realizada seguindo os termos do Contrato Nº 030/2010, contemplando as alterações de escopo e métricas definidas por meio dos aditivos contratuais, incluindo o último termo assinado (12.o Aditivo).

O trabalho efetuado pelo Verificador Independente (Deloitte) foi realizado com base nas informações constantes no Contrato de Concessão nº 030/2010, bem como nos dados e esclarecimentos fornecidos pela Concessionária, não havendo fonte alternativa de confirmação independente ou ainda testes adicionais ou verificação da veracidade ou perícia deles. Por este motivo, foi adotado como premissa que tais informações representam de forma real e precisa as ações executadas pela Concessionária na gestão da operação do Hospital do Subúrbio, sendo esta exclusivamente responsável pela sua exatidão e integridade.

Importante ressaltar que os resultados apresentados na sequência estão sujeitos às fragilidades de controle formalizadas nos relatórios P6.1 a P6.3 - Status, Riscos, Problemas e Melhoria e P5.3 e P5.9 - Verificação do Ambiente de Segurança e Diagnóstico de Tecnologias, que apontaram lacunas significativas que podem comprometer a integridade das informações utilizadas como base para o trabalho do Verificador Independente. Uma vez que parcela expressiva das análises são conduzidas por meio dos dados provenientes dos sistemas informatizados da Concessionária, existe forte dependência da qualidade dos controles internos que amparam o seu ambiente de tecnologia. Consequentemente, eventuais erros ou inconsistências decorrentes dessas fragilidades potencializam o risco de distorções nos dados utilizados para apuração dos indicadores, podendo impactar nos cálculos correspondentes. Desta forma, eventuais inconsistências decorrentes destas fragilidades de controles são de responsabilidade integral da Administração da Concessionária, e são consideradas como limitação do escopo do trabalho de verificação independente.

O trabalho do VI é limitado às atividades e escopo previamente definido neste programa de trabalho e não cabe ao mesmo atestar, certificar ou garantir o estado de conservação geral do Hospital, assegurar que falhas operacionais não ocorram, se responsabilizar por eventuais danos, prejuízos ou acidentes causados por falha de operação, manutenção, de equipamentos ou da infraestrutura do Hospital. Importante destacar também que o trabalho do Verificador Independente fornece observações, orientações e recomendações e não incluem como escopo a prestação de serviços de auditoria, atestes, testes de controles, prevenção de fraudes ou perdas, emissão de opinião ou qualquer outra forma de garantia sobre o sistema de controles internos da Concessionária ou seu cumprimento de leis e regulamentos, compilação, validação, validação de conformidade ou certificação de quaisquer naturezas.

### 3. Apuração dos Indicadores

Nesta seção serão apresentados os indicadores apurados para o 60º trimestre de operação da Concessão, a partir dos dados extraídos do sistema hospitalar do Hospital do Subúrbio, denominado PGH, observações documentais (como atas de reuniões) e prontuários obtidos por meio de seleção amostral.

Devido à impossibilidade de assegurar a integridade dos dados do sistema devido às fragilidades identificadas no ambiente tecnológico, o que inclui o sistema PGH, conforme descrito anteriormente, foram selecionadas amostras de prontuários dos pacientes e outras documentações pertinentes para análise amostral adicional visando corroborar os resultados obtidos dos dados sistêmicos.

Para todos os indicadores em que foram selecionados prontuários, em havendo divergência entre os dados imputados no sistema PGH e os dados descritos no prontuário eletrônico, foram considerados as informações e os aspectos identificados nos prontuários. Dessa forma, esse pode ser um fator representativo em eventuais diferenças entre o resultado apurado pelo VI e pela própria Concessionária.

A amostra foi selecionada sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e não aleatória, definida a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração e o tamanho da amostra para cada subpopulação dos itens foi determinado com base na tabela abaixo, definida com base em padrões globais utilizados como referência para realização de testes substantivos:

Remainder Population Size — Multiples of Tolerable Misstatement [Performance Materiality]	Not Relying on Controls	Relying on Controls
100x	30 (^)	10 (+)
200x	45	15
300x	53	18
400x	57	19
500x	60	20
Greater than 500x	60 (*)	20 (*)

Fonte: Audit Sampling and Substantive Analytical Procedures - Fonte: <https://techlib.deloitteresources.com/>

### 3.1 – Resultado apuração 60º semestre

Considerando a apuração realizada com base nos cálculos e condições acima apresentadas, a Contraprestação Mensal Efetiva (CME) para o 60º trimestre totalizou R\$ 23.849.540,45, conforme a composição demonstrada na sequência.

Abaixo, são apresentados os quadros-resumo dos resultados da apuração dos indicadores quantitativos (Tabela 1) e de desempenho (Tabela 2). Neles, são apresentados os 40 indicadores e respectivos (I) metas trimestrais, (II) resultado reportado pela Concessionária e (III) resultado apurado pelo Verificador Independente e (IV) consideração do VI acerca do resultado apurado: se plenamente atendido, parcialmente atendido ou não atendido.

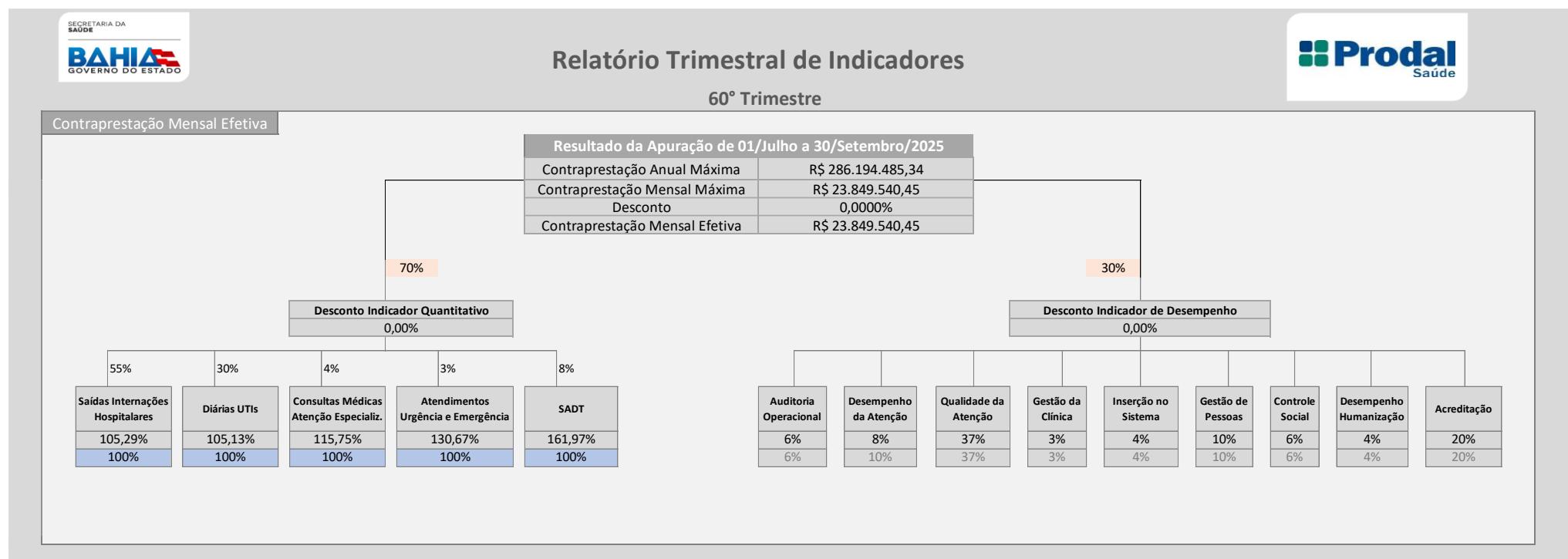


Tabela 1 -Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Percentual de atendimento apurado (IV)
1.1 Saídas de Internação Hospitalares	3.834	4.011	4.037	105,29%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	5.670	5.950	5.961	105,13%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	14.112	16.303	16.335	115,75%
2.2 Atendimentos Urgência e Emergência	3.600	4.701	4.704	130,67%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24.795	43.816	40.160	161,97%

Tabela 2 - Quadro-resumo de atendimento dos Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
<b>Auditoria Operacional</b>				
1.1 Revisão de Prontuários	Realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos	Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.	Realizadas as reuniões mensais.	Reuniões realizadas e investigação de 100% dos óbitos.	✓
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	Realização de reuniões mensais com registro em ata e análise crítica dos casos notificados. Ações realizadas, segundo as orientações da rotina implantada.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
1.5 Comissão de Transplante	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
<b>Desempenho da Atenção</b>				
2.1 Intervalo de Substituição	Max. 1 dia	0,7	0,77	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	13,4	11,47	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	75,30%	74,59%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	0,70%	2,15%	✓
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	98,20%	98,08%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	0,00%	0,55%	✓
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	Min. 100%	100%	100,00%	✓
2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	Até 45min para AVCi. Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecção de aorta. Até 6 horas, para os demais casos.	AVC – 35,338 min. Exames até 2h – 84,18 min. Exames até 6h – 146,58 min.	AVC – 35,90 min. Exames até 2h – 68,54 min. Exames até 6h – 151,21 min.	✓
<b>Qualidade da Atenção</b>				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	8,3/1.000	8,84/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	2,3/1.000	1,38/1.000	✓
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Max. 6,28%	4,30%	4,68%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	0,00%	0,14%	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
3.4.A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	0,10%	0,18%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	5,60%	6,67%	✓
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	5,60%	3,21%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	Max. 32,2%	23,8%	18,25%	✓
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	1,60%	3,14%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	2,2/1.000	0,8/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1.22/1.000	0/1.000	0/1.000	✓

**Gestão da Clínica**

4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	Documentação de protocolo	Protocolos elaborados e implementados	Protocolos elaborados e implementados	✓
------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

**Inserção no Sistema de Saúde**

5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	Min. 2 reportes diários	Realizados os reportes mínimos diários	Realizados os reportes mínimos diários	✓
------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------	---

**Gestão de Pessoas**

6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	Min. 82%	89,6%	84,96%	✓
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,54	0,61	0,54	✓
6.3 Índice de atividade de Educação Permanente	Min. 6,51/1.000 horas trabalhadas	8,2/1.000	7,94/1.000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	0,23%	0,24%	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
<b>Controle Social</b>				
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	100%	100%	100%	✓
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	Min. 55% e 80%	78,1% e 98,07%	67,80% e 99,28%	✓
<b>Desempenho Humanização</b>				
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	Realização de pelo menos 3 reuniões trimestrais abordando os 5 temas	Realizadas as reuniões mensais	Realizadas as reuniões mensais	✓
<b>Acreditação</b>				
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	Acreditação Vigente	Certificado de acreditação vigente	Certificado de acreditação vigente	✓

## 3.1 Indicadores Quantitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados por este Verificador Independente para o 60º trimestre da Concessão, conforme termos e metas definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

### 1.1 Saídas de Internações Hospitalares

Este indicador visa obter o quantitativo de saídas de pacientes internado pela Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Neurológica, no trimestre. O documento define que devem ser consideradas as saídas por alta (curada, melhorada ou inalterada), evasão, transferência externa ou óbito.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e MOVIMENTACOES\_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

Tabela 3 - Quadro-resumo do indicador “1.1 Saídas de Internações Hospitalares”

Saídas de Internação	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Clínica Médica	693	682	703	101,44%
Clínica Cirúrgica	2.370	2.119	2.122	89,54%
Clínica Pediátrica	465	671	672	144,52%
Clínica Neurológica	345	539	540	156,52%
Regulações não encaminhadas (*)	-39	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3.834</b>	<b>4.011</b>	<b>4.037</b>	<b>105,29%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 105,29% da meta estabelecida para o 60º trimestre.				

(\*) A ficha técnica do indicador define que quando for identificado que o paciente foi autorizado a ser transferido ao Hospital, porém este não foi encaminhado pelo Complexo Regulador (CER), a meta informada de saídas será reduzida diretamente de acordo com o quantitativo de pacientes que se enquadraram nesse caso.

Dessa forma, conforme demonstrado na tabela 3, foram subtraídos da meta 88 pacientes autorizados pelo CER sob as codificações SUREM abaixo, mas não encaminhados ao HS, conforme informações confirmadas pela Coordenação do Núcleo de Tecnologia da Informação do CER/DIREG/SUREGS (Anexo XIX):

SUREM	DATA DE CAPTACAO
70426	03/07/2025 08:52:39
70532	07/07/2025 13:19:17
70551	07/07/2025 15:49:53
70603	09/07/2025 10:15:14
70841	16/07/2025 10:57:21
71042	23/07/2025 09:31:28
71163	28/07/2025 11:19:00
71258	31/07/2025 09:34:16
71418	06/08/2025 08:10:22
71421	06/08/2025 09:14:19
71533	10/08/2025 01:40:30
71555	10/08/2025 10:08:54
71556	10/08/2025 10:14:21

SUREM	DATA DE CAPTACAO
71601	11/08/2025 10:49:20
71603	11/08/2025 10:52:38
71604	11/08/2025 11:47:42
71627	12/08/2025 08:52:00
71674	13/08/2025 16:40:31
71682	13/08/2025 21:00:44
71695	14/08/2025 15:16:12
71717	15/08/2025 09:06:09
71802	18/08/2025 14:02:24
71852	20/08/2025 16:23:06
71961	25/08/2025 09:07:57
71996	26/08/2025 10:46:40
72067	28/08/2025 17:31:37

SUREM	DATA DE CAPTACAO
72150	01/09/2025 02:52:22
72157	01/09/2025 11:55:10
72271	06/09/2025 08:21:34
72298	07/09/2025 07:54:48
72331	08/09/2025 10:05:57
72586	19/09/2025 05:37:55
72599	19/09/2025 17:51:15
72764	26/09/2025 09:24:29
72765	26/09/2025 09:27:48
72772	26/09/2025 20:39:09
72775	27/09/2025 00:30:37
72827	29/09/2025 08:02:49
72162	01/09/2025 15:08:02

## 1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Este indicador visa obter o quantitativo trimestral de diárias de pacientes internado nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Subúrbio. O documento define que devem ser apuradas as diárias dos serviços de UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neurológica.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir da tabela MOVIMENTACOES\_PACIENTES, por meio da qual foram obtidos os dados a seguir:

Tabela 4 - Quadro-resumo do indicador “1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI”

Diárias de UTI	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
UTI Adulto	4.050	4.292	4.301	106,19%
UTI Pediátrica	810	756	758	93,58%
UTI Adulto Neuro	810	902	902	111,36%
<b>Total</b>	<b>5.670</b>	<b>5.950</b>	<b>5.961</b>	<b>105,13%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 105,13% da meta estabelecida para o 60º trimestre.				

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados, dos 352 pacientes com diferença entre a data de alta médica e alta hospitalar, 19 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Abaixo listamos a relação dos prontuários analisados, nos quais foram observadas as datas de alta e quantidade de diárias de internação para comparação aos dados registrados no sistema PGH.

#	Paciente (PRON_SEQ)	Data de Internação	Data da Alta Hospitalar	Check
1	106179	10/07/2025 14:36	10/08/2025 14:03	✓
2	198860	07/08/2025 18:57	08/08/2025 13:16	✗
3	393003	16/08/2025 00:16	18/08/2025 06:17	✗
4	451180	10/07/2025 09:13	21/07/2025 15:33	✓
5	461930	17/07/2025 15:38	19/07/2025 12:44	✓
6	492131	19/08/2025 14:34	20/08/2025 12:12	✗
7	497232	01/08/2025 14:18	03/08/2025 07:32	✓
8	505906	19/09/2025 10:32	19/09/2025 11:46	✓
9	515513	04/09/2025 00:00	11/09/2025 18:22	✓
10	516893	21/07/2025 15:31	24/07/2025 14:05	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Data de Internação	Data da Alta Hospitalar	Check
11	521402	12/08/2025 12:55	18/08/2025 11:31	✓
12	533745	12/09/2025 10:44	15/09/2025 14:46	✓
13	533888	15/08/2025 13:55	25/08/2025 10:38	✓
14	535076	30/07/2025 00:00	08/08/2025 21:51	✓
15	536042	09/07/2025 01:49	12/07/2025 12:00	✓
16	537097	15/08/2025 00:00	22/08/2025 06:04	✓
17	538436	25/08/2025 12:12	04/09/2025 13:38	✓
18	538702	26/08/2025 14:06	02/09/2025 15:27	✗
19	540078	23/09/2025 09:30	27/09/2025 10:05	✓

Os registros sob status “✗” representam exceção quanto à comparação dos dados do prontuário *versus* os dados imputados no sistema PGH, com impacto no resultado da apuração. Dessa forma, para esses casos em que foram identificadas divergências de informações, foram consideradas no cálculo das diárias, para fins do indicador, as datas de saída do paciente constante do prontuário.

Destaca-se que tais deduções não foram consideradas no quantitativo demonstrado na Tabela 4, tendo em vista que, apesar da alta hospitalar ter sido registrada posteriormente à saída do paciente da unidade, foram em unidades abertas (fora da UTI). Ainda, ressaltamos que tal aspecto consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

## 2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Este indicador tem como objetivo avaliar o quantitativo no trimestre de consultas médicas em atenção especializada (acompanhamentos para egressos nas áreas de Clínica Médica, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço). O documento define que devem ser considerados os atendimentos realizados por meio de encaminhamento do Complexo Regulador.

Para apuração deste indicador, foram consideradas as consultas médicas de todas as especialidades (além das previstas no parágrafo acima), conforme orientado pelo Poder Concedente (Anexo XX). Os dados foram extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e MOVIMENTACOES\_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

\* Número de consultas médicas em atenção especializada: 16.457

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 159 prontuários (\*) sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foram comparadas as informações constantes no sistema *versus* as constantes no prontuário no que tange às realizações dos atendimentos.

(\*) Além da quantidade mínima de 60 prontuários conforme tabela de amostragem apresentada nesse relatório, selecionamos ainda os registros com alta por desistência e evasão, a fim de verificar a execução do atendimento e, por fim, excluí-los do resultado, quando aplicável.

Tabela 5 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
1	514635	D	NE	03/07/2025	✗
2	529158	D	OR	26/09/2025	✗
3	535187	D	UR	27/07/2025	✗
4	54992	D	NE	30/07/2025	✗
5	503417	H	OR	19/07/2025	✓
6	529929	H	NE	02/07/2025	✓
7	539105	D	CR	08/09/2025	✓
8	513197	D	NC	13/08/2025	✓
9	509716	H	OR	02/07/2025	✓
10	416271	D	OR	29/09/2025	✗
11	523678	H	OR	03/08/2025	✓
12	47466	D	UR	14/07/2025	✗
13	537553	D	NE	05/08/2025	✗
14	471304	D	CL	29/09/2025	✗
15	510109	D	CB	18/09/2025	✗
16	496334	D	OR	16/09/2025	✗
17	525048	H	NE	01/07/2025	✓
18	510473	D	OR	14/07/2025	✗
19	412108	D	OR	05/08/2025	✗
20	356809	H	OR	05/07/2025	✓
21	539408	D	VA	22/09/2025	✗
22	527265	D	OR	20/08/2025	✗

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
81	515713	M	NE	24/09/2025	✗
82	529644	D	CL	18/07/2025	✗
83	512137	D	OR	08/09/2025	✗
84	417302	D	NE	11/07/2025	✗
85	498759	D	UR	12/08/2025	✗
86	237735	D	OR	11/08/2025	✗
87	190463	D	OR	07/07/2025	✗
88	537940	D	CL	25/08/2025	✗
89	74493	D	NC	27/08/2025	✗
90	340324	D	MC	05/08/2025	✗
91	85411	D	UR	14/07/2025	✗
92	132111	D	OR	03/07/2025	✗
93	360155	D	CL	05/08/2025	✗
94	529622	E	CL	05/09/2025	✗
95	203696	D	VA	19/08/2025	✓
96	524200	E	UR	04/07/2025	✓
97	537539	E	OR	18/08/2025	✗
98	538429	E	CL	20/08/2025	✗
99	540442	E	CB	26/09/2025	✗
100	530654	E	NE	23/07/2025	✗
101	445008	E	UR	30/07/2025	✗
102	519666	E	AS	22/07/2025	✗

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
23	532671	D	VA	31/07/2025	✗
24	508329	D	CP	23/09/2025	✗
25	123834	D	NC	23/07/2025	✗
26	522984	D	CL	22/07/2025	✗
27	527673	D	OR	24/07/2025	✓
28	526581	D	NC	07/08/2025	✗
29	530944	M	CP	01/07/2025	✓
30	528245	D	NE	13/08/2025	✗
31	142152	D	CL	03/09/2025	✗
32	533940	D	UR	14/07/2025	✗
33	438328	D	NE	17/09/2025	✗
34	47456	D	OR	28/07/2025	✗
35	537588	H	NE	17/08/2025	✓
36	514673	H	NE	15/08/2025	✓
37	534661	D	AS	20/08/2025	✗
38	538029	D	NE	24/09/2025	✗
39	509069	D	OR	17/09/2025	✗
40	525071	D	VA	23/07/2025	✗
41	528872	D	VA	23/07/2025	✗
42	529170	D	OR	03/07/2025	✗
43	535036	D	OR	07/07/2025	✗
44	531025	D	NE	19/08/2025	✗
45	507553	D	VA	31/07/2025	✗
46	389178	D	CL	06/08/2025	✗
47	535703	H	OR	03/08/2025	✓
48	534823	D	CP	01/07/2025	✗
49	539564	D	OR	19/09/2025	✗
50	518192	D	OR	19/09/2025	✗
51	447589	D	CL	15/07/2025	✗
52	530871	D	AS	18/09/2025	✗
53	503325	D	CP	05/09/2025	✗
54	535387	D	UR	31/07/2025	✗
55	489234	D	CL	30/09/2025	✗
56	385024	D	MC	05/08/2025	✗
57	119081	D	VA	31/07/2025	✗
58	214400	D	NE	12/09/2025	✗
59	497415	D	CL	05/08/2025	✗
60	533658	D	NE	04/09/2025	✗
61	25060	D	CB	10/07/2025	✗
62	522247	D	UR	01/09/2025	✗
63	507553	D	VA	23/07/2025	✗
64	370059	D	OR	18/09/2025	✗

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
103	535950	E	CL	09/09/2025	✗
104	464624	E	OR	20/08/2025	✗
105	535476	E	CL	04/07/2025	✓
106	538815	E	OR	19/09/2025	✓
107	535476	E	CL	17/07/2025	✗
108	537784	E	CB	08/08/2025	✗
109	537362	E	OR	22/09/2025	✗
110	510975	E	OR	21/07/2025	✓
111	539398	E	OR	19/09/2025	✓
112	179901	E	CL	18/07/2025	✗
113	533202	E	CL	14/07/2025	✗
114	514201	D	OR	21/08/2025	✗
115	381222	E	CL	06/08/2025	✗
116	419473	E	OR	02/09/2025	✗
117	536529	E	CP	17/07/2025	✗
118	535857	E	CL	04/08/2025	✗
119	527472	E	MC	03/07/2025	✗
120	501231	E	CB	25/07/2025	✗
121	516791	E	OR	07/07/2025	✗
122	280456	E	OR	25/09/2025	✗
123	534629	E	MC	11/09/2025	✗
124	128611	E	OR	03/09/2025	✗
125	532806	E	OR	20/08/2025	✗
126	295984	E	CL	08/07/2025	✗
127	319050	D	CL	01/09/2025	✗
128	414916	E	OR	20/08/2025	✗
129	122539	E	OR	28/07/2025	✗
130	478314	E	OR	17/07/2025	✗
131	529169	E	CL	07/07/2025	✗
132	408253	D	OR	04/09/2025	✗
133	486435	E	OR	28/08/2025	✗
134	21295	E	OR	16/09/2025	✗
135	95692	M	CL	15/08/2025	✓
136	477708	M	CL	13/09/2025	✗
137	533439	M	AS	10/07/2025	✗
138	538367	M	NE	19/08/2025	✗
139	536640	M	MC	18/07/2025	✗
140	518671	H	CL	02/07/2025	✓
141	66806	M	CL	13/08/2025	✓
142	529929	H	NE	02/07/2025	✓
143	384257	M	CB	01/08/2025	✓
144	538824	M	OR	27/08/2025	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
65	532698	D	NE	17/07/2025	✗
66	466547	D	CL	26/09/2025	✗
67	509069	D	OR	17/09/2025	✗
68	533564	D	VA	04/09/2025	✗
69	53702	D	MC	01/07/2025	✗
70	532159	D	NE	01/07/2025	✗
71	525041	M	CR	07/07/2025	✗
72	525673	D	OR	17/07/2025	✗
73	196989	D	CP	27/08/2025	✗
74	341009	D	VA	23/07/2025	✗
75	523049	D	OR	24/09/2025	✗
76	495150	M	OR	08/07/2025	✗
77	329910	D	OR	30/09/2025	✗
78	533416	D	CL	07/07/2025	✗
79	525045	D	UR	21/07/2025	✗
80	491082	D	UR	05/08/2025	✗

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Alta	Especialidade	Data da Consulta	Check
145	518049	H	CL	28/09/2025	✓
146	527673	D	OR	24/07/2025	✗
147	343739	M	OR	23/09/2025	✓
148	535751	M	OR	03/07/2025	✓
149	537702	H	OR	08/09/2025	✓
150	530423	M	NC	07/08/2025	✓
151	538810	M	OR	04/09/2025	✓
152	532729	H	NE	14/07/2025	✓
153	313637	M	OR	11/09/2025	✓
154	522427	M	CB	22/08/2025	✓
155	515713	M	NE	24/09/2025	✗
156	17280	M	NE	10/09/2025	✗
157	500047	M	CL	29/08/2025	✓
158	272627	M	NC	25/09/2025	✓
159	45827	M	NC	17/09/2025	✓

Os registros sob status “✗” representam exceção quanto à comparação dos dados do prontuário *versus* os dados do sistema PGH, com impacto no resultado da apuração, uma vez que o atendimento médico não aconteceu no ambulatório da unidade. Para os casos em que foram identificadas divergências de informações, foram consideradas as informações constantes do prontuário. Ainda, ressaltamos que tal aspecto consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

Dessa forma, tendo em vista as inconformidades acima descritas, o resultado do indicador passou a:

\* Número de consultas médicas em atenção especializada: 16.335

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 6 - Quadro-resumo do indicador “2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
14.112	16.303	16.335	115,75%
<b>Conclusão da Apuração</b>			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 115,75% da meta estabelecida para o 60º trimestre.			

