

**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAM****Estado do Paraná - 95.640.322/0001-01**

RUA MAMBORE, 1542 - CEP 87302-140 - CNPJ 95.640.322/0001-01

NOTA DE PAGAMENTO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA**nº Ordem Pagamento: 1328 / 2020**

Credor: 2878 - Marcio Andre Alencar de Almeida
CNPJ/CPF: 628.688.459-91
Endereço: Residencial: Interventor Manoel Ribas, 1888 - - Campo Mourão / PR
Banco: 104 Agência: 0386 Conta: 32.384-3

Órgão: 01. CIS-COMCAM
Unidade: 01.001. Cis-Comcam
Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam
Elemento Desp.: 3.3.90.14.00.00 DIÁRIAS - CIVIL
Fonte Rec.: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente 01001

EMPENHO	LIQUIDAÇÃO	PROCESSO	VLR. EMPENHO	VLR. LIQUIDAÇÃO	VLR. A PAGAR
1095 / 2020	1 / 2020	0 / 2.020,00	150,00	150,00	150,00

Histórico:

TOTAL DA ORDEM: 150,00

Banco: 224 -B. BRASIL - F. 001 - 70.509-8 - T. ADMINISTRATIVA
Banco: 1 Agência: 0406-5 Conta: 70.509-8
TED nº: 60501

DECLARO HAVER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA NO VALOR DE R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)

Data_____
Marcio Andre Alencar de Almeida

AUTORIZO O PAGAMENTO.

CAMPO MOURÃO, 5 de junho de 2020.

Prefeito_____
Tesoureiro



CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO

Estado do Paraná - 95.640.322/0001-01

RUA MAMBORE, 1542 CENTRO (044)3523-3684 - CEP 87302-140

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 1095 / 2020 Ordinário Data: 01/06/2020 Página 1 / 1

Credor: 2878 - Marcio Andre Alencar de Almeida
Endereço: Residencial: Interventor Manoel Ribas, 1888 - - C.E.P. 87303180 - Campo Mourão - PR
C.P.F.: 628.688.459-91 R.G.: 4.531.575-4

Orgão: 01. CIS-COMCAM Unidade: 01.001. Cis-Comcam Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam Elemento Desp.: 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - CIVIL Reduzido: 2 F. de Recurso: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente 01001 Desdobramento: 14 02 SERVIDORES COMISSONADOS	Processo.....: 0/2020 Tipo de Licitação: Dispensavel Nº Licitação.....: / F. do TCE
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dotação Inicial 20.000,00	Saldo Anterior 16.250,00	Valor 150,00	Saldo Atual 16.100,00
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	1	Diári	DIÁRIA(S).	300,00	150,00

Local de Entrega	Total Retenções: 0,00	Total Liq. Empenho: 150,00
------------------	------------------------------	-----------------------------------

Empenhado por: Leandra Lima Macaronelli	Conferido por:	LIQUIDAÇÃO Declaro que os <input type="checkbox"/> Serviços foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada
--------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autorizo a Despesa Acima Discriminada CAMPO MOURÃO, de de		Data _____ Nome / Assinatura _____
--------------------------------------------------------------	--	------------------------------------

_____ Prefeito	PAGAMENTO ORDEM DE PAGAMENTO Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho. CAMPO MOURÃO, de de
_____ Secretario de Fazenda	_____ Tesoureiro

RECIBO Recebi(emos) da tesouraria da CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, a importância especificada acima em moeda corrente do país. CAMPO MOURÃO, de de Credor (CPF/CNPJ) _____	Banco <u>109</u> <u>12:0386</u> Nº da Conta <u>32.389-3</u> Nº do Cheque _____ Anotações _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------



ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO Nº 013/2020 – 01/06/2020.

OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.

