PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

2015

ÍNDICE

ESCLARECIMENTOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO
2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBIMORTALIDADE
3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS
4. PROFISSIONAIS DO SUS
5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E PACTUAÇÃO DA SAÚDE
6. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS
8. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)
9. DEMONSTRATIVO ORCAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)
10. AUDITORIAS
11. ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO
12. APRECIAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

ANEXOS

ANEXO I - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

ANEXO II - ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE - SISPACTO

ANEXO III - RELATÓRIO ANUAL DAS AUDITORIAS DO SUS

ANEXO IV - DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS (FONTE: SIOPS)

ESCLARECIMENTOS

RELATÓRIO DE GESTÃO - MANUAL DO SARGSUS

O Relatório de Gestão (RG) 2015 elaborado no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) foi formalizado de acordo com a nova versão do Manual de Usuário para o Relatório de Gestão - Versão 5, publicado em março de 2016 e disponibilizado para acesso ao público no site do Ministério da Saúde pelo endereço eletrônico: **http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action**, no banner do lado direito da tela, identificado como "Documentos", contendo ducumentos legais e de apoio ao processo de construção do RG.

RELATÓRIO IMPRESSO

Registre-se que a versão do RG 2015, em PDF, disponibilizada para visualização e impressão no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS - SARGSUS/MS não apresenta numeração de páginas, e não permite a paginação do mesmo.

ITEM 5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E PACTUAÇÃO DA SAÚDE

Os formulário da PAS e dos Indicadores de Saúde, anteriormente existentes no sistema, foram consolidados em um único formulário voltado à programação de saúde.

Os conteúdos das diretrizes, objetivos, indicadores e metas, constantes da pactuação nacional e presentes no Sispacto, agora são importados automaticamente para o formulário da PAS.

Nesse processo de unificar os formulários, o ITEM 7 foi subtraído na ordem dos itens do relatório, porém não ocasionou supressão (eliminação) de conteúdo.

Registre-se que a nova estrutura do RG no sistema continua em ajuste e adaptação. Algumas situações detectadas durante os lançamentos de dados nos formulários pela área técnica do DPLAN/SEMSA, já foram informadas ao suporte técnico do SARGSUS, via e-mail, na busca de solucões para os problemas pontuados e demonstrados, objetivando melhorias futuras na utilização dessa ferramenta.

Ante o exposto, informamos que foram incluídos 4 (quatro) anexos complementares, conforme relacionados no ÍNDICE, visando facilitar o processo de análise, avaliação e consulta do RG.

ITEM 10. AUDITORIAS

As informações relativas às Auditorias (Item 10 do RG-2015) estão apresentadas no ANEXO III, no formato de planilhas eletrônicas, com o objetivo de unificar as 87 auditorias lançadas no sistema (sem repetição de número), de maneira ordenada para facilitar a compreensão e análise, visto que a versão disponível para impressão do SARGSUS gerou 103 páginas deste item, de ordem aleatória, devido à formatação do sistema.

Secretaria Municipal de Saúde - MANAUS
CNPJ: 0446186000144
AV. MARIO YPIRANGA, 1695
Telefone: 9232145039 - E-mail: semsa@pmm.am.gov.br
69057-002 - MANAUS - AM

RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1 Secretário(a) de Saúde em Exercício

Secretário em Exercício

Nome: HOMERO DE MIRANDA LEÃO NETO Data da Posse: 04/04/2014

Secretário de Saúde Referente ao Ano do Relatório de Gestão

Nome: HOMERO DE MIRANDA LEÃO NETO Data da Posse: 04/04/2014

A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere a RAG? Não

1.2 Informações do Fundo Municipal de Saúde

Instrumento legal de criação do FMS	Tipo Lei - 066
CNPJ	07.583.812/0001-56 - Fundo de Saúde
Data	09/01/1991
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Gestor do FMS	HOMERO DE MIRANDA LEÃO NETO
Cargo do Gestor do FMS	Secretário de Saúde

1.3 Informações do Conselho de Saúde

Instrumento legal de criação do CMS	Tipo Lei - 066
Nome do Presidente do CMS	HOMERO DE MIRANDA LEÃO NETO
Data	09/01/1991
Segmento	gestor
Data da última eleição do Conselho	18/03/2015
Telefone	9232147720
E-mail	cms.sms@pmm.am.gov.br

1.4 Conferência de Saúde

Data da última Conferência de Saúde 07/2015

1.5 Plano de Saúde

A Secretaria tem Plano de Saúde?	Sim
A Secretaria de Saúde tem plano de saúde referente ao período de 2014 a 2017?	Sim
Situação	Aprovado
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº 96 Em 27/12/2013

ARQUIVOS ANEXOS

Documento
PMS 2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096 DE 27.12.2013_COMPLETO.pdf
RESOL.N.096_27.12.2013_CMS_HOMOLOGADA.pdf

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano de 2016?	Sim
Situação	Aprovado
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº 2 Em 28/01/2016