## 2.2 Atendimentos Urgência e Emergência

Este indicador visa obter o quantitativo de atendimentos de urgência na atenção especializada, devendo ser contabilizados somente os atendimentos realizados por profissionais médicos.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e ADMISSOES\_EME, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

\* Número de atendimentos de urgência e emergência: 4.717

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 70 prontuários (\*) sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram comparadas as informações constantes nos prontuários com as extraídas do sistema PGH no que tange às realizações dos atendimentos.

(\*) Além da quantidade mínima de 60 prontuários conforme tabela de amostragem apresentada nesse relatório, selecionamos ainda os registros com alta por desistência e evasão, a fim de verificar a execução do atendimento e, por fim, excluí-los do resultado, quando aplicável.

Tabela 7 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.2 Atendimentos Urgência e Emergência”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Atendimento (PACI_TIAE_COD)	Data do Atendimento	Check
1	538360	OR	19/08/2025	✓
2	537491	OR	04/08/2025	✓
3	112844	CL	20/09/2025	✓
4	157048	MC	02/09/2025	✓
5	461111	CL	02/08/2025	✓
6	189808	MC	25/08/2025	✓
7	276975	OR	02/07/2025	✓
8	537519	CL	04/08/2025	✓
9	535695	OR	02/07/2025	✗
10	343049	CL	22/07/2025	✓
11	539407	CM	07/09/2025	✓
12	521964	OR	08/07/2025	✓
13	223318	CL	07/09/2025	✓
14	537135	CM	28/07/2025	✓
15	537321	MC	31/07/2025	✓
16	540495	CL	28/09/2025	✓
17	536289	MC	13/07/2025	✓
18	539893	CL	16/09/2025	✓
19	251227	CM	01/07/2025	✓
20	272760	OR	07/09/2025	✓
21	538959	OR	29/08/2025	✓
22	537867	CL	10/08/2025	✓
23	396438	CL	06/07/2025	✗
24	537732	CM	07/08/2025	✓
25	537832	CM	09/08/2025	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Atendimento (PACI_TIAE_COD)	Data do Atendimento	Check
36	540076	CM	20/09/2025	✓
37	511685	OR	19/08/2025	✗
38	534971	MC	25/08/2025	✓
39	539311	CL	04/09/2025	✓
40	102416	CL	25/07/2025	✓
41	494107	CM	01/08/2025	✓
42	540115	MC	21/09/2025	✗
43	539389	CM	06/09/2025	✓
44	535980	CM	07/07/2025	✓
45	538608	OR	26/08/2025	✓
46	251359	OR	09/07/2025	✓
47	537071	CL	26/07/2025	✗
48	536111	CL	09/07/2025	✗
49	538737	CL	26/08/2025	✓
50	539197	MC	03/09/2025	✗
51	537141	CL	28/07/2025	✓
52	213264	OR	24/08/2025	✗
53	536683	CM	19/07/2025	✓
54	279052	CL	15/07/2025	✓
55	535899	CM	05/07/2025	✗
56	539483	OR	08/09/2025	✗
57	539034	OR	31/08/2025	✗
58	85924	CL	30/09/2025	✗
59	481568	CL	12/08/2025	✓
60	540329	CL	24/09/2025	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Atendimento (PACI_TIAE_COD)	Data do Atendimento	Check
26	4402	CM	02/09/2025	✓
27	58797	CL	20/09/2025	✓
28	151146	CL	04/08/2025	✓
29	455717	OR	09/08/2025	✓
30	540272	CM	23/09/2025	✓
31	536293	CL	13/07/2025	✓
32	180899	CL	23/08/2025	✓
33	168214	CL	04/07/2025	✓
34	528009	OR	10/09/2025	✓
35	503442	CM	19/08/2025	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Tipo de Atendimento (PACI_TIAE_COD)	Data do Atendimento	Check
61	381	MC	01/08/2025	✗
62	458383	MC	28/07/2025	✗
63	940	MC	21/09/2025	✗
64	491290	MC	31/07/2025	✓
65	1264	CL	15/08/2025	✗
66	506515	CM	30/07/2025	✓
67	331687	CM	24/08/2025	✓
68	537431	CL	02/08/2025	✓
69	213755	CL	30/07/2025	✓
70	538849	OR	27/08/2025	✓

Os registros sob status “✗” representam exceção quanto à comparação dos dados do prontuário *versus* os dados do sistema PGH, com impacto no resultado da apuração, posto que representam pacientes que foram atendidos apenas pela equipe de enfermagem da unidade, sem atendimento médico. Observamos pelos prontuários que tais pacientes desistiram do atendimento antes de passarem pelo médico, ou foram orientados a procurar a UPA, em função do perfil da unidade. Apesar disso, o médico admitiu o paciente e registrou alta por evasão/desistência.

Ressaltamos que tais observações constam pontuadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

Para os casos em que foram identificadas divergências de informações, foram consideradas as informações constantes do prontuário e, dessa forma, o resultado do indicador passou a ser:

\* Número de atendimentos de urgência e emergência: 4.704

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 8 – Quadro-resumo do indicador “2.2 Atendimentos Urgência e Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
3.600	4.701	4.704	130,67%
<b>Conclusão da Apuração</b>			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 130,67% da meta estabelecida para o 60º trimestre.			

### 3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Este indicador visa obter o quantitativo de exames e procedimentos diagnósticos realizados no trimestre, devendo ser contabilizados somente os atendimentos de demanda interna, referente aos pacientes do ambulatório, urgências e emergência.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e DEBITOS\_PACIENTES\_ITENS, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

\* Número de exames realizados: 40.160

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram comparadas as informações constantes nos prontuários versus as informações extraídas do sistema PGH, no que tange às realizações dos exames.

Tabela 9 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
1	161838	15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	03/07/2025	✓
2	147437	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	08/07/2025	✓
3	498588	2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	13/07/2025	✓
4	537446	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	03/08/2025	✓
5	502175	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	08/08/2025	✓
6	537870	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	10/08/2025	✓
7	505542	8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	11/08/2025	✓
8	506706	10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	15/09/2025	✓
9	174938	6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	15/09/2025	✓
10	74028	3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	22/09/2025	✓
11	540515	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	29/09/2025	✓
12	540610	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	30/09/2025	✓
13	402876	3	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	03/07/2025	✓
14	527112	5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	21/07/2025	✓
15	517360	4	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	25/07/2025	✓
16	514174	4	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	10/08/2025	✓
17	538607	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	23/08/2025	✓
18	539051	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	31/08/2025	✓
19	37033	11	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	31/08/2025	✓
20	539471	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	08/09/2025	✓
21	539820	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	15/09/2025	✓
22	285109	5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	15/09/2025	✓
23	540123	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	21/09/2025	✓
24	269930	7	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	26/09/2025	✓
25	535780	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	03/07/2025	✓
26	511319	4	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	10/07/2025	✓
27	536264	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	12/07/2025	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
28	88933	2	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	03/08/2025	✓
29	537518	1	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	04/08/2025	✓
30	460650	9	RADIOGRAFIA DE BACIA	05/08/2025	✓
31	533290	4	RADIOGRAFIA DE BACIA	12/08/2025	✓
32	347188	6	RADIOGRAFIA DE COXA	19/08/2025	✓
33	538608	1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	23/08/2025	✓
34	312490	4	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	03/09/2025	✓
35	539763	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	14/09/2025	✓
36	85333	5	RADIOGRAFIA DE BACIA	17/09/2025	✓
37	353351	13	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	16/07/2025	✓
38	478142	5	ANTIBIOGRAMA	22/07/2025	✓
39	536835	1	LEUCOGRAMA	22/07/2025	✓
40	228146	12	DOSAGEM DE POTASSIO	03/08/2025	✓
41	509476	7	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	16/08/2025	✓
42	174963	14	DOSAGEM DE POTASSIO	23/08/2025	✓
43	510338	5	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	27/08/2025	✓
44	538995	1	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	29/08/2025	✓
45	499646	22	TROPONINA I	02/09/2025	✓
46	280791	3	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	22/09/2025	✓
47	540399	1	DOSAGEM DE UREIA	25/09/2025	✓
48	390294	11	TROPONINA I	28/09/2025	✓
49	535654	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	01/07/2025	✓
50	535862	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	04/07/2025	✓
51	536861	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	23/07/2025	✓
52	537864	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	10/08/2025	✓
53	523724	5	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	11/08/2025	✓
54	537990	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	12/08/2025	✓
55	457804	5	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	15/08/2025	✓
56	536489	3	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	15/09/2025	✓
57	535967	4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	18/09/2025	✓
58	502066	4	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	29/09/2025	✓
59	535967	4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	18/09/2025	✓
60	540506	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	28/09/2025	✓

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 10 - Quadro-resumo do indicador “3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico”

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Laboratório Clínico	17.712	35.297	35.432	200,05%
Radiologia	3.543	3.610	505	14,25%

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Ultrassonografia	885	279	264	29,83%
Ressonância Magnética	531	313	75	14,12%
Tomografia	2.124	4.317	3.884	182,86%
<b>Total</b>	<b>24.795</b>	<b>43.816</b>	<b>40.160</b>	<b>161,97%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 161,97% da meta estabelecida para o 60º trimestre.				

## 3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 60º trimestre da Concessão.

### 1.1 Revisão de Prontuários

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 1 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação de Prontuários de Pacientes. Vide Ficha Técnica abaixo:

#### **Ficha Técnica 1**

##### **1.1. Revisão de Prontuários**

##### **1.2. Avaliação e revisão de Óbitos**

- Comissão de Avaliação e Revisão do Prontuário do Paciente / Comissão de Revisão de Óbitos**

A obrigatoriedade da implantação da comissão de revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Mesmo que não fossem obrigatórias, a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários e a revisão sistemática de óbitos. A articulação das duas comissões é instrumento importante de controle de qualidade nas instituições hospitalares. O conhecimento das causas e dos processos envolvidos (eventos adversos) na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam, ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e em especial do prontuário do Cliente.

O aperfeiçoamento do Prontuário Eletrônico do Paciente e a análise de seu preenchimento permitem a redução de custo e a melhoria substancial da informação clínica.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no Anexo I, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- a. Portaria nº 30/2025, de 09 de Junho de 2025, referente à designação de membros para composição da Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;
- b. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 14/07/2025;
- c. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 20/08/2025;
- d. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 08/09/2025;

Apesar de não representar impacto ao resultado do indicador, em análise às atas e listas de presença obtidas da Concessionária, observamos que que: (i) as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de menos de 50% dos membros da comissão, (ii) no que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões, não há menção a pontos críticos ou soluções encaminhadas. Não é possível ao VI entretanto apontar que a ausência desses descritivos remetem à falha de registro ou à ausência de pontos críticos.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador 1.1 Revisão de Prontuários para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é definida quanto à realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 11 - Quadro-resumo do indicador “1.1 Revisão de Prontuários”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.1 Revisão de Prontuários	Atendido 
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com resgistro do número de prontuários analisados, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 6 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 1

#### 1.1. Revisão de Prontuários

#### 1.2. Avaliação e revisão de Óbitos

- Comissão de Avaliação e Revisão do Prontuário do Paciente / Comissão de Revisão de Óbitos**

A obrigatoriedade da implantação da comissão de revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Mesmo que não fossem obrigatorias, a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários e a revisão sistemática de óbitos. A articulação das duas comissões é instrumento importante de controle de qualidade nas instituições hospitalares. O conhecimento das causas e dos processos envolvidos (eventos adversos) na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam, ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e em especial do prontuário do Cliente.

O aperfeiçoamento do Prontuário Eletrônico do Paciente e a análise de seu preenchimento permitem a redução de custo e a melhoria substancial da informação clínica.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo II, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Portaria nº 01/2025, de 03 de janeiro de 2025, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 09/07/2025;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 20/08/2025;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 10/09/2025;
- Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/07/2025 a 30/09/2025.

Em análise às atas e listas de presença, identificamos que: (i) as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de todos ou mais de 50% dos membros da comissão e (ii) no que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões e relatórios de registro das investigações há detalhamento das observações e registro das soluções encaminhadas.

Ainda, foi observado que a primeira reunião do trimestre (ocorrida em 09/07/2025) foi voltada à discussão dos óbitos ocorridos no 59º trimestre, enquanto apenas a segunda e a terceira reunião foram direcionadas ao trimestre sob escopo, nas quais foram discutidos os óbitos ocorridos de 01/07/2025 a 31/08/2025 (total constante de 161). Por outro lado, verificamos que os demais 75 óbitos ocorridos no 60º trimestre foram investigados e formalizados na ata da reunião ocorrida em 08/10/2025, posterior ao trimestre em análise. Entretanto, tendo em vista que a meta do indicador não aponta que os óbitos devem ser investigados necessariamente nas 3 reuniões do trimestre ao qual são atribuíveis, entendemos pelo atendimento do indicador.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador 1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata e mínimo de 80% dos óbitos investigados.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 12 - Quadro-resumo do indicador “1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	

Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com registro de investigação de 100% dos óbitos ocorridos no trimestre, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.

### 1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 2 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Vide Ficha Técnica abaixo:

#### Ficha Técnica 2

##### 1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

- **CCIH**

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

A obrigatoriedade legal, no entanto, não foi suficiente para que a grande parte dos hospitais cumprisse as normas editadas. Em estudo recente do CREMESP, com 158 hospitais do estado de São Paulo, foi constatado que 82% das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar não funcionam adequadamente em pelo menos um dos itens analisados. O funcionamento e a organização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram avaliados segundo oito itens obrigatórios que constam na legislação: existência da comissão, formalização da comissão, membros executores, membros consultores, infraestrutura mínima, reunião periódica, regimento interno e participação na padronização de materiais. Dos hospitais visitados, 130 unidades deixaram de atender a pelo menos um dos itens. Portanto, o funcionamento apropriado da CCIH na realidade hospitalar brasileira é instrumento da melhoria da qualidade da gestão hospitalar.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo III, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Portaria nº 05/2025, de 10 de março de 2025, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 23/07/2025;
- Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 27/08/2025;
- Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 24/09/2025;
- Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 4º trimestre Ano: 15 - Período: 01/07/2025 a 30/09/2025.

Apesar de não representar impacto ao resultado do indicador, em análise às atas e listas de presença, foi identificado que as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de menos de 50% dos membros da comissão. No que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões, foram identificadas tratativas de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador 1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é definida quanto à realização de reuniões mensais com registros em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 13 - Quadro-resumo do indicador “1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	

Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.

## 1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 3 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização do Comitê de Farmacovigilância. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 3

#### 1.4. Comitê de Fármaco, tecno e hemo Vigilância

- **Comitê de Farmacovigilância**

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a ciência e as respectivas atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou de qualquer problema possível relacionado com fármacos. Esse campo de atividade tem-se expandindo e, recentemente, incluiu novos elementos de observação e estudo, como:

- Plantas medicinais;
- Medicina tradicional e complementar;
- Produtos derivados de sangue;
- Produtos biológicos;
- Produtos médico-farmacêuticos;
- Vacinas.

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância:

- Desvios da qualidade de produtos farmacêuticos;
- Erros de administração de medicamento;
- Notificações de perda da eficácia;
- Uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada;
- Notificação de casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos;
- Avaliação de mortalidade;
- Abuso e uso errôneo de produtos;
- Interações, com efeitos adversos, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.

- **Tecnovigilância:**

É o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização. Com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

**Hemovigilância:**

É um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo IV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- a. Portaria nº 07/2025, de 10 de março de 2025, com a designação do presidente e membros que compõem o Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância e;
- b. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 31/07/2025;
- c. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 28/08/2025; e
- d. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 30/09/2025.

Em análise às atas e listas de presença, foi identificado que as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de ao menos 50% dos membros da comissão e, no que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões há registros das discussões de inconformidades e das soluções encaminhadas.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador 1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância para o 6º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é definida quanto à realização de reuniões mensais com registro em ata, e análise crítica dos casos notificados.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 14 - Quadro-resumo do indicador “1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 1.5 Comissão de Transplante

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 4 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT). Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 4</b>	
<b>1.5. Comissão de Transplante</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)</b>            Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:            I - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado da Bahia (CNCDO/BA), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;            II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;            III - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;            IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;            V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;            VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;            VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.         </li> </ul>	

Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

- I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
- II - definir, juntamente com o diretor médico da Unidade Hospitalar, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;
- III - definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;
- IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;
- V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e
- VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados e encaminhar essas informações a CNCDO.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo V, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- a. Portaria nº 33/2025, de 04 de julho de 2025, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT);
- b. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 07/07/2025.
- c. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 04/08/2025.
- d. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 08/09/2025.

Em análise às atas e listas de presença, foi identificado que as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de todos ou mais de 50% dos membros da comissão e, no que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões, há detalhamento das observações e registro das soluções encaminhadas.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador 1.5 Comissão de Transplante para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é definida quanto à realização de reuniões mensais com registros em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 15 - Quadro-resumo do indicador “1.5 Comissão de Transplante”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.5 Comissão de Transplante	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 5 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 5

#### 1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA

##### ■ CIPA

##### -Características

A CIPA tem suporte legal no artigo 163 da Consolidação das Leis do Trabalho e na Norma Regulamentadora nº 5 (NR 5), aprovada pela Portaria nº 08/99 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. A NR 5 trata do dimensionamento, processo eleitoral, treinamento e atribuições da CIPA.

As empresas devem constituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes nos estabelecimentos que se enquadrem no Quadro I da NR 5, de acordo com a atividade econômica e o número de empregados.

A CIPA deverá ter mandato de um ano e ser assim constituída:

- igual número de representantes do empregador (indicados pela empresa) e de representantes dos empregados (eleitos);
- o presidente da CIPA deve ser escolhido pela empresa, dentre os membros por ela indicados;
- o vice-presidente da CIPA deve ser eleito dentre os representantes eleitos titulares, em eleição de que participam todos os representantes eleitos, inclusive os suplentes;
- o secretário da CIPA pode ser escolhido entre os membros da Comissão ou até mesmo ser um funcionário que dela não faça parte, mas seu nome precisa ser necessariamente aprovado por todos os cipeiros, eleitos e indicados

##### - Atuação

O objetivo da CIPA é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos". Sua missão é, portanto, a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo VI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- a. Ata de Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, realizada em 17/07/2025.
- b. Ata de Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 21/08/2025.
- c. Ata de Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 18/09/2025.