PROPOSTA DE VIAGEM	
Servidor(a)	Nome: Marcio André Alencar de Almeida – Matrícula 141 Cargo ou Função: Supervisor das Redes

Serviço a executar e período	
Serviço a executar e período	1) Viagem a Goioerê/Pr – Percurso – 140 KM

Justificativa detalhada (razões)
De: 14/05/2020 à 14/05/2020. Cidade Destino: Goioerê - Paraná Percurso: 140,00 KM Objetivo: A presente viagem visa participar de reunião na Santa Casa de Goioerê, com o objetivo de avaliar os serviços executados pelo Hospital, prestador de serviços. DATA DA SAÍDE EM VIAGEM: 14/05/2020 – 08:00 horas. DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 14/05/2020 – 18:00 horas. <small>Diária: R\$ 300,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1º, I - Diária Integral - A cada afastamento do Município sede do Cis-Comcam, que ensejar pernoite”.</small> <small>½ Diária: R\$ 150,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1º, II - “1/2 (meia) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for superior a 100 (cem) quilômetros”.</small> <small>¼ Diária: R\$ 75,00 – “Resolução 8 2013 - Art. 1º, III - “1/4 (um quarto) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for inferior a 100 (cem) quilômetros”.</small>

Relatório De Viagem	Localidade	Nº de Dias
	Goioerê – Pr.	1/2 diárias

Prazo de Utilização	Importância requisitada
14/05/2020	150,00

Meio de Viagem: Veículo Gol Placa BBX9840.

 Proponente	Assinatura e Carimbo da Chefia
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

ATENÇÃO: Deverá o proponente juntar ao respectivo processo os comprovantes da viagem.



Contabilidade Cis-Comcam <contabilidade@ciscomcam.com.br>

Viagem a Goioere

1 mensagem


Comsu Ciscomcam <comsu@ciscomcam.com.br>

14 de maio de 2020 15:11

Para: Contabilidade Cis-Comcam <contabilidade@ciscomcam.com.br>

Boa tarde, Alex a Carla me pediu para ir em uma reunião na Santa Casa de Goioere, na data de hoje (14/05), favor providenciar a diária.

Marcio Alencar - Supervisor de Redes

 **Santa Casa de Goioerê.pdf**
1817K

Relatório Acompanhamento do Contrato n.º 498/2018
SUS – Sistema Único de Saúde

Período de: 01/01/2020 a 29/02/2020

Entidade: Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta		
CNPJ: 75.887.471/0001-62	CNES: 2735970	
Nome do responsável pela instituição: José Carlos de Souza		Função/Cargo: Diretor Administrativo
Município: Goioerê/PR		RS: 11ª
Telefone: (44) 3522-1240	Fax: (44) 3521-7330	E-mail: stacasa@visaonet.com.br

Área 1. INDICADORES GERAIS ASSISTENCIAIS - QUALITATIVAS

1.1. Tempo Médio de Permanência nos leitos de Obstetrícia

(X) Até 3 dias (100 pontos) () > 3 dias (0 ponto)

Tempo Médio de Permanência nos leitos de Obstetrícia no período foi 2,13 dias ✓

Tempo Médio de Permanência Obstetrícia = N° de pacientes dia na obstetrícia no período / N° de saídas na obstetrícia no período

1.2. Tempo Médio de Permanência nos leitos de Clínica Médica ✓

(X) Até 5 dias (100 pontos) () > 5 dias (0 ponto)

Tempo Médio de Permanência nos leitos de Clínica Médica no período foi de 3,49 dias

Tempo Médio de Permanência Clínica Médica = N° de pacientes dia na clínica médica no período / N° de saídas na clínica médica no período

1.3. Manter serviço de laboratório clínico, mesmo de terceirizado, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

(X) cumpriu (100 pontos) () Não cumpriu (0 ponto) ✓

Auditoria, denúncia ou ouvidoria (Declaração do Auditor).

1.4. Taxa de mortalidade institucional

(X) Até 4% (100 pontos) () > 4% (0 ponto)

Taxa de mortalidade institucional no período foi de 0,18% ✓

Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito) no mesmo período (Ministério da Saúde).