ARQUIVOS ANEXOS

Documento
PAS 2016_VERSÃO APROVADA-CORRIGIDA_28.01.16_CMS_IMPRIMIR.pdf
RESOLUÇÃO 002_28.01.2016_DOM 3833_22.02.16_PAS 2016_SEMSA-MAO.pdf

1.6 Plano de Carreira, Cargos e Salários

O Município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Sim
O Município possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	

1.7 Informações sobre Regionalização

O município pertence à Região de Saúde:	Entorno Manaus e Alto Rio Negro
O município participa de algum consórcio?	Não
O municipio está organizado em regiões intramunicipal?	Sim Quantas? 5

1.8 Indrodução - Considerações Iniciais

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), em cumprimento à legislação vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), e para acompanhar a execução das diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017, apresenta o Relatório Anual de Gestão – 2015 (RAG), que sistematiza o trabalho realizado pelas áreas técnicas em conformidade com a Programação Anual de Saúde (PAS). O RAG demonstra o resultado das metas estabelecidas na PAS – 2015 e o resultado dos indicadores do SISPACTO.

O RAG foi construído através da ferramenta SARGSUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão) e apresenta em sua composição as informações sobre a demografia e dados de morbimortalidade; rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS; quantitativo dos profissionais do SUS; indicadores do SISPACTO; resultado da execução da Programação Anual de Saúde de 2015; demonstrativos da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros e auditorias realizadas pelo quadro de auditores da SEMSA.

A SEMSA, em 2015, deu continuidade ao processo de fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de Manaus.

2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

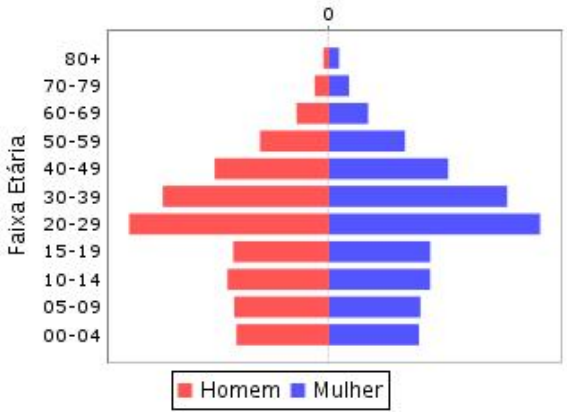
2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2015 — 2.057.711

População do último Censo (ano 2012)	Qte	%
Total	1.861.838	100,00%

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	479.191	35,71%
Preta	75.762	3,68%
Amarela	20.680	1,01%
Parda	1.222.337	59,40%
Indígena	4.040	0,20%
Sem declaração	4	0,00%

2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	85.288	82.627	167.915
05-09	87.431	83.988	171.419
10-14	93.592	92.931	186.523
15-19	88.296	93.046	181.342
20-29	183.953	194.040	377.993
30-39	153.052	163.766	316.818
40-49	105.318	109.484	214.802
50-59	63.583	69.774	133.357
60-69	29.979	35.830	65.809
70-79	13.284	18.327	31.611
80+	5.172	9.077	14.249
Total	908.948	952.890	1.861.838



Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos

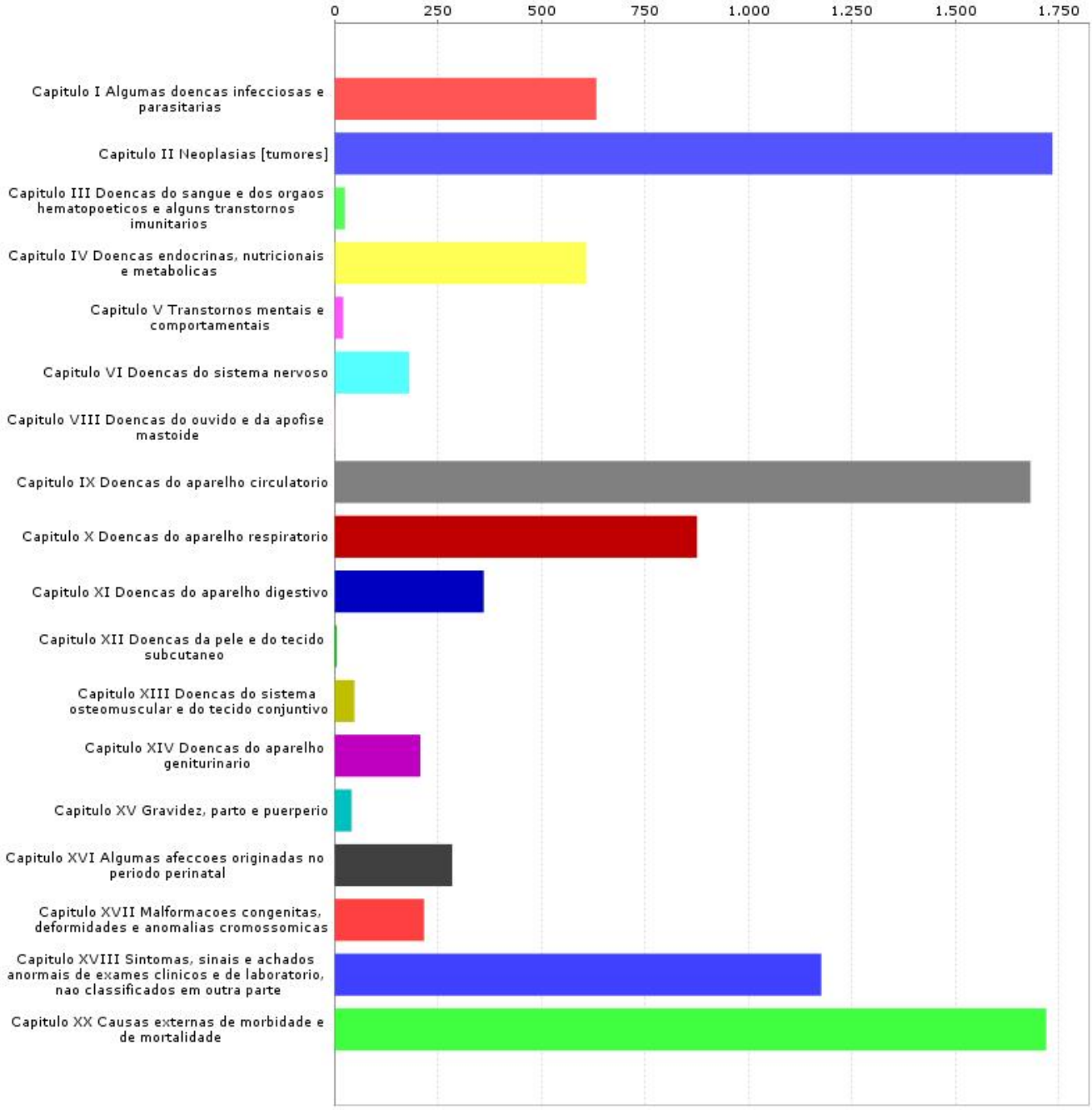
As informações demográficas que integram o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) são referentes a anos diferentes, conforme detalhamento apresentado acima:
População estimada do ano de 2015 - 2.057.711 habitantes, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU).
População do ano de 2012 - 1.861.838 habitantes. Esta população está detalhada por sexo e faixa etária.
População do último Censo (ano 2010) – 1.802.014habitantes. Esta população está distribuída segundo o quantitativo por raça e o respectivo percentual em relação à população total, apresentando a seguinte classificação: branca - 479.191 hab. - 35,71%; preta - 75.762 hab. - 3,68%; amarela - 20.680 hab. - 1,01%; parda - 1.222.337 hab. - 59,40%; Indígena - 4.040 hab. - 0,20% e sem declaração 4 hab. – 0,00% da população total.
A razão de sexos em Manaus, relativa à população de 2012, apresenta predominância de pessoas do sexo feminino a partir da faixa etária de 15 a19 anos. Observando-se o gráfico que representa o perfil demográfico, verifica-se que a população está mais concentrada nas faixas etárias entre 20 e 49 anos, correspondentes à população economicamente ativa. As mulheres em idade fértil representam 35,08 % da população em análise. As pessoas das faixas etárias entre 60 e 80 anos e mais, representam 5,99 % da população. Outras informações relevantes sobre a população estimada para o ano de 2012 referem-se às crianças nas faixas etárias de 0 a 9 anos, que representam 18,22 % e aos pré-adolescentes e adolescentes integrantes das faixas etárias de 10 a 19 anos, que representam 19,75 % da referida população.
Com base nas informações da tabela "População Estimada de 2012 por Sexo e Faixa Etária", registra-se a distribuição da população por sexo e faixa etária em termos percentuais:
Homem: 00 a 04 - 4,58%; 05 a 09 - 4,70%; 10 a 14 - 5,03%; 15 a 19 - 4,74%; 20 a 29 - 9,88%; 30 a 39 - 8,22%; 40 a 49 - 5,66%; 50 a 59 - 3,42%; 60 a 69 - 1,61%; 70 a 79 - 0,71%; 80 e mais - 0,28%.
Mulher: 00 a 04 - 4,44%; 05 a 09 - 4,51%; 10 a 14 - 4,99%; 15 a 19 - 5,00%; 20 a 29 - 10,42%; 30 a 39 - 8,80%; 40 a 49 - 5,88%; 50 a 59 - 3,75%; 60 a 69 - 1,92%; 70 a 79 - 0,98%; 80 e mais - 0,49%.
As faixas etárias de 0 a 14 anos apresentam 14,31% de homens e 13,94% de mulheres.
As faixas etárias de 15 a 29 anos apresentam 14,62% de homens e 15,42% de mulheres.
As faixas etárias de 30 a 49 anos apresentam 13,88% de homens e 14,68% de mulheres.
As faixas etárias de 50 a 69 anos apresentam 5,03% de homens e 5,67% de mulheres.
A faixa etária de 70 a 79 anos apresenta 0,71% de homens e 0,98% de mulheres.
A faixa etária de 80 anos e mais apresenta 0,28% de homens e 0,49% de mulheres.