Em análise às atas e listas de presença, foi identificado que as reuniões do trimestre ocorreram com a presença de todos ou mais de 50% dos membros da comissão e, no que diz respeito ao conteúdo das atas das reuniões, há detalhamento das observações/incidentes e registro das soluções encaminhadas.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 30/2010, a meta do indicador 1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é definida quanto à realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 16 - Quadro-resumo do indicador “1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 2.1 Intervalo de Substituição

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 6 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os dias de ociosidade dos leitos do Hospital do Subúrbio. Vide Ficha Técnica abaixo:

**Ficha Técnica 6**

**2.1. Intervalo de Substituição**

**Objetivo:** Acompanhar os dias de ociosidade dos leitos

**Definição:** Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar.

- **Cliente-dia ou Paciente-dia:** será todo paciente internado (em leito normal ou virtual) no hospital por período menor ou maior que 24 horas. Pacientes internados por período maior que 24 horas serão contabilizados todos os dias de internação (independente da hora de entrada), exceto o dia de saída. Pacientes internados por período menor que 24 horas serão contabilizados como 1 (um) paciente dia. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Leito-dia:** será todo leito operacional previsto para o hospital durante determinado período, excluindo-se os leitos extras utilizados. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Taxa de ocupação hospitalar:** É a relação percentual entre o número de Clientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Excluídos os leitos extras
- **Tempo médio de permanência:** É a relação entre o total de Clientes-dia e o total de saídas do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de Pacientes - dia: 25.698
- Número de Leitos - dia: 28.796
- Total de Saídas do Hospital: 4.037

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador ocorre pela seguinte fórmula:

**Intervalo de Substituição**

$$= \frac{(1 - \text{Taxa de Ocupação Hospitalar}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}}{\text{Taxa de Ocupação Hospitalar}}$$

**Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)**

$$= \frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Número de Leitos - dia}}$$

**Tempo Médio de Permanência (TMP)**

$$= \frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Total de Saídas do Hospital}}$$

Com esses dados, calcula-se:

- Taxa de Ocupação Média Hospitalar (TOH):  $25.698 / 28.796 = 0,8924$
- Tempo Médio de Permanência (TMP):  $25.698 / 4.037 = 6,3656$
- Intervalo de Substituição:  $(1 - 0,8924) * (6,3656) / 0,8924 = 0,77$  dia

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 1 dia, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 17 - Quadro-resumo do indicador “2.1 Intervalo de Substituição”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1 dia	0,7 dia	0,77 dia

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 18 - Resultado da apuração do indicador "2.1 Intervalo de Substituição"

Indicador	Indicação do Atendimento
2.1 Intervalo de Substituição	Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 2.2 Índice de Renovação

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 7 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar quantos clientes ocuparam o mesmo leito no período. Vide Ficha Técnica abaixo:

### 2.2. Índice de Renovação

**Objetivo:** Acompanhar quantos Clientes ocuparam o mesmo leito no período

**Definição:** Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período.

A média de leitos extras é calculada em função da razão entre o total de leitos virtuais ativados e o total de dias do trimestre em questão, conforme abaixo:

$$\text{Média de Leitos extras} = \frac{\text{Total de Leitos extras Ativados}}{\text{Número de dias do período}}$$

O total de leitos extras ativados deve ser apurado considerando todos os leitos extras utilizados no período, independente do tempo de sua utilização .Um paciente poderá utilizar apenas 01 (um ) leito extra.

- **Total de saídas:** É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto, não deverão ser contabilizados como saídas
- **Número de leitos:** É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um Cliente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um Cliente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período. **Não considerar:** leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória,
- **Leito operacional:** É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.
- **Notas técnicas:** Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- **Total de Saídas do Hospital:** 4.037
- **Número de Leitos Operacionais, incluindo extras:** 352

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Renovação} = \frac{\text{Total de Saídas}}{\text{Número de Leitos Operacionais}}$$

Logo, IR = 4.037 / 352 = 11,47

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 4,9 saídas/leito, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 19 - Quadro-resumo do indicador “2.2 Índice de Renovação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 4,9 saídas/leito	13,4	11,47 saídas/leito

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 20 - Resultado da apuração do indicador “2.2 Índice de Renovação”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.2 Índice de Renovação	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 2.3 Índice de Resolubilidade da Internação

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 8 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos clientes internados. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 8</b>
<b>2.3. Índice de Resolubilidade na Internação</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos Clientes internados. Os Clientes internados nas UTIs ou que já foram internados nas UTIs não serão contabilizados.
<b>Definição:</b> Relação entre as saídas em até 5 (cinco) dias e o total de saídas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Total de saídas em até 5 (cinco) dias:</b> É o número de saídas dos Clientes da unidade de internação em até 5 (cinco) dias por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto, não deverão ser contabilizados como saídas</li> <li>• <b>Total de saídas:</b> É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.</li> </ul>

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais, após excluídos os pacientes com passagem pela UTI, foram obtidos os dados a seguir:

- Total de saídas em até 5 dias: 2.343
- Número de Saídas (sem passagem pela UTI): 3.141

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

**Índice de Resolubilidade da Internação**

$$= \frac{\text{Total de saídas de internação em até 5 dias (excluindo pacientes que estiveram em UTI em algum período da internação)}}{\text{Total de saídas}}$$

Logo, o IRI = 2.343 / 3.141 = 0,7459

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 90%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 21 - Quadro-resumo do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	75,3%	74,59%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 22 - Resultado da apuração do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	<span style="color: red;">✗</span> Não Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentam um resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

## 2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 9 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o atendimento da demanda de usuários que portam patologias que não exigem atendimento imediato (urgência e emergência).

**Ficha Técnica 09**

**2.4. Taxa de Atendimento de Usuários em Regime de Não Urgência e Emergência.**

**Objetivo:** Acompanhar o atendimento da demanda de usuários que portam patologias que não exigem atendimento imediato (urgência e emergência)

**Definição:** Relação entre o número de atendimentos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência e número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência.

**Emergência:** Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

**Urgência:** Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

**Meta:** 10%

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e HISTORICO\_CORES\_PACIENTES, por meio da qual foram obtidos os dados a seguir:

- Número de atendimentos médicos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência: 101
  - Classificação Azul: 12
  - Classificação Verde: 89
- Número total de atendimentos médicos no Serviço de Urgência e Emergência: 4.704

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

**Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência**

$$= \frac{\text{Número de atendimentos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência}}{\text{Número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência}}$$

Logo, o total de atendimento de usuários em regime de não urgencia e emergência =  $101 / 4.704 = 0,0215$

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 24 - Quadro-resumo do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 10%	0,7%	2,15%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 25 - Resultado de apuração do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentam um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 10 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência. Vide Ficha Técnica abaixo:

## Ficha Técnica 10

### 2.5. Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

**Objetivo:** Avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos Clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência.

**Definição:** Relação de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e o início do procedimento anestésico, em todas as cirurgias classificadas como de emergência.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas AVISOS\_CIRURGIAS, AGENDAS\_CIRURGIAS\_CAPAS e DESCRICOES\_CIRURGICAS, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Total (Início Proced. Anestésico - Notif. Cirúrgica) ≤ 60 min: 102
- Total de Cirurgias de Emergência: 104

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência} = \frac{\text{Total (Início Proced. Anestésico - Notif. Cirúrgica)} \leq 60 \text{ min.}}{\text{Total de Cirurgias de Emergência}}$$

Logo, o Intervalo de tempo para realização de cirurgia de emergência = 102 / 104 = 0,9808

Abaixo, o registro das 2 cirurgias realizadas após 60 minutos desde a notificação:

Tabela 26 – Registro das cirurgias realizadas após 60 minutos desde a notificação

Identificação Atendimento		Identificação do Paciente	Tipo de Cirurgia	Data/hora de aviso da cirurgia	Data/hora de indução anestésica	Tempo entre aviso e anestesia (minutos)
(ACIR_SEQ)	(ACIC_SEQ)	(ACIR_PRON_SEQ)	(ACDI_TIPO)	(ACIR_DTHR)	(DCIR_DTHR_INI_ANEST)	
31644	152204	536985	E	25/07/2025 00:00	25/07/2025 01:25	85,00
32034	154197	502066	E	14/09/2025 08:13	14/09/2025 09:15	61,99

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 30 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os respectivos horários de indução anestésica e aviso da cirurgia correspondem aos registrados no sistema.

Tabela 27 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador  
“2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

#	PRON_SEQ	Agenda de Cirurgia (ACIC_SEQ)	Data do Procedimento	Check
1	534629	151418	03/07/2025	✓
2	385695	151658	10/07/2025	✓
3	536312	151728	13/07/2025	✓
4	536831	152118	22/07/2025	✓
5	536985	152204	25/07/2025	✗
6	537150	152355	29/07/2025	✓
7	304366	152789	09/08/2025	✓
8	538147	153015	14/08/2025	✓
9	538270	153092	17/08/2025	✓
10	538083	153338	22/08/2025	✓

#	PRON_SEQ	Agenda de Cirurgia (ACIC_SEQ)	Data do Procedimento	Check
11	491121	153343	22/08/2025	✓
12	538642	153365	24/08/2025	✓
13	538632	153367	24/08/2025	✓
14	538991	153611	29/08/2025	✓
15	539193	153771	02/09/2025	✓
16	539376	153902	06/09/2025	✓
17	539408	153914	07/09/2025	✓
18	539673	154147	12/09/2025	✓
19	533968	154465	19/09/2025	✓
20	502066	154197	14/09/2025	✗
21	520682	151393	03/07/2025	✓
22	536270	152000	20/07/2025	✓
23	536747	152036	21/07/2025	✓
24	538256	153074	16/08/2025	✓
25	247128	154501	20/09/2025	✓
26	540320	154658	24/09/2025	✓
27	535693	151325	02/07/2025	✓
28	536270	151755	14/07/2025	✓
29	536831	152140	23/07/2025	✓
30	536959	152203	24/07/2025	✓

Destaca-se que os itens sob status “✗” representam as exceções já identificadas por meio da apuração dos dados dispostos no sistema PGH, descritas no resultado como sendo os dois procedimentos de emergência realizados após 60 minutos do aviso.

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 90%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 28 - Quadro-resumo do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	98,2%	98,08%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 29 - Resultado da apuração do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os reingressos na UTI – Adulto. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 11</b>	
<b>2.6. Taxa de Reingresso na UTI- Adulto durante a mesma internação.</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as reinternações na UTI – Adulto em até 24 horas após alta	
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de reingressos na UTI - Adulto, em até 24 horas após alta e o número de saídas da UTI - Adulto no mesmo período,	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de reingresso na UTI Adulto, em até 24h pós alta:</b> É o número de reingressos nas UTI Adulto, inclusive em outros hospitais, em até 24 horas após a alta.</li> <li>• <b>Número de saídas da UTI Adulto:</b> É o número total de saídas das UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</li> </ul>	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir. Cabe destacar que a Concessionária e o VI não possuem acesso aos dados de acesso dos pacientes a outras unidades hospitalares e portanto essa informação é uma limitação de escopo da análise do VI.

- Número de reingressos na UTI adulto em até 24h: 22
- Número de saídas da UTI Adulto: 910

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)} = \frac{\text{Número de reingressos na UTI adulto em até 24 horas}}{\text{Número de saídas da UTI adulto}}$$

Logo, a taxa de reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação em até 24h, considerando apenas os dados extraídos do sistema PGH =  $22 / 910 = 0,0242$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 22 prontuários cujas movimentações denotavam retorno à UTI sob o critério de amostragem não probabilística por seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio das quais foi verificado se as saídas anteriores ao reingresso são decorrentes de alta médica ou erro de registro.

Tabela 30 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador  
“2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

#	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
1	372	14/07/2025 22:52	✗
2	47565	18/07/2025 01:48	✓
3	81870	17/08/2025 14:07	✗
4	162143	27/07/2025 19:33	✗
5	281408	17/08/2025 15:29	✓
6	398623	08/09/2025 14:45	✗
7	425695	28/09/2025 10:30	✗
8	502929	01/08/2025 01:31	✗
9	527021	26/09/2025 12:01	✗
10	532697	28/09/2025 12:50	✗
11	532697	29/09/2025 07:45	✓
12	535240	04/07/2025 18:37	✓
13	535927	09/07/2025 15:17	✗

#	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
14	536237	25/07/2025 15:31	✗
15	536356	25/07/2025 12:46	✗
16	536512	29/07/2025 00:18	✗
17	537092	31/07/2025 08:31	✗
18	538030	22/08/2025 10:44	✗
19	538458	09/09/2025 02:36	✗
20	538663	31/08/2025 22:33	✓
21	539307	27/09/2025 12:52	✗
22	539735	17/09/2025 16:09	✗

As avaliações “✗” descrevem casos que não representam movimentações de retorno à UTI e resultam de irregularidade processual no registro das movimentações (a exemplo de reservas de leito que não foram efetivadas e/ou registro indevido), aspecto este que consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025. Dessa forma, tais registros foram subtraídos do resultado inicialmente obtido pelo VI.

Sendo assim, temos de forma atualizada os seguintes dados:

- Número de reingressos na UTI adulto em até 24h: 5
- Número de saídas da UTI Adulto: 910

Logo, da mesma forma, com os dados atualizados considerando as informações obtidas da análise amostral, a taxa de reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação em até 24h, considerando apenas os dsdos extraídos do sistema PGH = 5 / 910 = 0,0055

Abaixo, listamos e detalhamos os registros dos 05 casos de reingressos na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta:

Tabela 31 - Registro dos pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta

Identificação Atendimento (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data/hora da última alta da UTI (MOPA_DT_SAIDA)	Data/hora de reingresso na UTI (MOPA_DT_ENTRADA)	Tempo entre alta e reingresso (horas)	Nome do setor de reingresso (SETO_NOME)
47565	12	17/07/2025 12:15	18/07/2025 01:48	13,54	UTI Adulto 1 e 2
281408	3	16/08/2025 17:19	17/08/2025 15:29	22,16	UTI Neurológica
532697	5	28/09/2025 15:03	29/09/2025 07:45	16,69	UTI Neurológica
535240	2	04/07/2025 10:05	04/07/2025 18:37	8,52	UTI Adulto 1 e 2
538663	2	31/08/2025 16:44	31/08/2025 22:33	5,82	UTI Adulto 1 e 2

Tabela 32 - Movimentação dos pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta

Identificação do atendimento MOPA_PACI_PRON_SEQ MOPA_PACI_SEQ		Data/hora do ingresso na UTI MOPA_DT_ENTRADA	Nome do setor SETO_NOME	Data/hora da saída da UTI MOPA_DT_SAIDA	Avaliação
47565	12	14/07/2025 18:41	UTI Neurológica	17/07/2025 12:15	
47565	12	17/07/2025 12:15	Internação Neurológica	18/07/2025 01:48	
47565	12	18/07/2025 01:48	UTI Adulto 1 e 2	18/07/2025 23:59	Reingresso < 24h

281408	3	09/08/2025 18:39	UTI Neurológica	16/08/2025 17:19	
281408	3	16/08/2025 17:19	Internação Neurológica	17/08/2025 15:29	

Identificação do atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Nome do setor	Data/hora da saída da UTI	Avaliação
MOPA_PACI_PRON_SEQ	MOPA_PACI_SEQ	MOPA_DT_ENTRADA	SETO_NOME	MOPA_DT_SAIDA	
281408	3	17/08/2025 15:29	UTI Neurológica	23/08/2025 12:22	Reingresso < 24h

532697	5	28/09/2025 12:50	UTI Adulto Cirúrgica	28/09/2025 15:03	
532697	5	28/09/2025 15:03	Internação Neurológica	29/09/2025 07:45	
532697	5	29/09/2025 07:45	UTI Neurológica		Reingresso < 24h

535240	2	23/06/2025 13:59	UTI Adulto 1 e 2	04/07/2025 10:05	
535240	2	04/07/2025 10:05	Internação Adulito II	04/07/2025 18:37	
535240	2	04/07/2025 18:37	UTI Adulto 1 e 2	05/07/2025 17:06	Reingresso < 24h

538663	2	25/08/2025 10:37	UTI Adulto 1 e 2	31/08/2025 16:44	
538663	2	31/08/2025 16:44	Internação Adulito Terreo II	31/08/2025 22:33	
538663	2	31/08/2025 22:33	UTI Adulto 1 e 2	06/09/2025 23:59	Reingresso < 24h

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2,3%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 33 - Quadro-resumo do indicador  
“2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2,3%	0,0%	0,55%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 34 - Resultado da apuração do indicador “2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 34 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a verificação de itens essenciais à segurança do paciente durante a realização das cirurgias. Vide Ficha Técnica abaixo:

**Ficha Técnica 34****2.7 Taxa de realização de checklist de cirurgia segura.**

**Objetivo do Indicador:** Acompanhar a verificação de itens essenciais à segurança do paciente durante a realização das cirurgias

**Fórmula de Cálculo:** Número de checklists realizados /Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico, excluindo do cálculo procedimento cirúrgicos de emergência.

**Detalhamento da Fórmula de Cálculo:**

Numerador: Número de checklists de cirurgia segura, realizados durante a realização de procedimentos cirúrgicos.

Denominador: Número total de cirurgias realizadas em Centro Cirúrgico, exceto cirurgias de emergência

**Meta:** 100%

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas CIR\_SEGURA\_PACIENTES\_CAPAS, AVISOS\_CIRURGIAS e DESCRICOES\_CIRURGICAS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

- Número de checklists de cirurgias seguras realizados: 2.676
- Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 2.750

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

**Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura**

$$= \frac{\text{Número de checklists de cirurgias seguras realizados}}{\text{Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico (excluindo os procedimentos cirúrgicos de emergência)}}$$

=  $\frac{2.676}{2.750} = 0,9731$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 74 prontuários (dos 74 registros de cirurgias identificados sem preenchimento de checklist)sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se os checklists foram efetivamente preenchidos e anexados ao prontuário.

Tabela 35 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador  
“2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura”

#	PRON_SEQ	Data do Procedimento	Check
1	103622	26/08/2025	✗
2	103622	10/09/2025	✗
3	108325	29/09/2025	✗
4	117618	30/09/2025	✗
5	121206	25/08/2025	✗
6	121206	25/08/2025	✗
7	227655	05/08/2025	✗
8	266318	29/07/2025	✗
9	266318	31/07/2025	✗
10	266318	31/07/2025	✗
11	266318	07/08/2025	✗
12	333803	07/07/2025	✗
13	425695	29/09/2025	✗

#	PRON_SEQ	Data do Procedimento	Check
38	536659	19/07/2025	✗
39	536758	22/07/2025	✗
40	536761	24/07/2025	✗
41	536765	22/07/2025	✗
42	536837	08/09/2025	✗
43	536912	13/08/2025	✗
44	537103	28/07/2025	✗
45	537103	31/07/2025	✗
46	537118	14/08/2025	✗
47	537199	18/08/2025	✗
48	537255	06/08/2025	✗
49	537440	03/08/2025	✗
50	537497	06/08/2025	✗

#	PRON_SEQ	Data do Procedimento	Check
14	447413	03/07/2025	✗
15	453666	22/07/2025	✗
16	456524	29/09/2025	✗
17	465955	23/07/2025	✗
18	488648	02/07/2025	✗
19	489053	11/09/2025	✗
20	499167	29/09/2025	✗
21	513585	05/07/2025	✗
22	521402	31/07/2025	✗
23	525674	04/08/2025	✗
24	529194	27/07/2025	✗
25	533940	03/07/2025	✗
26	535337	09/07/2025	✗
27	535445	02/07/2025	✗
28	535896	07/07/2025	✗
29	536021	09/07/2025	✗
30	536057	09/07/2025	✗
31	536058	17/07/2025	✗
32	536099	09/07/2025	✗
33	536114	11/07/2025	✗
34	536226	11/07/2025	✗
35	536228	16/07/2025	✗
36	536511	17/07/2025	✗
37	536604	01/09/2025	✗

#	PRON_SEQ	Data do Procedimento	Check
51	537723	20/08/2025	✗
52	537735	20/08/2025	✗
53	538017	18/08/2025	✗
54	538261	18/08/2025	✗
55	538284	27/08/2025	✗
56	538503	21/08/2025	✗
57	538538	22/08/2025	✗
58	538591	03/09/2025	✗
59	538609	24/08/2025	✗
60	538663	02/09/2025	✗
61	538814	11/09/2025	✗
62	538983	29/08/2025	✗
63	539020	30/08/2025	✗
64	539068	01/09/2025	✗
65	539245	04/09/2025	✗
66	539308	22/09/2025	✗
67	539371	07/09/2025	✗
68	539423	17/09/2025	✗
69	539447	10/09/2025	✗
70	539674	23/09/2025	✗
71	540118	29/09/2025	✗
72	540118	29/09/2025	✗
73	540389	25/09/2025	✗
74	540500	28/09/2025	✗

Destaca-se que as avaliações “✗” acima não representam exceções, trata-se de procedimentos realizados sem checklist pois foram realizados a “beira leito”, não em centro cirúrgico. Sendo assim, em se tratando de procedimentos realizados fora do centro cirúrgico, cabe removê-los do denominador do indicador.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de checklists de cirurgias seguras realizados: 2.676
- Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 2.676

Logo, da mesma forma, com os dados atualizados considerando as informações obtidas da análise amostral, a taxa de realização de checklist de cirurgia segura = 2.676 / 2.676 = 1

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 100%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 36 - Quadro-resumo do indicador “2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 100%	100%	100%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 37 - Resultado da apuração do indicador "2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura"

Indicador	Indicação do Atendimento
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	Atendido
Conclusão da Apuração	Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.

## 2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 35 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o tempo de resposta às solicitações de exames de caráter urgente (pacientes da emergência). Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 35

#### 2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia.

**Objetivo do Indicador:** Acompanhar o tempo de resposta às solicitações de exames de caráter urgente (pacientes da emergência).

**Fórmula de Cálculo:** Tempo Médio decorrido a partir da solicitação do exame pelo médico prescritor até a disponibilização do laudo no sistema.

#### Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

**Tomografia:** Subtração entre o tempo do registro no sistema do primeiro laudo e o registro da solicitação da tomografia. Um mesmo paciente que realize os dois exames deve ser contabilizado em cada um dos tempos, separadamente. O cálculo do indicador se dará pela apuração de cada exame realizado, contemplando o universo de exames de tomografia realizados no trimestre.

#### Meta:

Até 45 min para AVC.

Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecção de aorta.

Até 6 horas, para os demais casos.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas ACESSO\_CR, SOLICITACOES\_EXAMES\_CAPAS, DEBITOS\_PACIENTES\_CAPA, SISTEMAS\_EXTERNOS\_PRIOR, SETORES e SISTEMAS\_EXTERNOS\_PERF, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Total de exames de Tomografia para AVC: 97, em 3.482 minutos – média de 35,90 minutos
- Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta: 71, em 4.866 minutos – média de 68,54 minutos. Total de exames de Tomografia para demais casos: 847, em 128.073 minutos – média de 146,58 minutos

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

#### Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

= Data/hora de registro do primeiro laudo no sistema - Data/hora de registro da solicitação da tomografia

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se os laudos foram anexados e se os horários correspondem aos registrados no sistema.