1.5. Implantar e implementar o Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC 036/2013 de 25 de julho 2013

(X) Cumpriu (100 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

Apresentar ata da reunião mensal do Núcleo de Segurança do Paciente contemplando as atividades descritas na RDC 036/2013

1.6. Notificar os eventos adversos relacionados à segurança do paciente no Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA)

(X) Cumpriu (100 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

Apresentar relatório de notificação no NOTIVISA dos eventos adversos relativos ao mês avaliado

1.7. Realizar internamentos eletivos com AIH pré-autorizada pelo Gestor do SUS

(X) 100% (100 pontos) () < 100% (0 ponto)

1.8. Realizar internamento de Urgência e Emergência com envio do laudo de solicitação da AIH para autorização pelo gestor SUS do prazo de 72 horas do atendimento inicial.

() 100% (50 pontos) (X) < 100% (0 ponto) ✓

1.9. Manter ouvidoria em funcionamento para os pacientes e trabalhadores e em acordo com as normas da legislação.

(X) Cumpriu (50 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

Encaminhar relatórios mensais com as queixas, denúncias, elogios e sugestões

1.10. Garantir acompanhante para pacientes acima de 60 anos, crianças e pessoas portadoras de deficiência.

(X) Cumpriu (100 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

Foram atendidos no período avaliado, o total de:

88 acompanhantes para pacientes com até 18 anos;

174 acompanhantes para pacientes idosos;

67 maternidade;

92 pacientes com Sonda Vesical;

Área 2. INDICADORES ASSISTENCIAIS DE REDES – QUALITATIVAS

2.1. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – Manter serviço de urgência e emergência, geral ou especializado quando existente, em funcionamento 24 horas com classificação de risco.

(X) Cumpriu (200 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – Não recusar acesso a usuário em situação de urgência/emergência.

(X) Cumpriu (200 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.3. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – Manter escala de plantão médico nas 24 horas de acordo com as especialidades pactuadas para atendimento dos pacientes referenciados pelo SAMU 192 constantes no contrato.

(X) Cumpriu (200 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.4. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – Realizar o cadastramento correto e efetivo no Sistema Estadual de Regulação de Leitos, garantindo a evolução adequada e atualizada, tão quanto a manutenção dos registros junto ao complexo Regulador/Central de Leitos, quando da necessidade de transferência inter-hospitalar, subsidiando assim o processo de buscas.

(X) Cumpriu (100 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.5. MÃE PARANAENSE – Garantir acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

(X) Cumpriu (200 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.6. MÃE PARANAENSE – Não recusar acesso a gestante referenciada e/ou em trabalho de parto.

(X) Cumpriu (100 pontos) () Não Cumpriu (0 ponto)

2.7. MÃE PARANAENSE – Elaborar e implementar um plano de ação para redução da taxa de cesárea de no mínimo 5% em relação ao dado de 2017. O hospital terá 90 dias para apresentar o plano. Após 90 dias da apresentação, o indicador passará a ser avaliado e será efetuado desconto mensalmente caso não atinja a meta pactuada. **Taxa de cesárea 2017: 74.85%**
 Cumpriu (100 pontos) Não Cumpriu (0 ponto)
 Taxa de cesarea no período avaliado: 75,11%

2.8. MÃE PARANAENSE – Preenchimento de partograma para todas as gestantes. Anexo ao prontuário.
 Cumpriu (100 pontos) Não Cumpriu (0 ponto)

Área 3. INDICADORES DE GESTÃO – QUALITATIVAS

3.1. Existência de Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial.
 Cumpriu (100 pontos) Não Cumpriu (0 ponto)
 Apresentar cópia do Plano e evidências de implantação

3.2. Realização de pesquisa de satisfação do usuário.
 Cumpriu (100 pontos) Não Cumpriu (0 ponto)
 Apresentar pesquisa mensal de satisfação do usuário