2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 0)

Última atualização: 18/03/2016 18:38:32

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capitulo I Algumas doencas infecciosas e parasitarias	37	11	8	2	9	61	129	93	90	63	54
Capitulo II Neoplasias [tumores]	0	17	12	10	16	46	108	233	319	389	354
Capitulo III Doencas do sangue e dos orgaos hematopoeticos e alguns transtornos imunitarios	0	3	0	0	2	4	1	1	7	2	2
Capitulo IV Doencas endocrinas, nutricionais e metabolicas	6	1	1	3	2	6	19	37	93	164	126
Capitulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	2	0	3	4	6	2	1
Capitulo VI Doencas do sistema nervoso	8	9	7	4	10	13	8	13	13	12	28
Capitulo VIII Doencas do ouvido e da apofise mastoide	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Capitulo IX Doencas do aparelho circulatorio	5	0	2	1	3	18	50	110	267	310	437
Capitulo X Doencas do aparelho respiratorio	38	17	3	3	5	26	35	49	78	123	211
Capitulo XI Doencas do aparelho digestivo	5	1	1	1	4	8	21	52	71	65	72
Capitulo XII Doencas da pele e do tecido subcutaneo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2
Capitulo XIII Doencas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	1	3	6	7	11	6	5	7
Capitulo XIV Doencas do aparelho geniturinario	2	1	1	0	2	7	16	15	21	32	40
Capitulo XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	1	12	14	15	0	0	0	0
Capitulo XVI Algumas afeccoes originadas no periodo perinatal	284	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capitulo XVII Malformacoes congenitas, deformidades e anomalias cromossomicas	180	17	5	5	1	5	2	0	1	1	0
Capitulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinicos e de laboratorio, nao classificados em outra parte	19	6	3	9	19	31	50	106	135	169	233
Capitulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	7	19	9	21	248	624	346	188	107	69	33
Total	591	104	54	61	338	869	810	912	1.216	1.408	1.600

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capitulo I Algumas doencas infecciosas e parasitarias	74	2	633
Capitulo II Neoplasias [tumores]	230	0	1.734
Capitulo III Doencas do sangue e dos orgaos hematopoeticos e alguns transtornos imunitarios	4	0	26
Capitulo IV Doencas endocrinas, nutricionais e metabolicas	150	1	609
Capitulo V Transtornos mentais e comportamentais	2	2	22
Capitulo VI Doencas do sistema nervoso	56	0	181
Capitulo VIII Doencas do ouvido e da apofise mastoide	0	0	3
Capitulo IX Doencas do aparelho circulatorio	476	2	1.681
Capitulo X Doencas do aparelho respiratorio	286	2	876
Capitulo XI Doencas do aparelho digestivo	59	1	361
Capitulo XII Doencas da pele e do tecido subcutaneo	1	0	6
Capitulo XIII Doencas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	0	49
Capitulo XIV Doencas do aparelho geniturinario	70	1	208
Capitulo XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	42
Capitulo XVI Algumas afeccoes originadas no periodo perinatal	0	0	285
Capitulo XVII Malformacoes congenitas, deformidades e anomalias cromossomicas	0	0	217
Capitulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinicos e de laboratorio, nao classificados em outra parte	387	9	1.176
Capitulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	19	29	1.719
Total	1.816	49	9.828