Tabela 38 – Relação de prontuários selecionados “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
1	100466	07/08/2025 17:10	07/08/2025 20:04	✓
2	537231	29/07/2025 21:27	30/07/2025 00:03	✓
3	537730	07/08/2025 18:58	07/08/2025 20:51	✓
4	531386	21/07/2025 20:27	21/07/2025 21:59	✓
5	536768	22/07/2025 03:37	22/07/2025 05:08	✓
6	538459	20/08/2025 21:04	20/08/2025 22:06	✓
7	223651	21/08/2025 11:44	21/08/2025 12:45	✓
8	537034	25/07/2025 12:28	25/07/2025 13:24	✓
9	535907	06/07/2025 05:43	06/07/2025 06:38	✓
10	539046	31/08/2025 12:20	31/08/2025 13:15	✓
11	536241	11/07/2025 19:21	11/07/2025 20:13	✓
12	538633	24/08/2025 10:22	24/08/2025 11:12	✓
13	483126	19/09/2025 15:07	19/09/2025 15:56	✓
14	540108	20/09/2025 23:36	21/09/2025 00:25	✓
15	538578	22/08/2025 20:14	22/08/2025 21:02	✓
16	538903	28/08/2025 13:13	28/08/2025 14:00	✓
17	24509	09/07/2025 07:17	09/07/2025 08:03	✓
18	535930	06/07/2025 22:08	06/07/2025 22:52	✓
19	8588	10/07/2025 19:17	10/07/2025 19:59	✓
20	539733	13/09/2025 00:21	13/09/2025 01:01	✓
21	447388	14/08/2025 21:26	14/08/2025 22:06	✓
22	537801	08/08/2025 22:35	08/08/2025 23:15	✓
23	455881	20/08/2025 11:11	20/08/2025 11:51	✓
24	537730	07/08/2025 18:56	07/08/2025 19:36	✓
25	537333	31/07/2025 15:26	31/07/2025 16:05	✓
26	538726	26/08/2025 05:45	26/08/2025 06:24	✓
27	145190	16/07/2025 14:40	16/07/2025 15:19	✓
28	537087	27/07/2025 10:11	27/07/2025 10:48	✓
29	537094	27/07/2025 14:18	27/07/2025 15:00	✓
30	335567	04/09/2025 18:17	-	✗
31	538991	29/08/2025 20:09	30/08/2025 10:52	🚫
32	244529	13/08/2025 20:42	14/08/2025 09:43	🚫
33	539377	06/09/2025 08:17	06/09/2025 16:39	🚫
34	539962	18/09/2025 04:00	18/09/2025 09:04	🚫
35	538284	17/08/2025 22:44	18/08/2025 02:19	✓
36	35292	18/08/2025 11:59	18/08/2025 14:41	✓
37	254062	15/09/2025 20:44	15/09/2025 23:17	✓
38	538568	22/08/2025 13:31	22/08/2025 16:00	✓
39	537101	27/07/2025 23:11	28/07/2025 01:32	✓
40	540147	22/09/2025 04:15	22/09/2025 06:19	✓
41	539174	02/09/2025 15:33	02/09/2025 17:31	✓
42	539175	02/09/2025 16:06	02/09/2025 17:49	✓
43	540288	24/09/2025 09:47	24/09/2025 11:24	✓
44	538832	27/08/2025 12:39	27/08/2025 14:15	✓
45	537069	26/07/2025 17:10	26/07/2025 18:44	✓
46	539902	16/09/2025 22:19	16/09/2025 23:52	✓
47	536904	23/07/2025 21:00	23/07/2025 22:27	✓
48	477908	05/08/2025 23:24	06/08/2025 00:47	✓
49	539445	08/09/2025 02:30	08/09/2025 03:52	✓
50	538271	17/08/2025 14:02	17/08/2025 15:47	✓
51	494623	31/08/2025 09:53	01/09/2025 02:56	✓
52	535680	01/07/2025 21:32	02/07/2025 11:47	✓
53	536959	24/07/2025 12:59	24/07/2025 14:47	✓
54	455894	27/07/2025 10:36	27/07/2025 12:36	✓
55	529194	27/07/2025 14:24	27/07/2025 15:23	✓

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
56	537098	27/07/2025 18:30	27/07/2025 19:37	✓
57	422315	27/07/2025 23:25	28/07/2025 00:29	✓
58	531180	23/08/2025 18:10	-	✗
59	539157	02/09/2025 17:50	02/09/2025 23:59	✓
60	539466	08/09/2025 08:34	08/09/2025 09:46	✓

Os itens 30 e 58, sob status “✗”, foram excluídos do resultado, tendo em vista que os respectivos exames foram cancelados e, os itens 31 a 34, sob o status “∅” também foram expurgados do resultado, uma vez que tratam de exames de angio tomografia. Embora tenham sido excluídos do escopo da análise, pelos motivos de cancelamento ou escopo de exame, tais apontamentos não representam exceções e portanto não foram refletidos nos relatórios P6.1 a P6.3 de Status, Riscos e Problemas . A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 39 - Quadro-resumo do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Até 45min para AVC.</li> <li>- Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecção de aorta.</li> <li>- Até 6 horas, para os demais casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC – 35,33 min.</li> <li>- Exames até 2h – 84,18 min.</li> <li>- Exames até 6h – 146,58 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC – 35,90 min.</li> <li>- Exames até 2h – 68,54 min.</li> <li>- Exames até 6h – 151,21 min.</li> </ul>

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 40 - Resultado da apuração do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI Adulto. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 12</b>	
<b>3.1. Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI adulto.	
<b>Definição:</b> Relação entre o número de episódios de infecções hospitalares, na UTI adulto e o número de clientes-dia, no período. O numerador do indicador em questão deve contabilizar o número de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do Cliente apenas na UTI Adulto, excluindo-se os pacientes de todo o Hospital.	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de episódios de infecção hospitalar:</b> É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do Cliente na UTI Adulto, que se manifesta durante a internação ou após a alta. É coletado através de busca ativa entre os Clientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção. Utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo Ministério da Saúde. Caso seja necessário, é realizada a revisão do prontuário. Devem ser consideradas as seguintes localizações: (i) Infecção da corrente sanguínea; (ii) Infecção trato urinário; (iii) Infecção trato respiratório; e (iv) Infecção do sítio cirúrgico.</li> </ul>	<p>Obs.: Um mesmo Cliente pode apresentar um ou mais episódios de Infecção Hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de Clientes-dia:</b> É o número de medida que representa a assistência prestada a um Cliente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do Cliente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</li> </ul>

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas INFECCOES\_HOSPITALARES, PACIENTES, SITIOS\_PRINCIPAIS e MOVIMENTACOES\_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de episódios de infecção hospitalar: 46**
- Número de pacientes/dia: 5.203**

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto} = \frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Número de pacientes/dia}}$$

Logo, a densidade global de infecção hospitalar na UTI Adulto = 46 / 5.203 = 0,00884

Abaixo, listamos os registros dos 46 casos de infecção hospitalar associáveis à UTI adulto:

Tabela 41 - Registro dos casos de infecção hospitalar associáveis à UTI adulto

Identificação do paciente	Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Descrição da infecção
(INHO_PRON_SEQ)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(SIPR_DESC_COMPLETA)
534629	11480	02/07/2025	Infecção do trato urinário
98062	11485	04/07/2025	Infecção de sítio cirúrgico
18860	11491	05/07/2025	Infecção do trato urinário
24883	11492	05/07/2025	Infecção do trato urinário
535072	11487	06/07/2025	Pneumonia associada à ventilação mecânica
513428	11474	08/07/2025	Infecção do trato urinário
525525	11495	13/07/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536194	11479	13/07/2025	Infecção do trato respiratório inferior
535072	11488	15/07/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

Identificação do paciente	Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Descrição da infecção
(INHO_PRON_SEQ)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(SIPR_DESC_COMPLETA)
410705	11499	20/07/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
525525	11493	21/07/2025	Infecção do trato urinário
47565	11489	22/07/2025	Infecção do trato urinário
535694	11496	22/07/2025	Infecção do trato respiratório inferior
525652	11533	30/07/2025	Infecção do trato respiratório inferior
333803	11532	04/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
537221	11539	06/08/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
537199	11548	08/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536508	11550	10/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
477908	11549	11/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
534150	11551	14/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
502929	11555	16/08/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
481568	11515	17/08/2025	Pneumonia associada à ventilação mecânica
207938	11517	18/08/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
525652	11534	18/08/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
537118	11553	18/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
538162	11544	18/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536604	11557	20/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536291	11507	22/08/2025	Pneumonia associada à ventilação mecânica
537723	11547	22/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
497250	11554	23/08/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536604	11556	23/08/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
525652	11505	26/08/2025	Infecção de sítio cirúrgico
538633	11568	27/08/2025	Pneumonia associada à ventilação mecânica
538353	11566	07/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
37589	11567	12/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
534058	11572	14/09/2025	Infecção do trato urinário
539513	11599	14/09/2025	Infecção do trato urinário
254062	11587	18/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
536291	11584	19/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
425695	11582	21/09/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
532432	11574	21/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
540167	11592	26/09/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
540167	11591	26/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
245754	11589	27/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
499167	11594	28/09/2025	Infecção do trato respiratório inferior
540209	11583	28/09/2025	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 20/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 42 - Quadro-resumo do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 20/1.000	8,3/1.000	8,84/1.000

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador.

Tabela 43 - Resultado da apuração do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Atendido 
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 13 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 13

#### 3.2. Densidade de Infecção Hospitalar associada a Venoso Central (“CVC”).

**Objetivo:** Acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central.

**Definição:** Relação entre o número de episódios de infecções em corrente sanguínea e o número de CVC - dia, no período. O numerador do indicador em questão deve contabilizar o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC apenas na UTI Adulto, excluindo-se os pacientes de todo o Hospital.

- **Número de episódios de Infecção de corrente sanguínea:** É o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC na UTI Adulto, que se manifesta durante a internação ou após 48h da retirada do cateter. É coletado através de busca ativa entre os Clientes internados, utilizando como pistas resultados de

hemoculturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção. Utiliza-se a definição de infecção de corrente sanguínea recomendada pelo Ministério da Saúde. Caso seja necessário, é realizada a revisão do prontuário.

- **Número de CVC - dia:** Total dos dias de uso de Cateter Venoso Central por Cliente no mês. Registrar diariamente o número de CVC nos Clientes na UTI adulto, caso o Cliente possua mais de um CVC, contar apenas uma vez. Cada dia de procedimento invasivo é contado a partir das 00h01minh. São considerados CVC: intracath, duplo lúmen, tripli lúmen, cateter de Swan Ganz, Hickman, Portocath, cateter umbilical, PICC.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas CARAC\_PROC\_PACIENTES\_ITENS, MOVIMENTACOES\_PACIENTES, SETORES, INFECCOES\_HOSPITALARES, SITIOS\_PRINCIPAIS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de episódios de IPCS por CVC: 10
- Número de CVC/dia: 5.807

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

**Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto**

$$= \frac{\text{Número de episódios de ITU pós utivilização de CVC}}{\text{Número de CVC-dia}}$$

Logo, condeirando somente os dados extraídos do sistema PGH, a densidade de infecção associada à CVC na Utí Adulto = 10 / 5.807 = 0,0017

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 10 prontuários, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se as infecções são associadas à UTI e ao uso do cateter.

Tabela 45 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador  
“Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto”

#	Paciente	Data do Diagnóstico	Check
1	535072	15/07/2025	✓
2	410705	20/07/2025	✗
3	537221	06/08/2025	✓
4	502929	16/08/2025	✓
5	207938	18/08/2025	✓
6	525652	18/08/2025	✗
7	536604	23/08/2025	✓
8	425695	21/09/2025	✓
9	540167	26/09/2025	✓
10	540209	28/09/2025	✓

As avaliações “✗” acima correspondem a pacientes que, de acordo com as informações constantes nos respectivos prontuários, durante a internação na UTI, estavam em uso do Cateter Venoso Periférico, apesar do registro no sistema PGH denotar o uso do Cateter Venoso Central. Destaca-se que tal situação consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

Dessa forma, tais registros foram subtraídos do resultado inicialmente obtido. Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de episódios de IPCS por CVC: 8
- Número de CVC/dia: 5.807

Da mesma forma, com os dados atualizados considerando as informações obtidas da análise amostral, a densidade de infecção associada à CVC na Uti Adulto = 8 / 5.807 = 0,00138

Abaixo, listamos os registros dos 8 casos de infecção da corrente sanguínea em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período:

Tabela 44 - Registro dos casos de infecção da corrente sanguínea em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período

Identificaçã o do paciente (INHO_PRO N_SEQ)	Registro da infecção (INHO_SEQ)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Cód. Da infecção INHO_RECN_ REGISTRO	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
535072	11488	15/07/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
537221	11539	06/08/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
502929	11555	16/08/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
207938	11517	18/08/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

Identificação do paciente (INHO_PRO_N_SEQ)	Registro da infecção (INHO_SEQ)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Cód. Da infecção INHO_RECN_REGISTRO	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
536604	11556	23/08/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
425695	11582	21/09/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
540167	11592	26/09/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
540209	11583	28/09/2025	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 4,4/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 46 - Quadro-resumo do indicador “3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 4,4/1.000	2,3/1.000	1,38/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 47 - Resultado da apuração do indicador “3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.

### 3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 14 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 14</b>
<b>3.3. Taxa de Mortalidade Institucional</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de óbitos após 24 h de internação:</b> É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação.</li> <li>• <b>Total de saídas:</b> É o número total de saídas dos Clientes da unidade de internação (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto não deverá ser contabilizado como saída.</li> </ul>

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, SETORES e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos após 24 horas de internação: 189
- Total de saídas das unidades de internação: 4.037

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Institucional} = \frac{\text{Número de óbitos após 24 horas de internação}}{\text{Total de saídas das unidades de internação}}$$

Logo, a taxa de mortalidade institucional =  $189 / 4.037 = 0,0468$

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 6,28%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 48 - Quadro-resumo do indicador “3.3 Taxa de Mortalidade Institucional”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 6,28%	4,30%	4,68%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 49 - Resultado da apuração do indicador “3.3 Taxa de Mortalidade Institucional”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 15</b>	
<b>3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA.	
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos durante o ato cirúrgico, no período(até a saída do paciente do CRPA) e o número total de atos cirúrgicos , em determinado período.	
$TxMO = \frac{NOAC}{TAC} \times 100$	
<b>Legenda:</b>	
NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico,até a saída do paciente do CRPA	
TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de óbitos transoperatórios:</b> É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico,até a saída do paciente do CRPA, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de cirurgias realizadas:</b> Número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por Clientes e não por procedimentos, Isso ocorre devido a alguns Clientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.</li> </ul>	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas DESCRCOES\_CIRURGICAS, AGENDAS\_CIRURGIAS\_CAPAS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos transoperatórios:** 3
- Total de cirurgias realizadas:** 2.778

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Transoperatória} = \frac{\text{Número de óbitos transoperatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$$

Logo, a taxa de mortalidade transoperatória considerando apenas os dados extraídos do sistema PGH = 3 / 2.778 = 0,0011.

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 17 prontuários cujos óbitos ocorreram com horário próximo do horário da cirurgia, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados,por meio dos quais foi verificado se os óbitos ocorriam no transoperatório:

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
1	538083	23/08/2025 17:22	22/08/2025 19:15	✗
2	497952	02/09/2025 13:12	01/09/2025 16:20	✗
3	247128	20/09/2025 23:24	20/09/2025 06:00	✗
4	520382	28/08/2025 16:11	28/08/2025 02:10	✓
5	538147	15/08/2025 06:45	14/08/2025 19:50	✗
6	514000	19/07/2025 04:51	18/07/2025 21:00	✗
7	538795	31/08/2025 08:51	31/08/2025 06:55	✗
8	53151	16/09/2025 13:36	16/09/2025 11:40	✓
9	385695	19/07/2025 19:31	19/07/2025 17:40	✗
10	538283	26/08/2025 13:57	26/08/2025 12:25	✗
11	520682	03/07/2025 17:03	03/07/2025 16:05	✓
12	538716	29/08/2025 18:27	29/08/2025 17:35	✗

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
13	538462	27/08/2025 12:53	27/08/2025 12:30	✗
14	525674	04/08/2025 16:54	04/08/2025 09:55	✗
15	198860	05/08/2025 10:37	07/08/2025 20:50	✗
16	539193	03/09/2025 03:20	03/09/2025 04:25	✓
17	536987	01/08/2025 23:22	02/08/2025 00:11	✗

Os registros com check “✗”, de acordo com os respectivos prontuários, correspondem a pacientes cujos óbitos ocorrem no pós operatório, o que não representa uma inconformidade.

Por outro lado, foi identificado mediante análise de prontuário que um paciente adicional aos inicialmente apontados, o que se deve à divergência de registro de alta médica no prontuário médico e nos campos do sistema PGH. Tal aspecto consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

Sendo assim, consideramos os seguintes dados atualizados:

- Número de óbitos transoperatórios: 4
- Total de cirurgias realizadas: 2.778

Da mesma forma, com os dados atualizados considerando as informações obtidas da análise amostral, a taxa de mortalidade transoperatória = 4 / 2.778 = 0,0014

A meta estabelecida para o 6º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,51%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 51 - Quadro-resumo do indicador “3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,51%	0%	0,14%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 52 - Resultado da apuração do indicador “3.4A Taxa de Mortalidade Transoperatória”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.4 Taxa de Mortalidade Pós-operatória

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>3.4 A- Taxa de Mortalidade Pós-Operatória (TxMPO).</b>
Objetivo: Acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico.
Definição: Relação percentual entre o número de óbitos, após a saída do paciente do CRPA, no período e o número total de atos cirúrgicos , em determinado período.
$Tx\ MPO = \frac{NOPO}{NAC} \times 100$
NAC
Legenda:
NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período( período imediatamente após, a saída do paciente do CRPA até 24 horas após o ato cirúrgico)
NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período, excluindo os pacientes que foram a óbito durante o ato cirúrgico.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de óbitos pós-operatórios:</b> É o número total de óbitos ocorridos no mês, após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos.</li> <li><b>Número de cirurgias realizadas:</b> Número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por Clientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns Clientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.</li> </ul>

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas DESCRCOES\_CIRURGICAS, AGENDAS\_CIRURGIAS\_CAPAS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos pós-operatórios: 14**
- Total de cirurgias realizadas: 2.778**

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Pós-Operatória} = \frac{\text{Número de óbitos pós-operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$$

Logo, a taxa de mortalidade pós-operatória, considerando apenas os dados extraídos do sistema PGH = 14 / 2.778 = 0,0050

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 17 prontuários cujos óbitos ocorreram com horário próximo do horário da cirurgia, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se os óbitos ocorreram no pós-operatório:

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
1	538083	23/08/2025 17:22	22/08/2025 19:15	✓
2	497952	02/09/2025 13:12	01/09/2025 16:20	✓
3	247128	20/09/2025 23:24	20/09/2025 06:00	✓
4	520382	28/08/2025 16:11	28/08/2025 02:10	✗
5	538147	15/08/2025 06:45	14/08/2025 19:50	✓
6	514000	19/07/2025 04:51	18/07/2025 21:00	✓
7	538795	31/08/2025 08:51	31/08/2025 06:55	✗
8	53151	16/09/2025 13:36	16/09/2025 11:40	✗
9	385695	19/07/2025 19:31	19/07/2025 17:40	✗
10	538283	26/08/2025 13:57	26/08/2025 12:25	✗
11	520682	03/07/2025 17:03	03/07/2025 16:05	✗
12	538716	29/08/2025 18:27	29/08/2025 17:35	✗

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
13	538462	27/08/2025 12:53	27/08/2025 12:30	✗
14	525674	04/08/2025 16:54	04/08/2025 09:55	✗
15	198860	05/08/2025 10:37	07/08/2025 20:50	✗
16	539193	03/09/2025 03:20	03/09/2025 04:25	✗
17	536987	01/08/2025 23:22	02/08/2025 00:11	✗

Os registros com check “✗” acima, de acordo com os respectivos prontuários, correspondem a pacientes cujos óbitos ocorreram no transoperatório ou que foram encaminhados ao centro cirúrgico para captação de órgão, o que não representam inconformidades.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de óbitos pós-operatórios: 5
- Total de cirurgias realizadas: 2.778

Da mesma forma, com os dados atualizados considerando as informações obtidas da análise amostral, a taxa de mortalidade pós-operatória = 5 / 2.778 = 0,0018

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 54 - Quadro-resumo do indicador “3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2%	0,10%	0,18%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 55 - Resultado da apuração do indicador “3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.4 Taxa de Mortalidade Pós-operatória	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 16 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 16</b>	
<b>3.5. Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio ("IAM")</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período.	
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e o número de saídas casos com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio, em determinado período.	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio:</b> É o número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos no mês. Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverão ser considerados somente os pacientes, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.</li> <li><b>Número de saídas de Clientes com Infarto Agudo do Miocárdio:</b> É o número total de saídas dos Clientes com IAM das unidades de internação, ou UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.</li> </ul>	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID\_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos por IAM:** 5
- Total de saídas de pacientes com IAM:** 15

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade por Infarto Agudodo Miocárdio} = \frac{\text{Número de óbitos por IAM}}{\text{Número de saídas de pacientes com IAM}}$$

Logo, a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, considerando apenas os dados extraídos do sistema PGH = 5 / 15 = 0,333.

Para verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 5 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se os óbitos decorreram de IAM:

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_PRON_SEQ)		CID (CIPA_PACI_PRON_SEQ)				CIPA_IN CIPA_CI DD_CO D CIPA_I ND_PRI NCIPAL IDA	Data/hora internação de MOPA_DT_ENTRADA	Data/hora do óbito PACI_DT_ALTA_MEDICA	Data nascimento PRON_DT_NASC	Check
207938	5	I219	S	S		15/08/2025 00:00	22/08/2025 21:34	00/01/1900		x
481081	6	I219	S	S		30/06/2025 22:59	15/07/2025 08:21	13/04/1949		✓
535240	2	I21	S	S		04/07/2025 18:37	05/07/2025 16:55	14/06/1968		x
535773	2	I219	S	S		04/07/2025 08:06	08/07/2025 14:30	00/01/1900		x
538814	3	I219	S	S		10/09/2025 10:00	13/09/2025 08:30	00/01/1900		x

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários da amostra, verificamos que foi confirmado apenas 1 óbito por IAM, tendo em vista que os demais registros sob check “**x**” correspondem a óbitos motivados por outros quadros (choque cardiogênico e séptico, insuficiência cardíaca, AVC isquêmico e enfisema pulmonar), apesar de terem sido registrados no sistema PGH como Infarto Agudo do Miocárdio.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de óbitos por IAM: 1
- Total de saídas de pacientes com IAM: 15

Logo, a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, considerando os dados atualizados da amostra selecionada = 1 / 15 = 0,667.

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 58 - Quadro-resumo do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 10%	5,6%	6,67%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 59 - Resultado da apuração do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 17 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por acidente vascular cerebral ocorridos durante o período. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 17</b>	
<b>3.6. Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o total de óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ocorridos durante o período. A melhora do processo de cuidado hospitalar pode reduzir a mortalidade por AVCi, o que representa melhor qualidade da atenção.	
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos por AVCi e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de AVCi, em determinado período.	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:</b> É o número total de óbitos por AVCi ocorridos no mês.</li> </ul> <p>Para o cálculo deverão ser considerados somente os Clientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de AVCi. Serão considerados, no cálculo do indicador, "pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico", àqueles com CID's de saída I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, e I64.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de saídas de Clientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:</b> É o número total de saídas(antes ou após 24 horas da internação) dos Clientes com AVCi nas unidades de internação, observação ou da UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.</li> </ul>	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID\_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos por AVCi: 48
- Total de saídas de pacientes com AVCi: 343

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico} = \frac{\text{Número de óbitos por AVCi}}{\text{Número de saídas de pacientes com AVCi}}$$

Logo, a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico, considerando apenas os dados extraídos do sistema PGH = 48 / 343 = 0,14.