PROGRAMAÇÃO MENSAL ESTABELECIDA PARA A ASSISTÊNCIA -						Meta
QUANTITATIVA						
Grupo 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	Mês 01/2020	Mês 02/2020			Programado	Mínimo 9
Exames Laboratoriais	154	196			70	Realizaç 100,00%
Raio X	1.451	1.561			1.008	Realizaç 100,00%
Exames por Ultra-sonografia	64	65			50	Realizaç 100,00%
Métodos diagnósticos em especialidades (Eletrocardiograma)	70	62			55	Realizaç 100,00%
Total do Grupo 02	1.739	1.884			1.183	100,00%
PROGRAMAÇÃO MENSAL ESTABELECIDA PARA A ASSISTÊNCIA -						Met
QUANTITATIVA						
Grupo 03 – Procedimentos clínicos	Mês 01/2020	Mês 02/2020			Programado	Mínimo
Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos						
Ortopedia – Eletivo	458	418			500	Realizaç 87,60%
Obstetrícia – Eletivo	155	149			100	Realizz 100,00%
Clinico – Atendimento Pronto Atendimento	2.879	2.915			2.700	Realizi 100,00%
Total	3.492	3.482			3.300	95,87%
PROGRAMAÇÃO MENSAL ESTABELECIDA PARA A ASSISTÊNCIA -						Met
QUANTITATIVA						
Grupo 04 – Procedimentos cirúrgicos	Mês 01/2020	Mês 02/2020			Programado	Mínimo
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	49	48			50	Realiz 97,00%
Total	49	48			50	97,00%
Total da Média Complexidade Ambulatorial	5.280	5.414			4.533	97,62%

Programação para a Média Complexidade Hospitalar					Meta
Caráter de atendimento	Mês 01/2020	Mês 02/2020			Programado
Urgência	174	178			143
Eletivo	47	34			55
Obstétrico	58	69			49
Total da Média Complexidade Hospitalar	279	281			247
					Realizado 100,00%
					Realizado 100,00%
					Realizado 100,00%
					91,21%

AVALIAÇÃO DAS METAS AMBULATORIAIS - R\$ 53.949,07			
GRUPO DE PROCEDIMENTOS	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA REALIZADA	PERCENTUAL ATINGIDO
Grupo 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.183	1.812	100,00%
Grupo 03 - Procedimentos clínicos	3.300	3.487	95,87%
Grupo 04 - Procedimentos cirúrgicos	50	49	97,00%
PERCENTUAL ATINGIDO			97,62%

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%
Igual ou abaixo de 69%	Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

AVALIAÇÃO DAS METAS HOSPITALARES - R\$ 136.587,36			
INTERNAMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	META FÍSICA PACTUADA	META FÍSICA REALIZADA	PERCENTUAL ATINGIDO
Urgência/Emergência	143	176	100,00%
Eletivos	55	41	73,64%
Obstétrico	49	64	100,00%
PERCENTUAL ATINGIDO			91,21%

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PERCENTUAL ATINGIDO	% DE REPASSE
Igual ou superior a 90%	100%
De 80% a 89%	90%
De 70% a 79%	80%

Igual ou abaixo de 69%

Pagamento do valor proporcional ao percentual da meta atingido

AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS - R\$ 159.062,55

INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA PACTUADA	PONTUAÇÃO ATINGIDA
Indicadores Gerais Assistenciais	900	850
Indicadores Assistenciais de Redes	1.200	1.100
Indicadores de Gestão	200	200
TOTAL	2.300	2.150

Parâmetros Estabelecidos:

FAIXA DE PONTUAÇÃO	% DE REPASSE
De 2.300 a 2.000	100%
De 1.999 a 1.700	90%
De 1.699 a 1.400	80%
Abaixo de 1.400	ZERO

Goioerê, 11 de Março de 2020.

Nome legível: Gerson Antonio de Brito
Provedor



G336051532092192023
05/06/2020 15:38:38

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 406-5
Conta corrente 70509-8 TAXA ADMINISTRATIVA

Creditado

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV) 386 CAMPO MOURAO
Conta corrente (com DV) 323843
CPF 628.688.459-91
Nome favorecido MARCIO ANDRE ALENCAR DE ALMEIDA
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 60.501
Valor 150,00
Data transferência 05/06/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB A732E0F0AE1C20F0

Assinada por	JB503990 CARLA C ALVES BENTO	05/06/2020 15:26:03
	JB503991 CARLOS ROSA ALVES	05/06/2020 15:38:38

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503991 CARLOS ROSA ALVES.