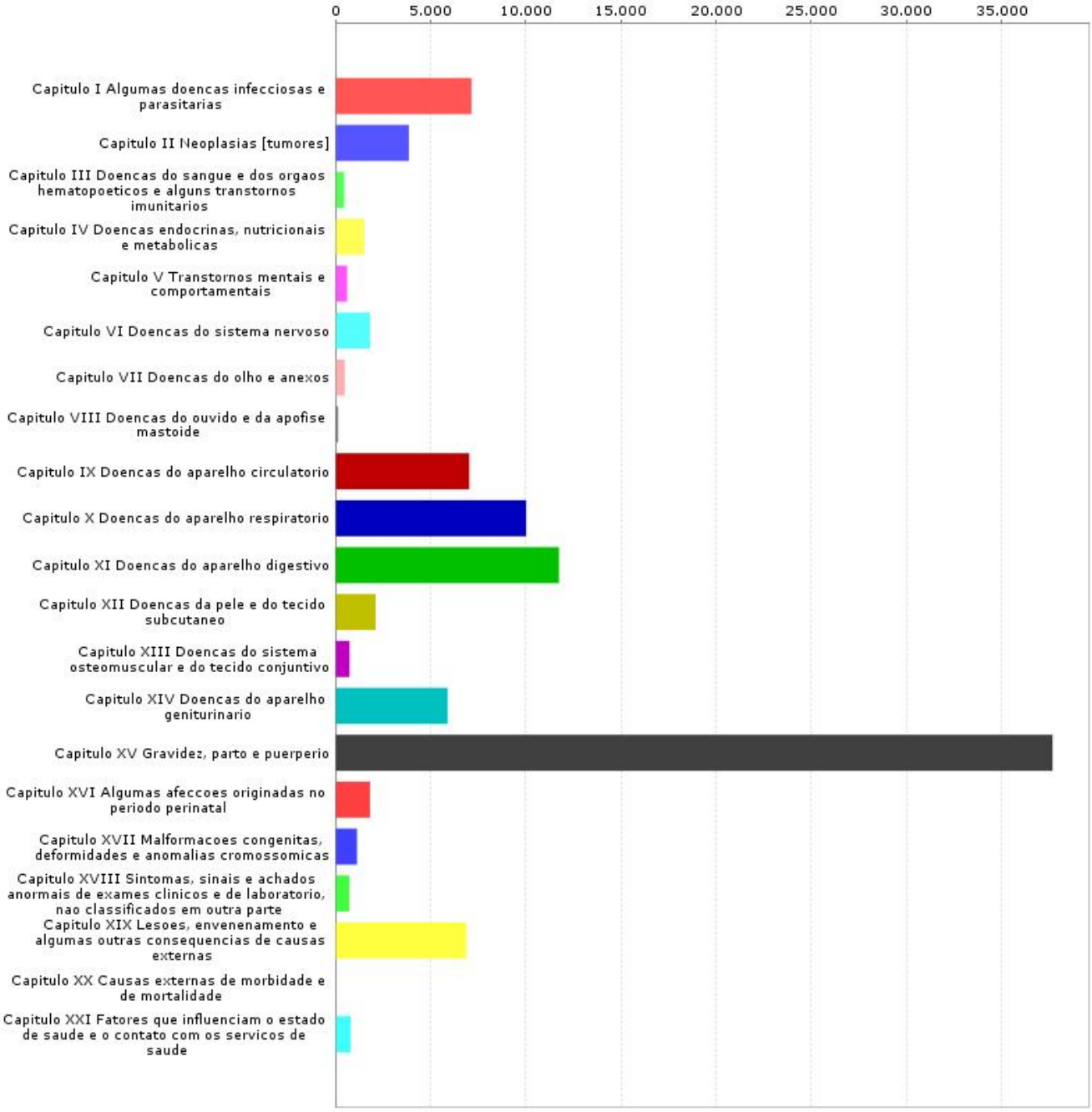
Análise e considerações sobre Mortalidade

Atabela de Mortalidade por grupos de causas demonstra a mortalidade por grupos de doenças e agravos e a distribuição por faixa etária.
As informações da referida tabela evidenciam as principais causas de morte:
1ª Causa – Neoplasias (tumores) – 1.734 óbitos – Registra-se a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
2ª Causa – Causas externas de morbidade e de mortalidade –1.719 óbitos – Registra-se a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, observando-se que o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos (624 casos).
3ª Causa – Doenças do Aparelho Circulatório – 1.681 óbitos – Registra-se a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
4ª Causa – Causas mal definidas – 1.176 óbitos – Registra-se a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais (a faixa etária que registrou o maior número de óbitos sem a causa básica definida).
5ª Causa – Doenças do Aparelho Respiratório – 876 óbitos - Registra-se a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
Atabela em análise registra a ocorrência de 591 óbitos de crianças menores de 1 ano, revelando os grupos de causas de mortalidade infantil. Dentre as referidas causas, destaca-se os seguintes grupos: Algumas afecções originadas no período perinatal – 284 óbitos; Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas – 180 óbitos; Doenças do aparelho respiratório – 38 óbitos; Algumas doenças infecciosas e parasitárias - 37 óbitos e Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (causas mal definidas) – 19 óbitos.
Os dados epidemiológicos referentes à mortalidade por grupos de causas revelam informações essenciais para a compreensão da situação de saúde da população. Nesse sentido, destacam-se outras causas de morte relevantes para o direcionamento das ações de saúde: Algumas doenças infecciosas e parasitárias – 633 óbitos; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 609 óbitos e Doenças do aparelho digestivo – 361 óbitos.

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan - 0)