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 48 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se os óbitos decorreram de AVCi:

Tabela 60 – Seleção indicador “3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	CID (CIPA_P ACI_SE Q)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA	Data/hora internação de MOPA_DT_ENTRADA	Data/hora do óbito PACI_DT_ALTA_MEDICA	Check
13518	9	I64	N	E	16/07/2025 10:07	17/07/2025 15:10	☒
182721	6	I64	S	S	24/09/2025 11:35	30/09/2025 10:26	☒
223651	51	I64	N	E	29/08/2025 14:34	30/08/2025 12:28	☒
355472	4	I64	S	S	30/08/2025 18:50	02/09/2025 17:38	☒

Identificação Atendimento		CID		CIPA_IN		Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CI	CIPA_ID	CIPA_DENTRADA	CIPA_SAIDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	
385695	4	I64	S	S		16/07/2025 00:00	19/07/2025 19:31	✓
426758	6	I64	S	S		12/08/2025 07:10	12/08/2025 11:49	✓
432078	5	I64	N	E		01/07/2025 14:00	01/07/2025 13:21	✗
452818	7	I64	S	S		07/09/2025 21:10	09/09/2025 16:52	✓
456907	9	I64	N	E		24/06/2025 00:00	03/07/2025 03:50	✗
477273	6	I64	N	E		03/08/2025 13:41	03/08/2025 15:54	✗
506282	12	I64	S	S		03/08/2025 14:01	06/08/2025 14:23	✗
516183	5	I64	S	S		03/09/2025 17:21	07/09/2025 06:45	✗
534811	3	I64	S	S		11/07/2025 12:40	18/07/2025 22:35	✗
534919	4	I633	S	S		01/07/2025 11:08	02/07/2025 00:30	✓
534969	4	I64	S	S		01/07/2025 00:00	05/07/2025 12:30	✗
535495	2	I63	S	S		10/07/2025 11:43	10/07/2025 20:10	✓
535556	2	I64	S	S		30/06/2025 06:37	04/07/2025 11:31	✗
535693	2	I64	S	S		11/07/2025 13:52	13/07/2025 09:47	✗
535883	2	I64	S	S		05/07/2025 11:32	10/07/2025 13:19	✗
536106	2	I64	S	S		25/07/2025 17:38	30/07/2025 00:47	✗
536228	3	I64	S	S		18/07/2025 00:00	24/07/2025 04:35	✗
536241	2	I64	S	S		12/07/2025 14:52	17/07/2025 17:39	✗
536295	2	I64	S	S		13/07/2025 16:46	22/07/2025 12:36	✗
536371	3	I64	S	S		28/07/2025 00:00	01/08/2025 10:11	✗
536592	2	I64	S	S		17/07/2025 20:47	19/07/2025 11:23	✗
537057	4	I64	S	S		28/08/2025 12:58	29/08/2025 14:59	✗
537082	3	I64	S	S		04/09/2025 13:39	20/09/2025 07:30	✗
537150	2	I64	S	S		29/07/2025 21:20	01/08/2025 22:44	✗
537216	2	I64	S	S		29/07/2025 14:58	01/08/2025 15:30	✗
537662	4	I64	S	S		25/08/2025 11:43	05/09/2025 06:34	✗
537734	2	I64	N	E		07/08/2025 22:05	12/08/2025 12:50	✗
537841	2	I64	S	S		18/08/2025 17:32	19/08/2025 22:26	✗
538215	2	I64	S	S		26/08/2025 15:59	27/08/2025 15:50	✗
538240	2	I64	S	S		19/08/2025 12:14	23/08/2025 15:54	✗
538283	2	I64	S	S		17/08/2025 21:59	26/08/2025 13:57	✓
538404	2	I64	S	S		19/08/2025 17:11	29/08/2025 19:02	✓
538427	2	I64	S	S		20/08/2025 06:18	21/08/2025 15:20	✗
538462	2	I64	S	S		27/08/2025 12:55	27/08/2025 12:53	✗
538591	4	I64	S	S		10/09/2025 11:59	15/09/2025 18:34	✗
538599	2	I64	S	S		23/08/2025 13:55	25/08/2025 09:15	✗
538616	2	I64	S	S		07/09/2025 13:01	15/09/2025 07:40	✗
538716	2	I633	S	S		25/08/2025 18:29	29/08/2025 18:27	✓
538814	3	I64	S	S		10/09/2025 10:00	13/09/2025 08:30	✓
538935	2	I64	S	S		29/08/2025 01:17	30/08/2025 07:54	✗
539245	2	I64	S	S		03/09/2025 23:10	05/09/2025 09:24	✗
539376	2	I64	S	S		06/09/2025 16:39	09/09/2025 08:16	✗
539488	2	I64	S	S		12/09/2025 21:40	13/09/2025 14:40	✓

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação de	Data/hora do óbito	Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	
539712	2	I64	S	S	23/09/2025 22:13	24/09/2025 03:52	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, observamos que foram confirmados 11 óbitos por AVCi, tendo em vista que os demais registros sob Check “✗” correspondem a óbitos motivados por outras causas, como AVC Hemorrágico, Neoplasia e Insuficiência Respiratória, apesar de terem sido registrados no sistema PGH como AVC Isquêmico.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de óbitos por AVCi: 11
- Total de saídas de pacientes com AVCi: 343

Logo, a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, considerando os dados atualizados da amostra selecionada = 11 / 343= 0,0321.

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 15%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 61 - Quadro-resumo do indicador “3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 15%	5,6%	3,21%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 62 - Resultado da apuração do indicador “3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.

### 3.7 Taxa de Mortalidade por SEPSE

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 18 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por Sepse. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 18.</b>	
<b>3.7. Taxa de Mortalidade por SEPSE</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o total de óbitos por SEPSE.	
<b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos por SEPSE e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de SEPSE, em determinado período.	
<b>Número de óbitos por Sepse:</b> É o número total de óbitos por Sepse ocorridos no mês. Para o cálculo deverão ser considerados somente os pacientes, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de Sepse.	
<b>Número de saídas de Clientes com Sepse:</b> É o número total de saídas (após 24 horas da internação) dos pacientes com Sepse nas unidades de internação, ou da UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES\_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID\_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de óbitos por Sepse: 36
- Total de saídas de pacientes com Sepse: 137

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade por Sepse} = \frac{\text{Número de óbitos por Sepse}}{\text{Número de saídas de pacientes com Sepse}}$$

Logo, a taxa de mortalidade por sepse, considerando os dados extraídos do sistema PGH = 36 / 137 = 0,2627.

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os prontuários dos 36 pacientes cujos CIDs registrados nos sistemas eram relacionados à Sepse, por meio dos quais foi verificado se os quadros históricos dos pacientes estavam relacionados aos CIDs registrados no sistema.

Tabela 63 - Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse”

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_PRON_SEQ)		CID (CIPA_P ACI_SE Q) CIPA_CI DD_CO D CIPA_I ND_PRI NCIPAL CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA					Data/hora de internação MOPA_DT_ENTRADA	Data/hora do óbito PACI_DT_ALTA_MEDICA	Check
372	46	A419	S	S			22/08/2025 15:52	24/08/2025 20:50	✓
22929	14	A419	S	S			14/07/2025 11:43	23/07/2025 08:57	✓
34367	10	A419	S	S			08/09/2025 13:17	09/09/2025 21:49	✓
98325	3	A419	S	S			10/09/2025 17:11	22/09/2025 21:32	✗
135487	10	A419	S	S			12/08/2025 14:57	18/08/2025 09:12	✓
161373	7	A410	S	S			14/08/2025 10:18	18/08/2025 09:42	✗
239500	5	A419	S	S			29/07/2025 16:04	30/07/2025 18:11	✓
344548	11	A419	S	S			24/07/2025 18:00	26/07/2025 16:09	✗
368140	13	A419	S	S			19/08/2025 11:19	22/08/2025 19:26	✓
371560	6	A419	S	S			23/09/2025 14:36	25/09/2025 12:42	✓

Identificação Atendimento		CID				Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	CIPA_CI_DD_CO_D	CIPA_I_ND_PRI_NCIPIAL	CIPA_IN_D_ENTRADA	ADA_SA_IDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	
403475	9	A418	S	S		20/08/2025 13:55	21/08/2025 16:54	✓
407784	5	A419	S	S		26/08/2025 20:48	27/08/2025 09:10	✓
436872	4	A419	S	S		04/08/2025 16:25	08/08/2025 19:18	✓
438369	12	A419	S	S		10/08/2025 01:53	15/08/2025 18:28	✗
465955	17	A419	S	S		25/07/2025 00:00	29/07/2025 02:00	✗
508689	5	A418	S	S		15/08/2025 12:31	24/08/2025 12:12	✓
513585	3	A415	S	S		09/07/2025 14:04	10/07/2025 00:51	✓
521450	8	A419	S	S		06/08/2025 13:06	09/08/2025 00:23	✗
523125	14	A419	S	S		09/09/2025 16:54	16/09/2025 23:59	✗
530648	7	A419	S	S		11/07/2025 23:23	15/07/2025 00:25	✓
535072	5	A41	S	S		15/07/2025 00:00	21/07/2025 16:20	✓
535273	2	A419	S	S		24/06/2025 18:25	01/07/2025 05:10	✗
535683	4	A418	S	S		16/07/2025 00:00	20/07/2025 23:40	✗
535871	3	A419	S	S		11/07/2025 00:00	15/07/2025 15:15	✓
536379	2	A419	S	S		14/07/2025 22:32	22/07/2025 06:03	✓
536465	2	A418	S	S		19/07/2025 21:40	22/07/2025 10:34	✓
536965	2	A41	S	S		24/07/2025 17:37	03/08/2025 17:55	✓
537057	4	A419	S	S		28/08/2025 12:58	29/08/2025 14:59	✓
537118	5	A419	S	S		26/08/2025 03:22	27/08/2025 12:20	✓
537496	2	A419	S	S		04/08/2025 23:03	07/08/2025 23:20	✗
537598	4	A419	S	S		07/09/2025 16:46	22/09/2025 09:03	✓
537644	4	A419	S	S		21/08/2025 00:00	25/08/2025 04:25	✓
537734	2	A419	S	S		07/08/2025 22:05	12/08/2025 12:50	✗
538215	2	A419	S	S		26/08/2025 15:59	27/08/2025 15:50	✓
539038	2	A419	S	S		08/09/2025 12:40	12/09/2025 14:08	✓
540354	2	A419	S	S		29/09/2025 08:43	30/09/2025 21:57	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 25 óbitos por SEPSE, tendo em vista que os demais registros sob Check “✗” correspondem a óbitos por outras motivações (infecção, insuficiência respiratória, pneumonia, diabetes entre outros).

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de óbitos por Sepse: 25**
- Total de saídas de pacientes com Sepse: 137**

Logo, a taxa de mortalidade por sepse, considerando os dados atualizados da amostra selecionada = 25 / 137 = 0,1825

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 32,2%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 64- Quadro-resumo do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	23,8%	18,25%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 65 - Resultado da apuração do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	Atendido 
<b>Conclusão da Apuração</b>	

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.

### 3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 19 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença. Vide Ficha Técnica abaixo:

#### **Ficha Técnica 19**

#### **3.8. Taxa de ocorrência de Lesão por Pressão**

**Objetivo:** Acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença.

**Definição:** Relação entre o número de casos novos de Clientes com Lesão por Pressão em um determinado período e o número de saídas com tempo de permanência.

**Lesão por Pressão:**

- **As lesões por pressão são definidas** como "áreas de localização de necrose tissular que se desenvolve quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado", segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).
  - **Caso não conste na admissão do Cliente** relato no prontuário sobre o exame da pele, a ocorrência de lesão por pressão será classificada com adquirida no hospital.
- Número de saídas:** Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas NOTIFICACOES\_RISCOS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- **Número de casos de Lesão por Pressão: 40**
- **Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 1.495**

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito} = \frac{\text{Número de casos de Lesão por Pressão}}{\text{Número de saídas com permanência superior a 5 dias}}$$

Logo, considerando os dados extraídos do sistema PGH, a taxa de ocorrência de úlcera de decúbito = 40 / 1.495 = 0,100.

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória entre pacientes com idade entre 43 e 103 anos, internados há pelo menos 05 dias. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, por meio dos quais foi verificado se houve casos de lesão adicionais por pressão desenvolvidos no hospital e que não tenham sido registrados no sistema.

Tabela 66 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
1	298576	26/08/2025 15:01	✗
2	539549	09/09/2025 23:36	✗
3	382256	08/07/2025 14:37	✗
4	539721	13/09/2025 02:46	✗
5	191848	17/07/2025 22:16	✗
6	535333	25/06/2025 23:22	✗
7	100466	12/09/2025 16:06	✗
8	540099	20/09/2025 15:25	✗
9	539200	03/09/2025 04:10	✗
10	181249	24/06/2025 03:56	✗
11	503404	22/07/2025 13:32	✓
12	190571	13/08/2025 16:52	✗
13	190571	20/07/2025 11:49	✗
14	368140	15/08/2025 17:31	✗
15	531450	10/09/2025 11:12	✗
16	85879	17/09/2025 14:11	✗
17	533414	25/06/2025 10:21	✗
18	355781	23/07/2025 21:32	✗
19	133	04/07/2025 15:50	✗
20	182721	12/09/2025 12:20	✗
21	61043	09/09/2025 08:15	✗
22	537503	04/08/2025 16:21	✗
23	537274	30/07/2025 16:45	✗
24	538850	28/08/2025 00:24	✗
25	535694	02/07/2025 09:01	✗
26	139437	07/06/2025 23:50	✗
27	523521	07/07/2025 21:15	✗
28	538353	19/08/2025 08:57	✗
29	535410	26/06/2025 23:29	✗
30	522798	12/07/2025 03:12	✗

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
31	537199	29/07/2025 13:59	✗
32	537662	06/08/2025 23:58	✗
33	537223	29/07/2025 20:12	✓
34	114923	26/08/2025 19:33	✗
35	533152	03/06/2025 01:34	✗
36	427406	18/08/2025 10:09	✗
37	534075	09/06/2025 16:30	✗
38	219838	18/08/2025 19:12	✗
39	537598	05/08/2025 19:47	✓
40	508689	17/07/2025 21:22	✓
41	537641	06/08/2025 20:09	✓
42	539039	31/08/2025 10:40	✗
43	533049	15/05/2025 17:48	✗
44	536004	08/07/2025 11:35	✓
45	47565	16/06/2025 07:47	✗
46	536350	27/08/2025 13:31	✗
47	346643	03/06/2025 20:50	✓
48	538458	20/08/2025 21:03	✗
49	538041	13/08/2025 12:50	✗
50	533383	21/05/2025 22:12	✗
51	503600	16/07/2025 10:37	✗
52	502929	21/07/2025 09:46	✗
53	533612	26/05/2025 16:52	✗
54	523338	27/06/2025 19:21	✗
55	372	09/06/2025 16:17	✗
56	536313	13/07/2025 22:17	✗
57	539349	05/09/2025 15:53	✗
58	536312	13/07/2025 19:44	✗
59	243211	13/07/2025 14:22	✗
60	153879	28/07/2025 14:43	✗

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados mais 7 casos de lesão por pressão, tendo em vista que os demais registros sob Check “✗” correspondem a lesões até o estágio 2, que não configuram necrose tissular, conforme definição descrita na ficha técnica.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de casos de Lesão por Pressão atualizado com amostra: 47
- Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 1.495

Logo, a taxa de ocorrência de úlcera de decúbito, considerando os dados atualizados da amostra selecionada = 47 / 1495 = 0,0314

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,84%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 68 - Quadro-resumo do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 3,84%	1,6%	3,14%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 69 - Resultado da apuração do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Atendido 
<b>Conclusão da Apuração</b>	

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.

### 3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 32 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, no trimestre. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 32</b>
<b>3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto, durante o período.
<b>Definição:</b> Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de Pneumonias associadas a Ventilador Mecânico (PAV):</b> É o número total de ocorrências de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica PAV diagnosticada após 48H de ventilação mecânica até a sua suspensão.</li> <li>• <b>Paciente com ventilação mecânica (VM) - dia:</b> Soma do número total de pacientes que usaram ventilação mecânica, a cada dia, em Unidade de Terapia Intensiva adulto, durante o período.</li> </ul> <p>Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal</p>

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SITIOS\_PRINCIPAIS, INFECCOES\_HOSPITALARES, CARAC\_PROC\_PACIENTES\_ITENS, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto: 4
- Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 5.014

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)} = \frac{\text{Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto}}{\text{Número de pacientes em ventilação mecânica - dia}} \times 1.000$$

Logo, a densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, considerando os dados extraídos do sistema PGH = 4 / 5.104 = 0,0008.

Abaixo, listamos os registros dos 4 casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, validados mediante análise de prontuário.

Tabela 70 – Registro dos casos de Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data diagnóstico	Data diagnóstico
1	535072	01/07/2025 08:27	06/07/2025	✓
2	481568	13/08/2025 00:12	17/08/2025	✓
3	536291	17/08/2025 14:04	22/08/2025	✓
4	538633	24/08/2025 19:33	27/08/2025	✓

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,12/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 71 - Quadro-resumo do indicador  
"3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 3,12/1.000	2,2/1.000	0,8/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 72 - Resultado da apuração do indicador "3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 33 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical, no trimestre. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 33</b>	
<b>3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em UTI adulto, durante o período.	
<b>Definição:</b> Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes que usam cateter vesical de demora, a cada dia, multiplicado por 1000.	
<b>Critérios de inclusão:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul>	
<b>Critérios de exclusão:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU):</b> É Número total de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical de demora, por Unidade de Terapia Intensiva</li> <li>• <b>Paciente com cateter vesical de demora - dia:</b> Soma do número total de pacientes que usaram cateter vesical de demora, a cada dia, por Unidade de Terapia Intensiva, durante o período.</li> </ul>	

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SITIOS\_PRINCIPAIS, INFECCOES\_HOSPITALARES, CARAC\_PROC\_PACIENTES\_ITENS, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os dados a seguir:

- **Número de episódios de ITU em pacientes da UTI adulto:** 7
- **Número de pacientes em uso de cateter vesical - dia:** 5.091

Considerando as definições apresentadas e os dados acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical} = \frac{\text{Número de episódios de ITU associados a SDV em UTI adulto}}{\text{Número de pacientes em SDV - dia}} \times 1.000$$

Logo, a densidade de incidência de infecções do trato utinário relacionadas à cateter vesical =  $7 / 5.091 = 0,0007$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 7 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção não aleatória, por meio dos quais foi verificado se o quadro histórico dos pacientes relacionava-se ao CID registrado no sistema.

Tabela 73 – Seleção dos registros de ITU Associada à Cateter Vesical

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data diagnóstico	Check
1	534629	28/06/2025 17:57	02/07/2025	✗
2	18860	02/07/2025 17:51	05/07/2025	✗
3	24883	02/07/2025 16:08	05/07/2025	✗
4	513428	03/07/2025 12:20	08/07/2025	✗
5	525525	10/07/2025 17:48	21/07/2025	✗
6	47565	18/07/2025 01:48	22/07/2025	✗
7	534058	11/09/2025 16:53	14/09/2025	✗

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários selecionados na amostra, os 07 casos não são associáveis ao uso da sonda vesical de demora, o que se deve a divergências de registro no prontuário médico e nos campos do sistema PGH. Tal aspecto consta pontuado no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias de outubro e novembro/2025.

Sendo assim, temos os seguintes dados atualizados:

- Número de episódios de ITU em pacientes da UTI adulto: 0
- Número de pacientes em uso de cateter vesical - dia: 5.091

Logo, a densidade de incidência de infecções do trato urinário relacionadas à cateter vesical, considerando os dados atualizados da amostra selecionada = 0.

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 1,22/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 74 - Quadro-resumo do indicador “3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1,22/1.000	0/1.000	0/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 75 - Resultado da apuração do indicador “3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

## 4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 20 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a padronização dos processos, a otimização dos recursos e racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe. Vide Ficha Técnica abaixo:

**Ficha Técnica 20****4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência**

**Objetivo:** Na atenção à saúde desenvolvida no hospital promove a padronização dos processos, a otimização dos recursos, a racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe.

**Definições:** Os protocolos clínicos baseados em evidência são recomendações desenvolvidas de forma sistematizada, que têm como objetivo apoiar os profissionais da equipe de saúde e o usuário na tomada de decisões acerca dos cuidados, em situações específicas. A elaboração, implantação de protocolos e capacitação contínua dos profissionais voltado para a gestão da clínica e do cuidado se constitui em ferramenta, imprescindível, da melhoria da qualidade de atenção.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo VII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Tabela com a indicação dos protocolos clínicos implementados no Hospital do Subúrbio, com as datas da última revisão, caso aplicável;
- Lista de treinamentos referentes aos protocolos institucionais realizados no trimestre.

A seguir apresentamos a tabela com a indicação dos Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária:

Tabela 76 – Relação de Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
<b>Protocolos Assistenciais Interdisciplinares</b>		
Meningite - Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica	24/01/2011	26/09/2024
Tuberculose Pulmonar	17/01/2011	25/05/2024
Dor Torácica	17/01/2011	16/04/2024
Protocolo de atendimento de acidente vascular cerebral (AVC)	17/02/2011	10/09/2024
Traumatismo Cranioencefálico (TCE) - Atendimento ao paciente	17/01/2011	15/03/2024
Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	21/09/2024
SEPSE - Atendimento aos Pacientes com Suspeita Diagnóstica	21/03/2011	04/12/2023
Hemorragia Digestiva - Atendimento ao Paciente com Suspeita	23/04/2011	06/09/2024
Atendimento ao Paciente Politraumatizado	09/07/2015	12/09/2024
Crise Hipertensiva	21/01/2012	31/08/2024
Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAV	04/06/2012	24/07/2024
Crise Hiperglicêmica no Paciente com Diabetes Mellitus: Cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar	01/10/2012	25/09/2024
Diabetes Mellitus Descompensada: Condutas nos Pacientes não Críticos	16/11/2012	30/09/2024
Insuficiência Cardíaca	18/09/2012	24/09/2024
Prevenção de Trombolismo Venoso (TEV)	25/02/2013	03/11/2023
Pneumonia Comunitária	01/03/2013	30/09/2024
Insuficiência Hepática Crônica	20/12/2012	30/09/2024
Intoxicação Exógena	18/02/2013	21/09/2025
Insuficiência Respiratória	09/04/2013	27/09/2024
Protocolo de Manejo Clínico Inicial de Síndrome Gripal e SRAG	25/07/2024	-
Protocolo de Atendimento da Leptospirose	16/08/2013	25/07/2024

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
<b>Protocolos Assistenciais Interdisciplinares</b>		
Protocolo para Atendimento das Síndromes Colestáticas	22/09/2015	21/09/2025
Dor Abdominal	04/05/2015	20/08/2024
Atendimento ao Paciente com Urolitíase/Litíase Urinária	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Síndrome de Fournier	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Orquialgia	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Priapismo	03/12/2015	01/10/2024
Protocolo de Hipertermia Maligna	08/06/2016	17/05/2024
Protocolo de Prevenção de Hipotermia Acidental no Intra e Pós-Operatório	16/07/2018	30/10/2024
Protocolo de Dor	09/05/2018	06/03/2024
Controle Glicêmico	30/05/2022	28/04/2024
Protocolo de Delirium	15/06/2022	16/11/2023
Protocolo de Jejum	16/10/2014	18/10/2023
Protocolo Cirurgia Segura	19/03/2012	11/04/2024
<b>Serviço de Controle de Infecção</b>		
Protocolo de Manejo de COVID-19	24/03/2020	08/08/2024
Protocolo de Profilaxia para Tétano Acidental (CID 10:A35)	05/01/2022	25/07/2024
Protocolo de Profilaxia para Raiva Humana	03/05/2022	25/07/2024
Protocolo de Monkeypox	30/05/2022	27/08/2024
<b>Unidade de Internação Adulto</b>		
Manejo do Paciente com Rebaixamento do Nível de Consciência	26/07/2012	12/09/2024

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é aplicar os protocolos com registro em prontuário e treinamento da equipe assistencial para aplicação dos protocolos, conforme definição apresentada nas Tabelas 9 e 8 dos Anexos I dos Termos Aditivos 7 e 2, respectivamente.

Em análise à documentação fornecida pela Concessionária, observamos que dois protocolos foram revisados no trimestre (i. Intoxicação Exógena e ii. Protocolo para Atendimento das Síndromes Colestáticas), mas verificamos na listagem de treinamentos, também fornecida pela Concessionária, que não houve treinamentos das equipes acerca das atualizações promovidas aos protocolos em questão, bem como as versões atualizadas não foram disponibilizadas para o time assistencial no sistema PGH. Sobre isso, a Concessionária sinalizou que os ajustes foram na redação e na formatação, não havendo necessidade de alterações nas orientações de conduta/manejo e que portanto não havia necessidade de treinamento da equipe.

Por fim, foram selecionados 60 prontuários para verificar se os protocolos foram aplicados aos pacientes que tiveram registro de CID correspondente, na emergência e não observamos exceções.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 77 - Quadro-resumo do indicador “Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência”

Indicador	Indicação do Atendimento
4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
O Verificador Independente entende que a Concessionária atendeu ao objetivo do indicador ao apresentar comprovação da continuidade da capacitação dos profissionais em relação aos protocolos recentemente revisados, e aplicação deles na conduta clínica dos pacientes.	

## 5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 21 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa garantir monitorar e garantir o fornecimento de informações à Central de Regulação sobre as vagas ofertadas e ocupadas. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 21</b>
<b>5.1. Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador</b>
<b>Objetivo:</b> Garantir o monitoramento e fornecimento de informações à Central Estadual de Regulação sobre as vagas ofertadas e ocupadas ao atendimento dos usuários referenciados pelo Complexo Regulador.
<b>Definições:</b> Reportar ao Complexo Regulador, em periodicidade mínima de duas vezes por dia, a relação de vagas ofertadas pela Unidade Hospitalar e de vagas ocupadas por pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador.
<b>Meta:</b> 2 reportes diários contendo a relação de vagas ofertadas pela Unidade Hospitalar e de vagas ocupadas por pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador

Para fins de apuração do indicador, este Verificador Independente recebeu da SESAB as bases da regulação, originárias da rede para a UH do Hospital do Subúrbio, constando o demonstrativo diário de disponibilidade de vagas.

Considerando-se a relação apresentada pela Central Estadual de Regulação (CER) contemplando as datas de encaminhamento das solicitações, foram identificados ao menos dois reportes diários no período de julho a setembro/2025. A referida documentação consta no anexo VIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

A seguir, apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 78 - Quadro-resumo do indicador “5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo 2 reportes/dia	Reportes realizados	Reportes realizados

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 79 - Resultado da apuração do indicador “5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao CER”

Indicador	Indicação do Atendimento
5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a análise realizada encontrou resultado atendente à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 23 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a qualidade do corpo clínico. Vide Ficha Técnica abaixo:

## Ficha Técnica 23

### 6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista

**Objetivos:** Acompanhar o percentual de médicos especialistas no Hospital. A maior quantidade de profissionais com título de especialista é indicativa de qualificação do corpo clínico.

**Definições:** Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista e o número de médicos.

- **Número de médicos com título de especialista:** É o número total de médicos com título de especialista fornecido pela Associação Médica Brasileira ou Conselho Regional de Medicina e Residência Médica conclusa com registro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Desconsiderar atestado de Residência Médica não conclusa. O título deverá ser na especialidade que exerce na Instituição.
- **Número de médicos:** É o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício.

Mediante dados fornecidos pela Concessionária, bem como a partir da relação de médicos constante no relatório “Desempenho de Profissionais”, extraído do PGH, os quais constam no Anexo IX desse relatório e seguem enviados em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os números a seguir:

- Número de médicos atuantes no trimestre: 359 (Desconsiderados os 2 bucomaxilo, a médica de faturamento do estado e os 121 residentes)
- Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída na área de atuação no HS): 305
- Número de médicos sem especialização cadastrada nas plataformas: 30
- Número de médicos com especialidade diversa da área de atuação no HS: 21

Acerca dos profissionais com títulos de especialistas concedidos pela AMB/CRM, mas sem residências registradas no Sistema do CNRM, a Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, através do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), acatou a declaração da Concessionária no que concerne aos especialistas que não constam no Sistema da CNRM por terem realizado residência não credenciada ao CNRM, fora do país ou outras modalidades. Assim, o Poder Concedente autorizou, conforme e-mail anexo (Anexo XVII), o VI a considerar especialistas, para fins desse indicador, os médicos que não possuem residência registrada no CNRM, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM.

Ainda, por meio do Ofício Dir. Técnica 33/25 (Anexo IX), a Concessionária expressa o entendimento de que os médicos residentes não devem compor a base do denominador da fórmula de cálculo do indicador, argumentando que tal indicador foi incorporado no início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência, o qual é iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado. Por outro lado, tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Em nova consulta à Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, questionamos se os médicos residentes deverão ser mantidos na base do denominador da fórmula, o que impacta negativamente no resultado do indicador. Em resposta, o Poder Concedente definiu que os residentes, por não possuírem vínculo empregatício, mas educacional, não devem integrar a base de dados de apuração (Anexo XVIII).

Com isso, consideramos o percentual de médicos com título de especialistas, sendo: 305 / 359 = 84,96%

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 82%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 80 - Quadro-resumo do indicador “6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 82%	89,6%	84,96%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 81 - Resultado da apuração do indicador “6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	✗ Não Atendido
Conclusão da Apuração	Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento.

## 6.2 Relação Enfermeiro/Leito

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 24 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a qualidade no atendimento de enfermagem. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 24</b>	
<b>6.2. Relação Enfermeiro /Leito</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o número de enfermeiros por leito. O atendimento de enfermagem ganha em qualidade quando a relação de enfermeiro/leito atinge uma proporção adequada	
<b>Definições:</b> Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.	
Para cálculo do número de enfermeiros será necessário realizar uma média dos enfermeiros ativos no período, a fim de tornar o reporte do indicador mais fidedigno ao número de enfermeiros que trabalharam durante o trimestre em questão.	
$\text{Nº Enf.} = \frac{\text{Somatório do total de dias que cada enf. permaneceu contratado no período}}{\text{Total de dias no período}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de enfermeiros:</b> É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial.</li> <li>• <b>Número de leitos:</b> É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um Cliente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um Cliente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período.</li> </ul> <p><b>Não considerar:</b> leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória.</p>	

Mediante dados de carga horária dos enfermeiros fornecidos pelo setor de Recursos Humanos da Concessionária, os quais constam no anexo X, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os dados a seguir:

- Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - julho: 5.977
- Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - agosto: 5.899
- Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - setembro: 5.755
- Número total de dias do período: 92
- Número de leitos: 352

Logo, de acordo com a ficha técnica e os dados obtidos acima, o numero de enfermeiros = 17.631 / 92 = 191,64

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do indicador se dá pela fórmula:

$$\text{Relação Enfermeiro Leito} = \frac{\text{Número de Enfermeiros}}{\text{Número de Leitos}}$$

Logo, a relação enfermeiro/leito = 191,64 / 352 = 0,544.

A meta estabelecida para o 6º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 0,54, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 82 - Quadro-resumo do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 0,54	0,61	0,54

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 83 - Resultado da apuração do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

### 6.3 Índice de atividade de Educação Permanente

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 25 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a qualificação da força de trabalho. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 25</b>	
<b>6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente</b>	
<b>Objetivo:</b> Instituir e acompanhar as atividades de educação permanente do hospital. Qualificar a força de trabalho.	
<b>Definições:</b> Relação entre o número de horas dos colaboradores participantes nos cursos e o número de horas trabalhadas. Para cálculo do número de colaboradores será necessário contabilizar a quantidade de dias que cada funcionário esteve contratado e multiplicar pelo número de horas diárias previstas em contrato. Na prática o número de horas diárias é encontrado dividindo-se a carga horária mensal prevista em contrato por 30 (mês contábil), conforme abaixo:	
$\text{Nº horas diárias:} = \frac{\text{Carga horária mensal prevista}}{30}$	
$\text{Nº horas/homem trab.:} = (\text{Dias func. 1 ficou contratado} \times \text{horas diárias func. 1}) + (\text{Dias func. n ficou contratado} \times \text{horas diárias func. n})$	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de colaboradores ouvintes em todos os cursos do hospital:</b> É a somatória de todos os colaboradores participantes dos cursos no período determinado, incluindo os cursos realizados em convênio com Instituições de Ensino Superior. Obs. Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos.</li> <li>• <b>Carga horária de curso:</b> É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão.</li> <li>• <b>Número de horas/homem trabalhadas:</b> É o número de colaboradores ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.</li> </ul>	

Mediante dados fornecidos pela Concessionária a título de treinamentos realizados no período e de horas trabalhadas dos colaboradores, os quais constam no anexo XI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os dados a seguir:

- Somatório de horas/homem em treinamento: 7.703,70
- Somatório de horas/homem trabalhadas: 969.988,21

Considerando os dados apresentados acima, o cálculo do indicador se dá pela fórmula:

$$\text{Índice de Atividades de Educação Permanente} = \frac{\text{Total de horas dos colaboradores em treinamento}}{\text{Total de horas trabalhadas}}$$

Logo, o índice de atividades de dedicação permanente =  $7.703,70 / 969.988,21 = 0,0079$ .

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 6,5/1.000 horas trabalhadas conforme definição apresentada na Tabela 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 84 - Quadro-resumo do indicador “6.3 Índice de atividade de Educação Permanente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 6,5/1.000	8,2/1.000	7,94/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 85 - Resultado da apuração do indicador “6.3 Índice de atividade de Educação Permanente”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.3 Índice de atividade de Educação Permanente	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

## 6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 26 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 26

#### 6.4. Taxa de Acidente de Trabalho

**Objetivo:** Acompanhar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital. A saúde dos colaboradores deve ser encarada com a mesma importância que a dos Usuários dos serviços assistenciais, visto que o trabalho exerce um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares e em grandes núcleos populacionais. Da mesma forma deve-se levar em conta que a qualidade na atenção em saúde depende também da organização do trabalho, no que tange às condições em que esse trabalho se realiza, evitando-se que os trabalhadores sofram desgastes, doenças ou os acidentes de trabalho.

**Definições:** Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.

- **Acidentes de trabalho:** São aqueles que acontecem no exercício do trabalho prestado ao hospital e que provocam lesões corporais ou perturbações funcionais que podem resultar em morte ou na perda ou em redução, permanente ou temporária, das capacidades físicas ou mentais do trabalhador. No ambiente hospitalar os acidentes de trabalho estão relacionados a vários fatores de risco, geralmente vinculados ao desempenho dos trabalhadores e às condições laborais.
- **Número de acidentes de trabalho:** É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho ocorridos durante o mês.
- **Número de funcionários ativos no cadastro do hospital:** É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, Terceirizados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.
- Não serão considerados para fins de penalização da Concessionária os acidentes de trabalho ocorridos durante o trajeto de e para o Hospital, pois considera-se escapar do domínio da concessionária o controle deste evento, bem como não refletem a qualidades das condições de trabalho do Hospital.

Mediante informe de quantitativo de acidentes fornecidos pela Engenheira de Segurança do Trabalho da Concessionária, os quais constam no anexo XII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, entre julho e setembro/2025 ocorreram 16 acidentes de trabalho.

Conforme relação de colaboradores ativos, foram obtidos os dados a seguir:

- Número de funcionários ativos em julho: 2.280
- Número de funcionários ativos em agosto: 2.277
- Número de funcionários ativos em setembro: 2.251
- Número de acidentes de trabalho em julho: 7
- Número de acidentes de trabalho em agosto: 5
- Número de acidentes de trabalho em setembro: 4

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Acidente de Trabalho se dá pela fórmula:

$$\text{Taxa de Acidente de Trabalho} = \frac{\text{Número de Acidentes de Trabalho}}{\text{Número de Funcionários Ativos}}$$

Logo, a taxa de acidente de trabalho =  $(7+5+4) / (2.280+2.277+2.251) = 16 / 6.808 = 0,00235$

A meta estabelecida para o 6º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,30%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 86 - Quadro-resumo do indicador “6.4 Taxa de Acidente de Trabalho”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,30%	0,23%	0,24%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 87 - Resultado da apuração do indicador “6.4 Taxa de Acidente de Trabalho”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 27 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar as atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 27</b>
<b>7.1. Prover meios de escuta dos usuários</b>
<b>Objetivo:</b> Realizar a atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário, responsável pela organização do sistema de reclamações, sua canalização dentro da instituição e encaminhamento aos órgãos diretivos do hospital.
<b>Definições:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve existir, no hospital, um espaço físico identificado claramente para o atendimento aos usuários, devendo o mesmo permitir que seja dada atenção personalizada e reservada, quando necessário.</li> <li>• As reclamações recebidas devem ser registradas em sistema próprio de registro.</li> <li>• Deve existir também um instrumento de informação aos usuários que lhes dê conhecimento dos procedimentos relativos a queixas, reclamações e sugestões.</li> </ul>

Para a avaliação do indicador Prover Meios de Escuta aos Usuários, o VI não dispõe de acesso ados dados originais das demandas dos usuários ou às respostas dadas pela Concessionária, não sendo possível dessa forma validar a totalidade dos chamados informados pela Concessionária ao VI. Não há fontes adicionais de validação das informações além dos “Relatórios de Queixas e Resolutividade de Ocorrências” para avaliação do tempo de atendimento das demandas, a partir do relatório do sistema

PGH, fornecido pela Concessionária (o qual consta no anexo XIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração), por meio do quais foram obtidos os seguintes dados:

- Total de demandas respondidas: 39
- Total de demandas respondidas em até 10 dias: 39

A meta estabelecida para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de resposta em até 10 dias a 100% das demandas registradas, conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 88 - Quadro-resumo do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
100%	100%	100%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 89 - Resultado da apuração do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

Indicador	Indicação do Atendimento
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 7.2 Percentual de Satisfação do Paciente

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 28 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital. Vide Ficha Técnica abaixo:

<b>Ficha Técnica 28</b>
<p><b>7.2. Avaliação da satisfação do usuário</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prática assistencial em saúde é baseada na inter-relação entre prestadores de serviços, públicos ou privadas, e seus usuários. Esta inter-relação é constituída, fundamentalmente, pela dependência entre a qualidade do serviço oferecido e a satisfação do usuário que o recebe. O funcionamento adequado do serviço converte-se em alta satisfação do usuário. E essa satisfação, por conseguinte, é refletida nas ações do usuário como a adesão ao tratamento, continuidade dos cuidados em longo prazo, procura por prevenção de agravos à saúde e indicação do serviço a outros. O contrário, isto é, a insatisfação por parte do Cliente, prejudica tanto seu tratamento, como a existência da instituição. Desse modo, o usuário passa a ter participação ativa no funcionamento do serviço, sendo co-responsável, juntamente com a prestadora, pelo êxito ou fracasso do processo terapêutico</li> <li>• O Sistema Único de Saúde (SUS) considera que a incorporação do usuário no modelo participativo de atenção à saúde tem início por meio da avaliação subjetiva deste quanto à assistência prestada. Esta avaliação oferece subsídios para a implantação dos direitos, necessidades e perspectivas dos usuários no quadro de metas do serviço. Qualquer estabelecimento de saúde que prime pela qualidade deve incluir, constantemente, na sua prática a avaliação da opinião de seus usuários, para repensar os métodos executados e intervir sobre a forma de organização, visando seu aperfeiçoamento. Desse modo, a avaliação da satisfação do usuário é parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde.</li> </ul>

Segundo a definição da meta do indicador 7.2, o questionário de satisfação deverá ser aplicado a 55% dos pacientes internados na unidade hospitalar.

Para apuração do indicador, foram considerados os relatórios do sistema PGH “Percentual de Respostas por Pesquisas” e o documento “Formulário Pesquisa de Satisfação”, fornecidos pela Concessionária, os quais constam no anexo XIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

- **Total de pesquisa aplicadas: 3.041**
- **Total de respostas satisfatórias: 3.019**

Ainda, para obtenção do total de pacientes internados, recorremos ao relatório do PGH “PACIENTES”, com filtro = “I” no campo “PACI\_IND\_ENTRADA” e filtro “PACI\_TIPO\_ALTA” <> “A”, por meio do qual chegamos aos seguintes dados:

- **Total de pacientes internados: 4.485**

Logo, considerando o total de pesquisas aplicadas e o total de pacientes internados, temos =  $3.041 / 4.485 = 0,678$ .

E, considerando o total de respostas satisfatórias e o total de pesquisas aplicadas, temos =  $3.019 / 3.041 = 0,99278$ .

Considerando as definições apresentadas e os dados acima, obtemos que as pesquisas foram aplicadas a 67,80% dos pacientes ou acompanhantes de internação, o que atende à primeira parte da meta, que prevê no 6º Termo Aditivo a aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados. Das pesquisas respondidas, 99,28% satisfação com o atendimento, quando a meta estabelecida para o 60º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de Índice Mínimo de Satisfação de 80%, conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 91 - Quadro-resumo do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 55% e 80%	78,1% e 98,07%	67,80% e 99,28%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 92 - Resultado da apuração do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Indicador	Indicação do Atendimento
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 29 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a intervenção na melhoria dos processos de trabalho e na produção de saúde para todos. Vide Ficha Técnica abaixo:

## Ficha Técnica 29

### 8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS

**Objetivo:** Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH no hospital tem caráter multidisciplinar. É uma instância de discussão da dinâmica das equipes de trabalho; das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde/usuários e responsável pelas ações de educação permanente relacionadas à humanização da atenção.

**Definições:**

- **Princípios norteadores da Política de Humanização:** (i) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; (ii) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; (iii) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; (iv) Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e (v) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- a. Portaria nº 10/2025, de 08 de abril de 2025, com a designação dos membros que compõem o Grupo de Trabalho de Humanização;
- b. Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 15/07/2025;
- c. Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 05/08/2025;
- d. Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 07/09/2025.

As reuniões ocorridas no trimestre foram voltadas à discussão e ao planejamento de dois aspectos predominantes: treinamentos setoriais e ações de conscientização e datas comemorativas.

De acordo com as informações obtidas, identificamos as seguintes ações promovidas pela Concessionária:

1. Ação de dia dos pais, com corte de cabelo, massagem e brindes para os colaboradores pais;
2. Ação de setembro amarelo, com palestras para os funcionários sobre prevenção ao suicídio; e
3. Tarde musical com o quarteto do projeto Música, Acolhimento e Espiritualidade, da Congregação Cristã do Brasil, que percorreu setores assistenciais ao som de violinos, flauta e clarinete para aumentar a sensação de tranquilidade, relaxamento e bem-estar.

Ainda, identificamos os seguintes treinamentos setoriais promovidos:

1. Política de Humanização;
2. Capacitação em ergonomia como estratégia para melhorar o desempenho e reduzir afastamento no trabalho;
3. Saúde mental: dicas de recursos terapêuticos que podem ser incluídos no dia a dia; e
4. Política de Humanização: como abordar a doação de órgãos.

Em atenção aos 5 temas preconizados na Política de Humanização, entendemos que os treinamentos e ações realizadas atendem aos princípios de (i) valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão, (ii) compromisso com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, (iii) fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, (iv) atuação cooperativa e solidária, e (v) educação permanente, uma vez que que os treinamentos e ações realizadas objetivam a:

1. Capacitar os trabalhadores a atuar com mais autonomia e segurança, fortalecendo o papel de sujeitos ativos no processo do cuidado;
2. Promover integração e colaboração entre áreas (enfermagem, nutrição etc);
3. Ser ferramentas diretas de educação permanente;
4. Estimular os profissionais a refletirem sobre autocuidado e corresponsabilidade;
5. Funcionar como espaços de educação e comunicação em saúde, levando informação acessível aos usuários e profissionais.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 12 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta deste indicador para o 60º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de pelo menos 03 reuniões trimestrais abordando os 05 temas preconizados pelos princípios norteadores da Política de Humanização.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 93 - Quadro-resumo do indicador “8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)”

Indicador	Indicação do Atendimento
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.

## 9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 30 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa aperfeiçoar o desempenho do hospital tanto nas atividades de cuidado direto ao cliente quanto nas de natureza administrativa. Vide Ficha Técnica abaixo:

### Ficha Técnica 30

#### 9.1. Processo de acreditação, em até 24 (vinte e quatro) meses após o início da operação, através de uma das organizações certificadoras

##### Objetivo:

- O processo de acreditação, aplicado no contexto do hospital organizado no modelo de atenção centrado no cuidado ao Cliente, segundo SANTOS (2007), é ferramenta importante na busca da melhoria da qualidade e apresenta um imenso potencial no sentido de introduzir nas organizações uma prática de reflexão contínua sobre os processos institucionais diretamente ligados ao cuidado. Possibilita, também, inovar no processo de planejamento ao permitir uma abordagem distinta dos processos de definição de prioridades e estratégias de implementação das correções necessárias.
- Por se tratar de uma abordagem com forte conteúdo educativo, onde todo o processo parte de uma reflexão sobre a prática profissional referida a padrões de excelência de desempenho, tem permitido uma nova maneira de perceber e atuar sobre velhos problemas. Isto porque os instrumentos utilizados como base da avaliação, os padrões de acreditação, não são indicadores complexos distantes da realidade do cotidiano vivenciado pelos profissionais, mas referidos a processos e práticas direta e indiretamente ligados ao cuidado aos Clientes.
- Através desta ferramenta, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao Cliente e aquelas de natureza administrativa.

Para a avaliação do cumprimento desse indicador, a Concessionária apresentou o Certificado de Acreditação concedido ao Hospital do Subúrbio pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, o qual consta no anexo XVI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, com validade até 09/2028, sob o certificado de Nº 496-007-993. Adicionalmente, este Verificador Independente consultou na data 05/11/2025 no sítio online da ONA ([www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)) e observou que a acreditação está vigente até 09/2028, conforme imagem abaixo:



Certificado: N° 496-007-1173 | Validade: 09/2028

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a  
**HOSPITAL DO SUBÚRBIO PPP - SESAB - SUS**  
CNPJ: 11.943.553/0001-02

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Hospital sendo-lhe conferido(a) Certificado de



**ACREDITADO COM EXCELÊNCIA**

São Paulo, 06 de Setembro de 2025

Organização Nacional De  
Acreditação  
**ONA**  
Organização Nacional de Acreditação

INSTITUTO  
QUALISA  
DE GESTÃO

ISQua International Society for Quality in Health Care  
 IEEA International Society for Education and Evaluation in Health Care  
 ISQua EEA International Society for Quality in Health Care  
 Accredited Organization 2024-2025  
 Accredited Surveyor Training Program 2024-2025  
 Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge

CNSaúde

FBH

FenaSaúde

CMB

SBAC

Unimed



A meta estabelecida para o indicador é a Unidade Hospitalar com acreditação vigente, conforme definição apresentada na Tabela 06 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração desse indicador:

Tabela 94 - Quadro-resumo do indicador “9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar”

Indicador	Indicação do Atendimento
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a Unidade Hospitalar do Hospital do Subúrbio encontra-se com acreditação vigente, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

## 4. Peso dos Indicadores

O valor da Contraprestação Mensal Efetiva (CME) varia de acordo com o cumprimento, pela Concessionária, dos Indicadores Quantitativos (IQ) e dos Indicadores de Desempenho (ID), e é recalculado trimestralmente a partir da soma dos valores de remuneração devidos após o cálculo de IQ e ID.