null

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capitulo I Algumas doencas infecciosas e parasitarias	938	1.206	524	296	163	706	881	660	588	472	407	315	7.156
Capitulo II Neoplasias [tumores]	16	153	141	119	159	235	479	658	754	677	376	104	3.871
Capitulo III Doencas do sangue e dos orgaos hematopoeticos e alguns transtornos imunitarios	36	68	40	30	35	61	64	28	39	29	27	13	470
Capitulo IV Doencas endocrinas, nutricionais e metabolicas	43	43	32	36	16	40	71	210	338	332	237	128	1.526
Capitulo V Transtornos mentais e comportamentais	1	5	8	5	23	169	190	123	83	17	2	0	626
Capitulo VI Doencas do sistema nervoso	92	94	52	62	50	109	132	159	234	299	305	234	1.822
Capitulo VII Doencas do olho e anexos	6	19	22	30	17	19	21	58	107	123	54	21	497
Capitulo VIII Doencas do ouvido e da apofise mastoide	20	47	27	15	8	9	16	9	4	1	2	0	158
Capitulo IX Doencas do aparelho circulatorio	33	67	41	41	73	164	414	818	1.501	1.812	1.426	652	7.042
Capitulo X Doencas do aparelho respiratorio	2.859	2.944	859	341	162	303	248	283	377	496	576	581	10.029
Capitulo XI Doencas do aparelho digestivo	309	834	709	657	517	1.511	1.979	1.635	1.579	1.161	623	237	11.751
Capitulo XII Doencas da pele e do tecido subcutaneo	142	463	267	189	105	216	183	171	147	121	92	30	2.126
Capitulo XIII Doencas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	13	30	56	41	108	146	102	105	80	56	7	750
Capitulo XIV Doencas do aparelho geniturinario	214	537	406	266	172	684	992	827	642	518	412	235	5.905
Capitulo XV Gravidez, parto e puerperio	9	0	1	578	9.050	18.847	8.186	999	4	3	0	0	37.677
Capitulo XVI Algumas afeccoes originadas no periodo perinatal	1.774	27	7	4	3	4	2	1	1	0	0	0	1.823
Capitulo XVII Malformacoes congenitas, deformidades e anomalias cromossomicas	220	366	189	133	61	50	33	41	22	16	10	2	1.143
Capitulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinicos e de laboratorio, nao classificados em outra parte	49	79	27	29	43	108	97	67	76	76	53	30	734
Capitulo XIX Lesoes, envenenamento e algumas outras consequencias de causas externas	56	189	301	294	496	1.516	1.315	953	676	495	357	246	6.894
Capitulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	6
Capitulo XXI Fatores que influenciam o estado de saude e o contato com os servicos de saude	19	53	51	45	40	147	234	113	66	27	10	4	809
Total	6.842	7.208	3.735	3.226	11.234	25.007	15.683	7.915	7.343	6.757	5.026	2.839	102.815



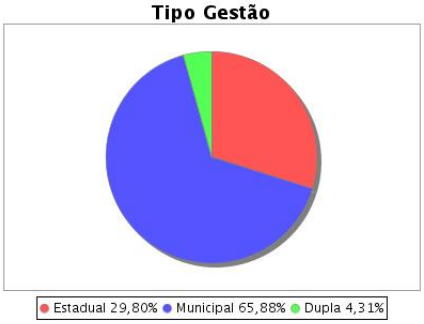
Análise e considerações sobre Mortalidade

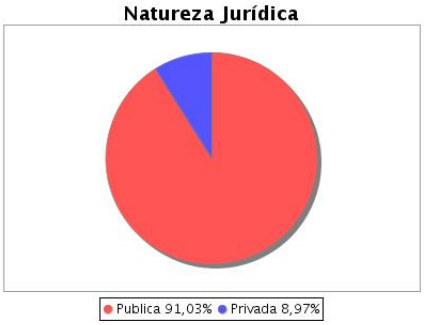
A tabela de Morbidade Hospitalar por grupos de causas demonstra a ocorrência de doenças e agravos que acometem a população.
Observando-se a referida tabela, verifica-se 37.677ocorrências relacionadas à gravidez, parto e puerpério.
As informações da tabela evidenciam as principais causas de morbidade hospitalar:
1ª Causa – Doenças do Aparelho Digestivo –11.751 casos – A maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos.
2ª Causa – Doenças do aparelho respiratório – 10.029 casos – A maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
3ª Causa – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias –7.156 casos - A maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Evidencia-se a ocorrência de 1.206 casos na faixa etária de 1 a 4 anos.
4ª Causa – Doenças do Aparelho Circulatório –7.042 casos – A maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.
5ª Causa – Lesões, Envenenamento e Consequências de Causas Externas – 6.894 casos – A maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.
Os dados epidemiológicos referentes à morbidade hospitalar por grupos de causas revelam informações essenciais para o direcionamento das ações de saúde, destacando-se, além das causas citadas acima, as doenças do aparelho geniturinário, com o registro de 5.905 casos e apresentando a maior ocorrência nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos. Registra-se, também, a ocorrência de 3.871 casos de Neoplasias (tumores), apresentando a maior incidência nas faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 70 a 79 anos. Com relação à faixa etária de 80 anos e mais, registra-se a ocorrência de 104 casos (internações).
Em conformidade com as informações contidas neste relatório, as Neoplasias (tumores) representam a 1ª causa de mortalidade, registrando a maior ocorrência de óbitos nas seguintes faixas etárias: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais (nesta faixa etária registra-se a ocorrência de 230 óbitos).

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
POSTO DE SAUDE	18	18	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	240	228	1	11
POLICLINICA	19	7	11	1
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	7	6	1	0
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	48	48	0	0
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	5	1	4	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	43	7	33	3
FARMACIA	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	44	5	39	0
PRONTO SOCORRO GERAL	1	0	1	0
HOSPITAL GERAL	15	0	12	3
HOSPITAL ESPECIALIZADO	17	1	15	1
COOPERATIVA	22	0	22	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	2	1	1	0
SECRETARIA DE SAUDE	8	6	2	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4	3	1	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	3	3	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	9	0	6	3
TELESSAUDE	1	0	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULACAO	2	1	1	0
Total	510	336	152	22





3.2. NATUREZA JURÍDICA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	33	0	33	0
FEDERAL	8	0	1	7
ESTADUAL	0	0	0	0
MUNICIPAL	327	327	0	0
Total	368	327	34	7

Justificativa de Dupla Gestão

No Município de Manaus os serviços de saúde estão organizados em duas redes, uma rede municipal e outra estadual. A maioria dos serviços da rede municipal desenvolvem ações de atenção primária, por ser a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão da atenção básica do município. Porém, esta Secretaria oferta também serviços especializados, através de: Policlínicas, Laboratórios de Apoio Diagnóstico, Exames de Imagens, Hospital Especializado (uma Maternidade), Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Especialidades Odontológicas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
A rede de serviços de Média e Alta complexidade está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Entretanto, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da SES.