Conforme estabelecido no Contrato de Concessão N 030/2010 e em seus Termos Aditivos vigentes (TA 01 a 12), as variações decorrentes da apuração dos Indicadores Quantitativos são aplicadas sobre 70% do valor da Contraprestação Mensal Máxima (CMM) e as variações decorrentes da apuração dos Indicadores de Desempenho são aplicadas sobre 30% da CMM.

Os percentuais detalhados de cada indicador (Quantitativo e de Desempenho) seguem descritos nas tabelas abaixo.

Tabela 95 - Distribuição de pesos dos Indicadores Quantitativos na Contraprestação Mensal Efetiva (CME)

Categoria	Peso Categoria	Indicador	Peso do Indicador
Indicadores Quantitativos	70%	Internação Hospitalar (85%)	Saídas de Internação Hospitalares 55%
			Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) 30%
		Ambulatório (7%)	Consultas Médicas em Atenção Especializada 4%
			Atendimentos Urgência e Emergência 3%
		SADT (8%)	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico 8%

Tabela 109 - Distribuição de pesos dos Indicadores de Desempenho na Contraprestação Mensal Efetiva (CME)

Categoria	Peso Categoria	Indicador	Peso do Indicador
Indicadores de Desempenho	30%	Auditoria Operacional	1.1 Revisão de Prontuários 1%
			1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos 1%
			1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH 1%
			1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância 1%
			1.5 Comissão de Transplante 1%
			1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA 1%

Categoria	Peso Categoria	Indicador		Peso do Indicador	
Indicadores de Desempenho	30%	Desempenho da Atenção	2.1	Intervalo de Substituição	1%
			2.2	Índice de Renovação	1%
			2.3	Índice de Resolubilidade na Internação	2%
			2.4	Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	1%
			2.5	Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	1%
			2.6	Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	2%
			2.7	Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	1%
			2.8	Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	1%
		Qualidade da Atenção	3.1	Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	5%
			3.2	Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	4%
			3.3	Taxa de Mortalidade Institucional	2%
			3.4	Taxa de Mortalidade Transoperatória	2%
			3.4.A	Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	2%
			3.5	Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	4%
			3.6	Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	4%
			3.7	Taxa de Mortalidade por Sepse	4%
			3.8	Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	4%
			3.9	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	3%
			3.10	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	3%
		Gestão da Clínica	4.1	Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	3%
		Inserção no Sistema de Saúde	5.1	Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	4%
		Gestão de Pessoas	6.1	Percentual de médicos com Título de Especialista	2%
			6.2	Relação Enfermeiro/Leito	2%
			6.3	Índice de atividade de Educação Permanente	3%
			6.4	Taxa de Acidente de Trabalho	3%
		Controle Social	7.1	Prover Meios de Escuta dos Usuários	3%
			7.2	Percentual de Satisfação do Paciente	3%
		Desempenho Humanização	8.1	Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	4%
		Acreditação	9.1	Manutenção da Acreditação Hospitalar	20%

## Anexos

### Anexo I a XVI – Documentação base para análise dos indicadores manuais 1.1 a 1.6 e 4.1 a 9.1

Documentação anexa ao e-mail de envio do Relatório de Apuração do 60º Trimestre, conforme representado abaixo:

Anexo I	Indicador de desempenho 1.1 zip
Anexo II	Indicador de desempenho 1.2 zip
Anexo III	Indicador de desempenho 1.3 zip
Anexo IV	Indicador de desempenho 1.4 zip
Anexo V	Indicador de desempenho 1.5 zip
Anexo VI	Indicador de desempenho 1.6 zip
Anexo VII	Indicador de desempenho 4.1 zip
Anexo VIII	Indicador de desempenho 5.1 zip
Anexo IX	Indicador de desempenho 6.1 zip
Anexo X	Indicador de desempenho 6.2 zip
Anexo XI	Indicador de desempenho 6.3 zip
Anexo XII	Indicador de desempenho 6.4 zip
Anexo XIII	Indicador de desempenho 7.1 zip
Anexo XIV	Indicador de desempenho 7.2 zip
Anexo XV	Indicador de desempenho 8.1 zip
Anexo XVI	Indicador de desempenho 9.1 zip

### Anexo XVII – Email SESAB sobre indicador 6.1

[EXT] RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Resumir



SAIS CGPPP <sais.cgppp@sauda.ba.gov.br>

Para: Sales, Alana Patricia de Oliveira; BR Projeto PPP\_HS

Cc: Priscilla Magalhães (External); Raquel Cerqueira Barbosa; Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External);

Edla Antunes (External); Rogério Palmeira (External); Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá; Júlia Alves Caetano da Silva; +2 outros

Confidential/No Additional Protection

Responder

Responder a Todos

Encaminhar

...

sex 23/02/2024 17:59

Prezados,

Confirmamos o entendimento apresentado abaixo para a apuração até que advenha o parecer da PGE, que é o órgão de assessoramento Jurídico do Estado a quem compete a interpretação de cláusulas contratuais, por essa razão iremos realizar a consulta uma vez que a concessionária se opõe a interpretação dada pelo Verificador Independente.

Vale registrar ainda que compete a PGE estabelecer se essa alteração deve ser realizada por meio de Termo Aditivo com alteração da ficha técnica do indicador.

Por essa razão essa DGECP entende ser fundamental a realização da consulta para ter um respaldo jurídico, reforçando que quando da disponibilização do parecer, seguiremos as orientações do referido órgão inclusive com reanálise do indicador e desconto de eventuais diferenças apuradas, caso necessário.

Atenciosamente

---

De: Sales, Alana Patricia de Oliveira <[asales@deloitte.com](mailto:asales@deloitte.com)>

Enviado: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024 17:40

Para: SAIS CGPPP <[sais.cgppp@sauda.ba.gov.br](mailto:sais.cgppp@sauda.ba.gov.br)>; BR Projeto PPP\_HS <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>

Cc: Priscilla Magalhães <[priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br](mailto:priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br)>; Raquel Cerqueira Barbosa <[raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br](mailto:raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br)>; Luciana Fernandes Moura Macedo <[luciana.macedo@sauda.ba.gov.br](mailto:luciana.macedo@sauda.ba.gov.br)>; Debora Grasiele Campos Bahia <[debora.bahia@sauda.ba.gov.br](mailto:debora.bahia@sauda.ba.gov.br)>; Edla Santos Duarte Antunes <[edla.antunes@sauda.ba.gov.br](mailto:edla.antunes@sauda.ba.gov.br)>; [rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br](mailto:rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br)<[rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br](mailto:rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br)>; Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá <[cynthia.sa@sauda.ba.gov.br](mailto:cynthia.sa@sauda.ba.gov.br)>; Júlia Alves Caetano da Silva <[julia.silva@sauda.ba.gov.br](mailto:julia.silva@sauda.ba.gov.br)>; Caio Matos (External) <[caio.matos@prodalsauda.com.br](mailto:caio.matos@prodalsauda.com.br)>; Gabriel de Carvalho Cunha <[gabriel.cunha@prodalsauda.com.br](mailto:gabriel.cunha@prodalsauda.com.br)>

Assunto: RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,

Boa tarde!

Apenas a título de reforço do alinhamento:

- A Ficha Técnica 23 define que o médico será considerado especialista se possuir título de especialista concedido pela AMB/CRM e residência concluída e registrada no Sistema do CNRM.
- Para o 53º trimestre, parte dos médicos elencados pela Concessionária como atuantes no HS não possuem residência registrada no Sistema do CNRM. O que reflete no não atendimento do indicador.
- Para alguns desses casos, a Concessionária forneceu os certificados de especialização como evidência do título de especialista.

Dadas as considerações acima e em face do retorno obtido da SAIS CGPPP, o VI poderá considerar como especialistas os médicos que não possuem residência, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM. Confirmam esse entendimento?

Ressaltamos que, após o parecer da PGE, uma vez decidido manter o posicionamento acima, a ficha técnica 23 precisará ser alterada.

Abraço,

Classificação: [ ] Pública [x] Confidencial [ ] Confidencial de Alto Risco

--

**Alana Sales**

Consultor Sênior | Risk Advisory

She/her | Ela/dela

Deloitte Touche Tohmatsu

Rua de São Jorge, 240 – Torre D, 7º andar – Moinho Recife Business & Life

CEP 50030-240, Recife, PE, Brasil

F: +55 (81) 9 9236-8394

[asales@deloitte.com](mailto:asales@deloitte.com) | [www.deloitte.com.br](http://www.deloitte.com.br)

--

**Deloitte**.

---

From: SAIS CGPPP <[sais.cgppp@sauda.ba.gov.br](mailto:sais.cgppp@sauda.ba.gov.br)>

Sent: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024 17:06

To: BR Projeto PPP\_HS <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>

Cc: Priscilla Magalhães (External) <[priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br](mailto:priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br)>; Raquel Cerqueira Barbosa <[raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br](mailto:raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br)>; Luciana Macedo (External) <[luciana.macedo@sauda.ba.gov.br](mailto:luciana.macedo@sauda.ba.gov.br)>; Débora Bahia (External) <[debora.bahia@sauda.ba.gov.br](mailto:debora.bahia@sauda.ba.gov.br)>; Edla Antunes (External) <[edla.antunes@sauda.ba.gov.br](mailto:edla.antunes@sauda.ba.gov.br)>; Rogério Palmeira (External) <[rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br](mailto:rogerio.palmeira@prodalsauda.com.br)>; Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá <[cynthia.sa@sauda.ba.gov.br](mailto:cynthia.sa@sauda.ba.gov.br)>; Júlia Alves Caetano da Silva <[julia.silva@sauda.ba.gov.br](mailto:julia.silva@sauda.ba.gov.br)>; Caio Matos (External) <[caio.matos@prodalsauda.com.br](mailto:caio.matos@prodalsauda.com.br)>; Gabriel de Carvalho Cunha <[gabriel.cunha@prodalsauda.com.br](mailto:gabriel.cunha@prodalsauda.com.br)>

Subject: [EXT] RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,

O Poder Concedente acata a justificativa da Concessionária para essa apuração, ressaltando que será realizada uma consulta a Procuradoria Geral do Estado - PGE, e que tão logo seja disponibilizado o Parecer, se o entendimento da PGE divergir da forma de apuração utilizada, o indicador deverá ser reanalizado pelo VI e eventuais diferenças descontadas de forma retroativa.

Atenciosamente

DGECP/CGPPP

De: BR Projeto PPP\_HS <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>

Enviado: terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 18:23

Para: SAIS CGPPP <[sais.cgppp@sauda.ba.gov.br](mailto:sais.cgppp@sauda.ba.gov.br)>

Cc: Priscilla Magalhães <[priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br](mailto:priscilla.magalhaes@sauda.ba.gov.br)>; Raquel Cerqueira Barbosa <[raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br](mailto:raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br)>; Luciana Fernandes Moura Macedo <[luciana.macedo@sauda.ba.gov.br](mailto:luciana.macedo@sauda.ba.gov.br)>;

Debora Grasiele Campos Bahia <[debora.bahia@sauda.ba.gov.br](mailto:debora.bahia@sauda.ba.gov.br)>; Edla Santos Duarte Antunes <[edla.antunes@sauda.ba.gov.br](mailto:edla.antunes@sauda.ba.gov.br)>

Assunto: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados, boa tarde!

Em atenção ao quanto definido na ficha técnica do indicador 6.1 (Percentual de médicos com Título de Especialista), foram realizadas consultas ao Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), afim de verificar o devido registro de residência do corpo médico na área de atuação no HS. Considerando a base de profissionais fornecida pela Concessionária para o 53º trimestre, não foram identificados 58 profissionais no sistema CNRM.

## Ficha Técnica 23

### 6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista

**Objetivos:** Acompanhar o percentual de médicos especialistas no Hospital. A maior quantidade de profissionais com título de especialista é indicativa de qualificação do corpo clínico.

**Definições:** Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista e o número de médicos.

• **Número de médicos com título de especialista:** É o número total de médicos com título de especialista fornecido pela Associação Médica Brasileira ou Conselho Regional de Medicina e Residência Médica conclusa com registro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Desconsiderar atestado de Residência Médica não conclusa. O título deverá ser na especialidade que exerce na instituição.

• **Número de médicos:** É o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício.

Após questionamentos à Concessionária, foram fornecidos os certificados de conclusão de residência, bem como as justificativas abaixo.

De: "Rogério Palmeira" <[rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br](mailto:rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br)>

Para: "BR Projeto PPP\_HS" <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>

Cc: "Cynthia Lins" <[cynthia.lins@prodalsaude.com.br](mailto:cynthia.lins@prodalsaude.com.br)>, "Caio Matos" <[caio.matos@prodalsaude.com.br](mailto:caio.matos@prodalsaude.com.br)>, "Gabriel de Carvalho Cunha" <[gabriel.cunha@prodalsaude.com.br](mailto:gabriel.cunha@prodalsaude.com.br)>

Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 8:48:38

Assunto: Re: APURAÇÃO 53º TRI MÉDICOS HS xlsx

Bom dia!  
Como salientado anteriormente, nem todos os especialistas constarão no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), posto muitos profissionais podem ter realizados outras modalidades de especialização fora do CNRM, tais como residências fora do país, fellowships, residências não credenciadas ao CNRM, estágios credenciados por Sociedades,etc. Neste caso a apresentação de títulos de sociedades médicas tem o mesmo valor legal que os constantes deste sistema, se enquadrando no item B, conforme termos abaixo:

1. Sendo certo que, por força das Leis 6.932/1981 e 12.871/2013, somente existem duas formas de obter o título de especialidade médica:  
a) por meio dos programas de residência médica ou;  
b) pelas sociedades de especialidades.

Neste caso sugiro que em não encontrando na CNRM, verifique também nas sociedade médicas.

Cordialmente,

Rogério Palmeira

Dirutor Técnico

(71)3216-8808

De: "Cynthia Lins" <[cynthia.lins@prodalsaude.com.br](mailto:cynthia.lins@prodalsaude.com.br)>

Para: "Rogério Palmeira" <[rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br](mailto:rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br)>

Cc: "BR Projeto PPP\_HS" <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>, "Caio Matos" <[caio.matos@prodalsaude.com.br](mailto:caio.matos@prodalsaude.com.br)>, "Gabriel de Carvalho Cunha" <[gabriel.cunha@prodalsaude.com.br](mailto:gabriel.cunha@prodalsaude.com.br)>

Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 11:41:50

Assunto: Re: APURAÇÃO 53º TRI MÉDICOS HS xlsx

Bom dia Vitória,

Acrecento à resposta de Dr. Rogério, que vocês poderão fazer a Verificação da Titularidade dos médicos pesquisando o "Registro de Qualificação de Especialidade" (RQE), que é o documento que atesta junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) a sua formação em determinada especialidade médica.

Nesse sentido, gostaríamos de validar o entendimento do poder concedente acerca da possibilidade de verificação dos sistemas do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e Conselho Federal de Medicina (CFM), uma vez que para esta apuração e seguintes, a Concessionária não atingirá a meta de 82% apenas com a verificação ao sistema CNRM.

Reforçamos que em virtude de qualquer entendimento diverso do que consta atualmente na ficha técnica, será necessária uma alteração futura da mesma.

**Por questões de prazo, solicitamos retorno até quinta-feira, 22/02/2024. Reforçamos que o retorno é fundamental para a devida apuração do indicador.**

Atenciosamente,

**Classificação:** Confidencial

--

**Vitória Silva**

Business Analyst II | Risk Advisory

Deloitte Touche Tohmatsu

Av. Tancredo Neves, 620, 30º andar

CEP 41.820-020. Salvador. BA. Brasil

F: +55 (71) 2103-9400

[vitorisilva@deloitte.com.br](mailto:vitorisilva@deloitte.com.br) | [www.deloitte.com.br](http://www.deloitte.com.br)

--

**Deloitte.**

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação da exclusão desta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado.

Se receber meus e-mails fora do horário comercial, esclareço que não espero que eles sejam respondidos neste momento. É uma questão de organização pessoal.

## Anexo XVIII – Email SESAB sobre indicador 6.1 – Residentes

### **Sales, Alana Patricia de Oliveira**

---

**De:** Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>  
**Enviado em:** quinta-feira, 20 de fevereiro de 2025 17:33  
**Para:** Sales, Alana Patricia de Oliveira; Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External); SAIS CGPPP; liciacavalcanti@prodalsaudade.com.br; Cyntia Lins (External); Gabriel de Carvalho Cunha; Caio Matos (External)  
**Cc:** BR Projeto PPP\_HS; luci.souza@prodalsaudade.com.br  
**Assunto:** [EXT] RE: VI PPP HS | Alinhamento sobre o indicador de médicos especialistas - 57º TRI

**Sinalizador de acompanhamento:** Acompanhar  
**Status do sinalizador:** Sinalizada

Prezada Alana,

Com os cordiais cumprimentos, e considerando as observações do Verificador Independente relativas ao Indicador de Desempenho 6.1 – Percentual de Médicos com Título de Especialista, referente à apuração do 57º trimestre, encaminhamos a manifestação do Poder Concedente sobre o assunto:

- 1. Deliberar se os médicos residentes deverão ser mantidos ou removidos da base de cálculo do indicador, considerando que, uma vez que estes ainda não possuem título de especialista, implicará no não atingimento da meta do indicador;**

Inicialmente, cumpre destacar que o governo da Bahia, por meio da Secretaria de Saúde (SESAB), investe na formação e qualificação profissional para atuação no Sistema Único de Saúde, sendo as residências em saúde uma dessas modalidades, por proporcionar a educação em serviço voltada às necessidades da população baiana.

A Residência médica é a modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, instituída pelo Decreto 80.281, de 5/9/1977. Caracteriza-se pelo treinamento em serviço, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos.

O ingresso dos médicos nos programas de residências é realizado por meio de processo seletivo unificado, coordenado pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), no qual são oferecidas bolsas financiadas pelo Governo do Estado da Bahia.

A SESAB é a entidade responsável pela gestão das bolsas de residência e regula os campos de práticas de formação para os residentes.

Diante do exposto, esta DGECOP entende que os médicos residentes devem ser excluídos da base de cálculo do indicador, uma vez que a relação entre o médico residente e o Hospital do Subúrbio configura-se como uma atividade de ensino, sem vínculo empregatício com a instituição onde é cumprido o programa de residência.

Além disso, a Ficha Técnica do Indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo **empregatício**”. Essa definição fundamenta a posição da DGECOP de que o vínculo de ensino não deve ser levado em conta na equação.

Se a definição da Ficha Técnica do Indicador definisse o número de médicos como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo”, não especificando o “vínculo empregatício”, a interpretação do denominador da equação poderia ser mais ampla e incluir diferentes categorias de médicos, como residentes, estagiários ou médicos voluntários, que podem não ter um vínculo formal de emprego com o hospital.

Do exposto, considerando que o residente ainda não possui o título de especialista, a sua inclusão na base de cálculo do indicador não se justifica.

**2. Deliberar se os títulos de especialidade dos médicos deverão ser na área de atuação no hospital, conforme determina a ficha técnica, ou se tal critério será flexibilizado, tal como vem sendo feito com o registro da especialização no CNRM.**

Consoante o quanto exposto na descrição da Ficha Técnica 23, qual seja: *O título deverá ser na especialidade que exerce na instituição*, esta DGECOP corrobora com o disposto na referida ficha, devendo a apuração do indicador seguir **conforme previsto contratualmente**.

A titulação de especialista garante diagnósticos e tratamentos mais precisos, prestação dos serviços com resolutividade e qualidade. Nesse contexto, em relação à solicitação da Concessionária para revisão da Ficha Técnica do Indicador, no que tange ao conceito de médicos com título de especialista, esta DGECOP, em análise preliminar, não concorda com o solicitado.

Qualquer dúvida, estamos à disposição.

Att,

Raquel Cerqueira Barbosa, CPP-F  
Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada - DGECOP  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB Tel: +55 (71) 3115-8438 / 3115-9619

---

**De:** Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com>  
**Enviado:** segunda-feira, 10 de fevereiro de 2025 15:10  
**Para:** Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@sauda.ba.gov.br>; Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@sauda.ba.gov.br>; SAIS CGPPP <sais.cgppp@sauda.ba.gov.br>; liciacavalcanti@prodalsaudade.com.br <liciacavalcanti@prodalsaudade.com.br>; Cyntia Lins (External) <cyntia.lins@prodalsaudade.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha <gabriel.cunha@prodalsaudade.com.br>; Caio Matos (External) <caio.matos@prodalsaudade.com.br>  
**Cc:** BR Projeto PPP\_HS <brppphs@deloitte.com>; luci.souza@prodalsaudade.com.br <luci.souza@prodalsaudade.com.br>  
**Assunto:** VI PPP HS | Alinhamento sobre o indicador de médicos especialistas - 57º TRI

Prezados,  
Boa tarde!

Espero que estejam todos bem!

Conforme abordamos na última Reunião de Governança, enviamos à Concessionária os resultados de nossa análise preliminar do indicador 6.1 – Percentual de Médicos com Título de Especialista, referente ao 57º trimestre.

A partir da nossa análise, identificamos que dos 390 médicos atuantes no período, conforme relatório PGH “Desempenhos dos Profissionais”, identificamos que apenas 224 dispõem de registro de especialização compatível com a área de atuação no HS, resultando em um percentual de 57,44%. Os demais profissionais enquadram-se nas seguintes situações:

- . 88 profissionais não constam na planilha “Plantonistas – 57º Trimestre” enviada via Connect;
- . 23 profissionais possuem especialização diversa da especialidade de atuação no HS;
- . 56 profissionais sem registro de especialização no CNRM, AMB e CFM.

Em resposta, a Concessionária encaminhou o email abaixo.

Acerca das considerações da Concessionária listadas no tópico 1 do Ofício Dir. Técnica 33/25, sobre a identificação dos médicos especialistas pelo verificador independente, a mesma aponta que é possível que os médicos atuantes na instituição não sejam identificados em sua totalidade, posto que o relatório “Desempenho de Profissionais”, utilizado como referência pelo VI, denota apenas os profissionais que acessaram o sistema PGH com registro em prontuário. Ficam de fora, portanto, os exemplos a seguir:

1. Médicos atuantes em regime de sobreaviso que não foram acionados no trimestre
2. Médicos atuantes no período, mas que não efetuaram registro no prontuário
3. Médicos da Medicina Ocupacional, que atendem aos funcionários e, portanto, não fazem registro em prontuário
4. Médicos atuantes na gerência médica e de qualidade

Quanto aos casos 3 e 4, estamos de acordo, tendo em vista que a ficha técnica conceitua o índice “número de médicos” (denominador) como o número total de médicos em atividade no hospital, **independentemente do vínculo empregatício**. Para saná-los, levaremos em consideração a planilha encaminhada pela Concessionária, adicionalmente ao relatório “Desempenho de Profissionais”, a fim de não descartarmos tais médicos da análise.