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

No Município de Manaus os serviços de saúde estão organizados em duas redes, uma rede municipal e outra estadual. A maioria dos serviços da rede municipal desenvolvem ações de atenção primária, por ser a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão da atenção básica do município. Porém, esta Secretaria oferta também serviços especializados, através de: Policlínicas, Laboratórios de Apoio Diagnóstico, Exames de Imagens, Hospital Especializado (uma Maternidade), Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Especialidades Odontológicas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
A rede de serviços de Média e Alta complexidade está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Entretanto, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da SES.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES constitui a base para a operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde, propiciando ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades.
As informações sobre a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, que constam deste relatório, referem-se aos estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde como prestadores de serviços.
No ano de 2015, foram apresentados no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS os procedimentos que constituem a Produção de Serviços de Saúde da Atenção Básica e da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. Estes procedimentos foram realizados por Estabelecimentos de Saúde da Gestão Municipal e da Gestão Estadual.
Quantidade e especificação dos procedimentos realizados na Atenção Básica: ações de promoção e prevenção em saúde - 2.520.353; procedimentos com finalidade diagnóstica - 724.045; procedimentos clínicos - 3.672.086; procedimentos cirúrgicos - 236.768 e ações complementares da atenção à saúde – 5.116.
Quantidade e especificação dos procedimentos realizados na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial: ações de promoção e prevenção em saúde - 302.207; procedimentos com finalidade diagnóstica - 15.141.943; procedimentos clínicos - 16.767.583; procedimentos cirúrgicos - 261.604; transplantes de órgãos, tecidos e células - 14.659; medicamentos - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - 5.198.459 e órteses, próteses e materiais especiais – 07.
Foram registrados 44.844.830 procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, destes 7.158.368 foram realizados na rede de serviços de saúde da Atenção Básica, representando 15,96% do total, e 37.686.462 foram realizados na rede de serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial, representando 84,04% do total.
Registra-se o percentual por grupos do total de 44.844.830 procedimentos realizados, conforme detalhado abaixo:

- Ações de promoção e prevenção em saúde 6,29%
- Procedimentos com finalidade diagnóstica 35,38%
- Procedimentos clínicos 45,58%
- Procedimentos cirúrgicos 1,11%
- Outros procedimentos 11,64%

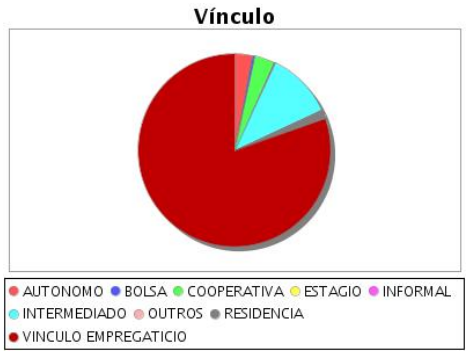
No ano de 2015, foram apresentados no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, os procedimentos que constituem a Produção de Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade Hospitalar. Estes procedimentos foram realizados por Estabelecimentos de Saúde da Gestão Municipal (Maternidade Dr. Moura Tapajóz) e da Gestão Estadual.
Registra-se a quantidade e especificação dos procedimentos realizados na Atenção de Média e Alta Complexidade Hospitalar: procedimentos com finalidade diagnóstica – 48; procedimentos clínicos - 65.024; procedimentos cirúrgicos - 43.914 e transplantes de órgãos, tecidos e células – 207.
Analisando-se as informações oriundas do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, acima registradas, observa-se que o total de 109.193 procedimentos realizados na rede hospitalar do SUS, apresenta a seguinte distribuição percentual por grupos de procedimentos:

- Procedimentos com finalidade diagnóstica 0,04%
- Procedimentos clínicos 59,55%
- Procedimentos cirúrgicos 40,22%
- Transplantes de órgãos, tecidos e células 0,19%

4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

Última atualização: 21/03/2016 21:21:22

AUTONOMO	
TIPO	**TOTAL**
CONSULTORIA	2
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIP)	2
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	55
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	205
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-GOVERNAMENTAL(ONG)	8
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	2
PESSOA FISICA	274
PESSOA JURIDICA	176
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	11
SEM TIPO	1
TOTAL	736
BOLSA	
TIPO	**TOTAL**
BOLSISTA	101
TOTAL	101
COOPERATIVA	
TIPO	**TOTAL**
SEM TIPO	812
TOTAL	812
ESTAGIO	
TIPO	**TOTAL**
SEM TIPO	3
TOTAL	3
INFORMAL	
TIPO	**TOTAL**
CONTRATADO VERBALMENTE	33
TOTAL	33
INTERMEDIADO	
TIPO	**TOTAL**
AUTONOMO	317
CARGO COMISSIONADO	12
CELETISTA	485
CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO	74
COOPERADO	1710
EMPREGADO PUBLICO CELETISTA	80
TOTAL	2678
OUTROS	
TIPO	**TOTAL**
BOLSA	9
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	24