Quanto ao caso 2, estamos de acordo. Para saná-lo, utilizaremos, além do relatório “Desempenho de Profissionais”, o relatório de LOG dos médicos, que denotará os médicos que minimamente acessaram o sistema durante o plantão. Contudo, vale destacar que o sistema PGH não viabiliza ao VI a extração desses dados em excel. Sendo assim, solicitamos que o sistema seja parametrizado para permitir tal ação.

Quanto ao caso 1, não estamos de acordo em considerá-los, tendo em vista que a ficha técnica conceitua o índice “número de médicos” (denominador) como o número total de médicos **em atividade** no hospital. Esses profissionais, apesar de vinculados ao hospital com remuneração garantida independente do acionamento, não estiveram em atividade no trimestre. Contudo, a remoção desses casos da base de dados não produz efeito no resultado do indicador, posto que serão eliminados tanto do numerador quanto do denominador.

---

Ademais, no que diz respeito a considerar a planilha encaminhada pela Concessionária, entendemos que esta precisa ser revista e aprimorada, posto que, no 57º trimestre, esta não sinalizou:

- 10 plantonistas com especialização (CRM 35645, 44684, 33026, 27484, 36783, 22297, 37103, 27222, 35631 e 9163089); e
- 8 plantonistas sem especialização (CRM 36826, 40193, 35142, 31237, 40847, 41513, 30027 e 39264).

Além dos 18 profissionais acima, a Concessionária não informou ao VI os médicos residentes atuantes na unidade, ficando de fora da documentação suporte do 57º trimestre os seguintes casos:

- 37 residentes externos (CRM 31399, 36567, 38546, 40514, 35847, 36090, 43775, 35987, 40906, 44384, 43008, 40545, 37471, 41755, 37595, 35227, 39044, 37525, 41423, 35236, 40537, 40213, 34321, 42791, 38231, 40359, 44739, 37685, 38555, 43649, 34840, 44353, 35886, 38381, 42691, 41569 e 35097); e
- 35 residentes internos (CRM 43647, 41578, 41291, 33403, 40212, 18023, 36617, 41025, 31209, 38314, 41031, 38475, 40211, 40948, 38556, 36691, 41427, 38194, 31336, 34857, 35940, 38629, 31510, 38502, 36878, 41970, 44493, 28718, 36244, 41586, 38564, 42198, 37511, 36749 e 35723).

Quanto aos residentes, a Concessionária entende que estes só deverão ser considerados no cálculo do indicador se, no período analisado, o médico residente foi contratado e remunerado diretamente pelo hospital. A Concessionária argumenta, ainda, que tal indicador foi incorporado no início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência.

Tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Contudo, frente aos argumentos apresentados pela Concessionária no Ofício Dir. Técnica 33/25, remetemos tal quadro para deliberação do Poder Concedente. Vale trazer à luz, ainda, a fala da Concessionária sobre o tema, na última Reunião de Governança (30/01/2025), sinalizando que se os residentes forem considerados no cálculo, o que impactará negativamente no resultado do indicador, o hospital descontinuará o programa de residência.

Cabe sinalizar que, para apuração do referido indicador nos trimestres anteriores, o denominador da equação era apontado pela Concessionária, a partir da documentação suporte fornecida trimestralmente, com o quantitativo de médicos atuantes no período. O VI não dispunha de fontes alternativas dessa informação, tendo em vista o acesso ainda limitado ao PGH e a indisponibilização das escalas médicas. Recentemente, após liberação de acesso ao relatório PGH denominado “Desempenho de Profissional”, este VI tomou conhecimento acerca dos profissionais médicos atuantes na instituição e pôde aprofundar suas análises e chegar ao resultado atual.

---

Ainda no Ofício Dir. Técnica 33/25, a Concessionária aponta a necessidade de revisão da ficha técnica do indicador no que se refere ao conceito de médicos com título de especialista. A referida ficha técnica aponta que deverão ser considerados apenas os títulos de especialista na especialidade de atuação do hospital. Acerca disso, a Concessionária argumenta que enfrenta dificuldade para encontrar médicos com títulos de especialidades específicas.

Quanto a esse pleito, demandamos o apoio do Poder Concedente quanto à deliberação de como deverá ser conduzida a apuração do 5º trimestre.

Destacamos que o referido indicador já está sendo apurado com flexibilização ao que determina a ficha técnica no que tange às instituições concedentes dos títulos de especialista. Em fevereiro/2024, a Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, através do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), acatou a declaração da Concessionária no que concerne aos especialistas que não constam no Sistema da CNRM por terem realizado residência não credenciada ao CNRM, fora do país ou outras modalidades. Assim, o Poder Concedente autorizou, conforme e-mail anexo, o VI a considerar especialistas, para fins desse indicador, os médicos que não possuem residência registrada no CNRM, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM, até que advenha o parecer da PGE sobre o tema.

---

Ademais, informamos que estamos analisando os títulos enviados pela Concessionária.

---

#### AÇÕES/DECISÕES REQUERIDAS

- 37 residentes externos (CRM 31399, 36567, 38546, 40514, 35847, 36090, 43775, 35987, 40906, 44384, 43008, 40545, 37471, 41755, 37595, 35227, 39044, 37525, 41423, 35236, 40537, 40213, 34321, 42791, 38231, 40359, 44739, 37685, 38555, 43649, 34840, 44353, 35886, 38381, 42691, 41569 e 35097); e
- 35 residentes internos (CRM 43647, 41578, 41291, 33403, 40212, 18023, 36617, 41025, 31209, 38314, 41031, 38475, 40211, 40948, 38556, 36691, 41427, 38194, 31336, 34857, 35940, 38629, 31510, 38502, 36878, 41970, 44493, 28718, 36244, 41586, 38564, 42198, 37511, 36749 e 35723).

Quanto aos residentes, a Concessionária entende que estes só deverão ser considerados no cálculo do indicador se, no período analisado, o médico residente foi contratado e remunerado diretamente pelo hospital. A Concessionária argumenta, ainda, que tal indicador foi incorporado no início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência.

Tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Contudo, frente aos argumentos apresentados pela Concessionária no Ofício Dir. Técnica 33/25, remetemos tal quadro para deliberação do Poder Concedente. Vale trazer à luz, ainda, a fala da Concessionária sobre o tema, na última Reunião de Governança (30/01/2025), sinalizando que se os residentes forem considerados no cálculo, o que impactará negativamente no resultado do indicador, o hospital descontinuará o programa de residência.

Cabe sinalizar que, para apuração do referido indicador nos trimestres anteriores, o denominador da equação era apontado pela Concessionária, a partir da documentação suporte fornecida trimestralmente, com o quantitativo de médicos atuantes no período. O VI não dispunha de fontes alternativas dessa informação, tendo em vista o acesso ainda limitado ao PGH e a indisponibilização das escalas médicas. Recentemente, após liberação de acesso ao relatório PGH denominado “Desempenho de Profissional”, este VI tomou conhecimento acerca dos profissionais médicos atuantes na instituição e pôde aprofundar suas análises e chegar ao resultado atual.

Ainda no Ofício Dir. Técnica 33/25, a Concessionária aponta a necessidade de revisão da ficha técnica do indicador no que se refere ao conceito de médicos com título de especialista. A referida ficha técnica aponta que deverão ser considerados apenas os títulos de especialista na especialidade de atuação do hospital. Acerca disso, a Concessionária argumenta que enfrenta dificuldade para encontrar médicos com títulos de especialidades específicas.

Quanto a esse pleito, demandamos o apoio do Poder Concedente quanto à deliberação de como deverá ser conduzida a apuração do 57º trimestre.

Destacamos que o referido indicador já está sendo apurado com flexibilização ao que determina a ficha técnica no que tange às instituições concedentes dos títulos de especialista. Em fevereiro/2024, a Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, através do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), acatou a declaração da Concessionária no que concerne aos especialistas que não constam no Sistema da CNRM por terem realizado residência não credenciada ao CNRM, fora do país ou outras modalidades. Assim, o Poder Concedente autorizou, conforme e-mail anexo, o VI a considerar especialistas, para fins desse indicador, os médicos que não possuem residência registrada no CNRM, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM, até que advenha o parecer da PGE sobre o tema.

Ademais, informamos que estamos analisando os títulos enviados pela Concessionária.

#### **AÇÕES/DECISÕES REQUERIDAS**

Segue abaixo o link com os documentos comprobatórios de especialização de alguns dos médicos referenciados e, em anexo, as planilhas com as considerações da Concessionária.

[https://drive.google.com/drive/folders/1qdJPFB9lxz2CcoSSCKh3Ytsalw1SzJkl?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1qdJPFB9lxz2CcoSSCKh3Ytsalw1SzJkl?usp=drive_link)

Ficamos à disposição para esclarecimentos,

---

**De:** "Luci Souza" <[luci.souza@prodalsaudade.com.br](mailto:luci.souza@prodalsaudade.com.br)>  
**Para:** "BR Projeto PPP HS" <[brppphs@deloitte.com](mailto:brppphs@deloitte.com)>, "SESAB" <[sais.cgppp@saudeba.gov.br](mailto:sais.cgppp@saudeba.gov.br)>  
**Cc:** "Raquel Barbosa, External" <[raquel.barbosa1@saudeba.gov.br](mailto:raquel.barbosa1@saudeba.gov.br)>, "Debora Grasiele Campos Bahia" <[debora.bahia@saudeba.gov.br](mailto:debora.bahia@saudeba.gov.br)>, "luciana macedo" <[luciana.macedo@saudeba.gov.br](mailto:luciana.macedo@saudeba.gov.br)>, "Alana Patricia de Oliveira Sales" <[asales@deloitte.com](mailto:asales@deloitte.com)>, "cyntia lins" <[cyntia.lins@prodalsaudade.com.br](mailto:cyntia.lins@prodalsaudade.com.br)>

**Enviadas:** Sexta-feira, 7 de fevereiro de 2025 16:25:07

**Assunto:** Trimestre 57º.

Prezados, boa tarde!

Em resposta ao e-mail de 29 de janeiro de 2025 às 16:55, segue Ofício Diretoria Geral 33/25, referente ao trimestre 57º.

Favor acusar o recebimento.

Atenciosamente,

 Hospitais do Subúrbio GESTÃO POR MEIO DE PPP Prodal SESAB	<p><b>Luci Souza</b> Assistente Diretoria (71) 3217-8608 <a href="mailto:luci.souza@prodalsaudade.com.br">luci.souza@prodalsaudade.com.br</a> <a href="http://www.prodalsaudade.com.br">www.prodalsaudade.com.br</a></p> <p><b>Cyntia Lins</b> Gerente de Qualidade e Segurança Tel.: (71)3217-8710 <a href="mailto:cyntia.lins@prodalsaudade.com.br">cyntia.lins@prodalsaudade.com.br</a> <a href="http://www.prodalsaudade.com.br">www.prodalsaudade.com.br</a></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido e recebeu esta mensagem por engano, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação que excluirá esta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado. A Deloitte refere-se a uma ou mais empresas da Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), sua rede global de firmas-membro e suas entidades relacionadas (coletivamente, a "organização Deloitte"). A DTTL (também chamada de "Deloitte Global") e cada uma de suas firmas-membro e entidades relacionadas são legalmente separadas e independentes, que não podem se obrigar ou se vincular a terceiros. A DTTL, cada empresa membro da DTTL e cada entidade relacionada são responsáveis apenas por seus próprios atos e omissões, e não entre si. A DTTL não fornece serviços para clientes. Por favor, consulte [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) para saber mais.

**Anexo XIX – Pacientes autorizados, mas não encaminhados pelo CER**

## Sales, Alana Patricia de Oliveira

---

**From:** Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>  
**Sent:** sexta-feira, 28 de novembro de 2025 14:44  
**To:** Sales, Alana Patricia de Oliveira; SAIS CGPPP; BR Projeto PPP\_HS;  
contatodiretoria@prodalsaude.com.br; liciacavalcanti@prodalsaude.com.br;  
gabriel.cunha@prodalsaude.com.br; rita.andrade@prodalsaude.com.br;  
naiara.silva@prodalsaude.com.br; Débora Bahia (External)  
**Subject:** [EXT] RE: RELATÓRIO TRIMESTRAL DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO CONTRATO (60º TRIMESTRE)

Bom dia Alana,

Tem um paciente na Planilha que está apenas como Autorizado, sem a informação se foi encaminhado ou não.

Entrei em contato com a CER e eles informaram que como não tinha a informação no sistema que eu poderia considerar para esse paciente o que a Concessionária estava informando (Autorizado mas não encaminhado).

Atenciosamente

### *Luciana Fernandes Moura Macedo*

*Membro da Comissão de Acompanhamento do Contrato nº. 030/2010*

*DGECOP/SAIS/Sesab*

*[luciana.macedo@saude.ba.gov.br](mailto:luciana.macedo@saude.ba.gov.br)*

*Tel: +55 (71) 3115-9619*



---

De: Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com>  
Enviado: sexta-feira, 28 de novembro de 2025 14:37  
Para: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>; BR Projeto PPP\_HS <brppphs@deloitte.com>;  
contatodiretoria@prodalsaude.com.br <contatodiretoria@prodalsaude.com.br>;  
liciacavalcanti@prodalsaude.com.br <liciacavalcanti@prodalsaude.com.br>; gabriel.cunha@prodalsaude.com.br  
<gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>; rita.andrade@prodalsaude.com.br <rita.andrade@prodalsaude.com.br>;  
naiara.silva@prodalsaude.com.br <naiara.silva@prodalsaude.com.br>; Debora Grasiele Campos Bahia  
<debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>  
Assunto: RE: RELATÓRIO TRIMESTRAL DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO CONTRATO (60º TRIMESTRE)

Prezadas,  
Boa tarde!

Observei que vocês informam, no relatório, que o número de pacientes autorizados e não encaminhados é igual a 39. No entanto, na planilha, o número de pacientes nessa condição é correspondente a 38. Vocês

poderiam verificar e esclarecer, por gentileza?

Obrigada!

Abraço,

Classificação: [ ] Pública [x] Confidencial [ ] Confidencial de Alto Risco

--

Alana Sales

Gerente | PPPs e Concessões

She/her | Ela/dela

Deloitte Touche Tohmatsu

Rua de São Jorge, 240 – Torre D, 7º andar – Moinho Recife Business & Life

CEP 50030-240, Recife, PE, Brasil

F: +55 (81) 9 9236-8394

asales@deloitte.com |

<https://nam10.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.deloitte.com.br%2F&data=05%7C02%7Cluciana.macedo%40saude.ba.gov.br%7Cc915df81965e4d65149308de2ea4c871%7C4cd835f45440408f93a3975fc17c384a%7C0%7C0%7C638999482437965320%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIYIoiwljAuMDAwMCIsIlAiOjXaW4zMlsIkFOljoiTWFpbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C&sdata=9ze7Q5jQJnm7wtlnlyZrcRwr%2BAIUUDHJFwfhcP53Dgso%3D&reserved=0>

--

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação da exclusão desta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado.

Se receber meus e-mails fora do horário comercial, esclareço que não espero que eles sejam respondidos neste momento. É uma questão de organização pessoal.

Pense no meio ambiente antes de imprimir.

-----Original Message-----

From: SESAB/Email da Coordenação de Gestão das Parcerias Público Privadas

<sais.cgppp@sauda.ba.gov.br>

Sent: quinta-feira, 27 de novembro de 2025 15:15

To: Sales, Alana Patrícia de Oliveira <asales@deloitte.com>; BR Projeto PPP\_HS <brppphs@deloitte.com>; contatodiretoria@prodalsauda.com.br; liciacavalcanti@prodalsauda.com.br;

gabriel.cunha@prodalsauda.com.br; rita.andrade@prodalsauda.com.br; naiara.silva@prodalsauda.com.br;

Débora Bahia (External) <debora.bahia@sauda.ba.gov.br>; Luciana Macedo (External)

<luciana.macedo@sauda.ba.gov.br>

Subject: [EXT] RELATÓRIO TRIMESTRAL DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO CONTRATO (60º TRIMESTRE)

Prezados,

Encaminhamos a análise do Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores, elaborado pelo Verificador Independente Deloitte Touche Tohmatsu Consultores LTDA., referente ao 60º Trimestre de Operação, bem a planilha de validada CER referente ao indicador "Saídas de Internações Hospitalares" para conhecimento.

Atenciosamente,

Esta comunicação e qualquer anexo a ela são para distribuição interna entre os profissionais da Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), sua rede global de firmas-membro e suas entidades relacionadas

## Anexo XX – Orientação do Poder Concedente sobre Indicador Quantitativo 2.1

RE: VI PPP HS | Reunião de Governança - Abril/2025

Summarize



Sales, Alana Patricia de Oliveira

To: [raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br](mailto:raquel.barbosa1@sauda.ba.gov.br); [julia.silva@sauda.ba.gov.br](mailto:julia.silva@sauda.ba.gov.br); [debora.bahia@sauda.ba.gov.br](mailto:debora.bahia@sauda.ba.gov.br); [luciana.macedo@sauda.ba.gov.br](mailto:luciana.macedo@sauda.ba.gov.br); [liciacavalcanti@prodalsaude.com.br](mailto:liciacavalcanti@prodalsaude.com.br); [cynthia.lins@sauda.ba.gov.br](mailto:cynthia.lins@sauda.ba.gov.br); [Gabriel de Carvalho Cunha](mailto:gabriel.decarvalho.cunha@sauda.ba.gov.br); [Caio Matos \(External\)](mailto:caio.matos@sauda.ba.gov.br); [Nogueira, Wagner Marques Goncalves](mailto:nogueira.wagner.marques.goncalves@sauda.ba.gov.br); [Bina, Amanda Aparecida Souza dos Santos](mailto:bina.amanda.aparecida.souza@sauda.ba.gov.br); **+2 others**

seg 05/05/2025 11:25

Confidential\No Additional Protection

HS - Reunião de Governança - Abril2025.pdf  
1 MB

Reply Reply All Forward

Aproveito a oportunidade para sinalizar um aspecto não tratado em reunião de governança, mas que demanda discussão e deliberação para fins da apuração do 58º trimestre. Tema já sinalizado à Dra. Cyntia. O indicador quantitativo 2.1 foi apurado como não atendido.

O 12º TA alterou a fórmula do indicador para o seguinte texto: "Número total de consultas médicas em atenção especializada (acompanhamentos para egressos nas áreas de Clínica Médica, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço). Para o cômputo deste indicador deverão ser considerados os atendimentos realizados por meio de encaminhamento do Complexo Regulador."

No trimestre 58, foram apuradas as seguintes áreas atendidas no ambulatório:

AS	Clinica cirurgia - Anestesia	1029
BU	Bucomaxilo	172
CB	Cabeça e Pescoço	331
CL	Cirurgia Geral	3143
CP	Cirurgia Pediátrica	529
CR	Clinica Médica-Cardiologia	686
HC	Hematologia - Clinica	30
MC	Clinica Médica	634
NC	Neuroclínica	451
NE	Neurocirúrgico	767
OR	Ortopedia	5065
PL	Cirurgia Plástica	81
UR	Urologia	2288
VA	Vascular	346

Os atendimentos em vermelho foram desconsiderados pelo VI por não corresponderem às áreas descritas na ficha técnica. A Concessionária entende que os atendimentos denominados "Clinica cirurgia – Anestesia", realizados por anestesiologistas, devem ser considerados para os pacientes que serão submetidos às cirurgias mencionadas no contrato. Assim, questionamos ao Poder Concedente como devemos proceder.

Abraço,

**Classificação:** [ ] Pública [x] Confidencial [ ] Confidencial de Alto Risco

--

**Alana Sales**

Consultor Sênior | Corporate Finance Advisory  
She/her | Ela/dela  
Deloitte Touche Tohmatsu  
Rua de São Jorge, 240 – Torre D, 7º andar – Moinho Recife Business & Life  
CEP 50030-240, Recife, PE, Brasil  
F: +55 (81) 9 9236-8394  
[asales@deloitte.com](mailto:asales@deloitte.com) | [www.deloitte.com.br](http://www.deloitte.com.br)

--

**Deloitte.**

[EXT] RE: Ofício Diretoria Geral 128-25

Summarize



Júlia Alves Caetano da Silva <[julia.silva@sauda.ba.gov.br](mailto:julia.silva@sauda.ba.gov.br)>

To: **BR Projeto PPP HS**; Sales, Alana Patricia de Oliveira  
Cc: [liciacavalcanti@prodalsaude.com.br](mailto:liciacavalcanti@prodalsaude.com.br); [Cyntia Lins \(External\)](mailto:cynthia.lins@sauda.ba.gov.br); [Gabriel de Carvalho Cunha](mailto:gabriel.decarvalho.cunha@sauda.ba.gov.br); [Caio Matos \(External\)](mailto:caio.matos@sauda.ba.gov.br); [Nogueira, Wagner Marques Goncalves](mailto:nogueira.wagner.marques.goncalves@sauda.ba.gov.br); [Bina, Amanda Aparecida Souza dos Santos](mailto:bina.amanda.aparecida.souza@sauda.ba.gov.br); **+1 other**

ter 13/05/2025 16:14

Reply Reply All Forward

To help protect your security, the Follow Up flag text has been hidden. Follow up. Completed on sexta-feira, 30 de maio de 2025.  
[Click here to see hidden text.](#)

You replied to this message on 19/05/2025 17:01.

If there are problems with how this message is displayed, click here to view it in a web browser.

### 6 - Consultas Médicas especializadas

Considerando a relevância do tema, entendemos que as consultas médicas especializadas realizadas no próprio hospital, voltadas ao cuidado de pacientes com indicação cirúrgica, devem ser reconhecidas no indicador de "Consultas Médicas Especializadas". Destacamos que essas avaliações complementares, como as consultas com cardiologia, hematologia e anestesia, são fundamentais para reduzir riscos e garantir melhores resultados na cirurgia. Diante disso, tais atendimentos devem continuar sendo contabilizados no referido indicador.

Atenciosamente,

# Deloitte.

A Deloitte refere-se a uma firma-membro da Deloitte, uma de suas entidades relacionadas, ou à Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"). Cada firma-membro da Deloitte é uma entidade legal separada e membro da DTTL. A DTTL não fornece serviços para clientes. Por favor, consulte [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) para saber mais.

A Deloitte é líder global em auditoria, consultoria empresarial, assessoria financeira, gestão de riscos, consultoria tributária e serviços correlatos. Nossa rede de firmas-membro, presente em mais de 150 países e territórios, atende a quatro de cada cinco organizações listadas pela Fortune Global 500®. Saiba como os 457.000 profissionais da Deloitte impactam positivamente seus clientes em [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com).

© 2025. Para mais informações, contate a Deloitte Touche Tohmatsu Limited.