PROPRIETARIO	10
TOTAL	43
RESIDENCIA	
TIPO	**TOTAL**
RESIDENTE	331
SEM TIPO	7
TOTAL	338
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	**TOTAL**
CARGO COMISSIONADO	135
CELETISTA	1253
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	6608
EMPREGO PUBLICO	202
ESTATUTARIO	11051
SEM TIPO	132
TOTAL	19381

Análise e Considerações Profissionais SUS

Os profissionais operando no SUS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, em 2015, totalizaram em média no último quadrimestre 8.475. As referidas informações integram o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (dados: 28.01.16).

Quando a análise se processa com base nas informações referentes aos profissionais do SUS localizados por tipo de serviço, observa-se outra configuração da força de trabalho, organizada de acordo com os serviços de saúde cadastrados no CNES. As informações apresentadas nesta análise demonstram como estava a distribuição dos profissionais, no período citado: Central de Regulação – 32; Central de Regulação Médica das Urgências – 590; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – 95; Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde - 4.573; Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado - 250; Hospital Especializado - 597; Policlínica - 501; Posto de Saúde – 230; Secretaria de Saúde – 833; Unidade de Atenção à Saúde Indígena – 30; Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia - 383; Unidade de Vigilância em Saúde – 98; Unidade Móvel de Nível Pré - Hospitalar, Urgência/Emergência – 109; Unidade Móvel Fluvial – 96; Unidade Móvel Terrestre – 59.

No terceiro quadrimestre de 2015, estavam operando na Secretaria Municipal de Saúde, em áreas de atuação de profissionais de nível superior, 78 estagiários remunerados, sendo:

Fisioterapia – 06; Farmácia – 10; Enfermagem – 08; Serviço social – 03; Nutrição – 09; Administração – 08; Engenharia Ambiental – 02; Veterinária – 02; Odontologia – 13; Psicologia – 05; Contabilidade – 1; Análise e Desenvolvimento de Sistemas – 2; Engenharia Civil – 3; Direito – 2; Relações Públicas – 1; Ciências Biológicas 1 e Educação Física – 02.

5. Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a servicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE			/1000
11	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.			%
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,55	1,44	/100

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REORDENAR O PROCESSO DE TRABALHO DE 10 UBS COM HORÁRIO ESTENDIDO IMPLANTADO	10,00	0,00	N.Absoluto
1.10	INSERIR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NOS ESPAÇOS DE ARTICULAÇÃO DE 02 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	2,00	2,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR O I CURSO DE MULTIPLICADORES EM SAÚDE DO TRABALHADOR	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CAPACITAR 200 PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	200,00	135,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR AS AÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM 09 UBS CONFORME O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RESOLUÇÃO Nº045 DE 17.09.2009)	9,00	5,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR 1 CAMPANHA DE PREVENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	INSTITUIR UM CALENDÁRIO DE AÇÕES TRANSVERSAIS DE HUMANIZAÇÃO EM PARCERIA COM AS ÁREAS ESTRATÉGICAS DA SEMSA	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR 02 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTES DENTÁRIA - LRPD	2,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.3	IMPLEMENTAR 01 SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA NO CEO OESTE	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	IMPLANTAR 01 SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA E MÓVEL NO CEO NORTE E CEO LESTE	2,00	1,00	N.Absoluto
1.5	AMPLIAR EM 12,5% A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO (LABORATÓRIO, RAIO X, MAMOGRAFIA, ULTRASSOM, ELETROCARDIOGRAMA E CITOPATOLOGIA) PASSANDO DE 3.085.007 PARA 3.470.632 EXAMES (RESULTADO ANUAL ALCANÇADO 3.580.163 EXAMES REALIZADOS).	347.063,20	358.016,30	N.Absoluto
1.6	IMPLANTAR 10 POSTOS DE COLETA, PASSANDO DE 89 PARA 99	10,00	8,00	N.Absoluto
1.7	IMPLANTAR EM 02 LABORATÓRIOS DA REDE SEMSA O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	2,00	0,00	N.Absoluto
1.8	CAPACITAR 30 SERVIDORES DA REDE LABORATORIAL/SEMSA	30,00	188,00	N.Absoluto
1.9	REESTRUTURAR 01 LABORATÓRIO DE ESPECIALIDADE (CITOLOGIA, MICROBIOLOGIA E MALÁRIA)	1,00	1,00	N.Absoluto

8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	3,00	2,74	/100

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR A ENFERMARIA DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PATOLÓGICO	1,00	1,00	N.Absoluto

9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE			/100

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
1	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	53,00	52,03	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ELABORAR A LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - APS	1,00	1,00	N.Absoluto
1.1	PARAMETRIZAR 04 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	4,00	27,00	N.Absoluto
1.10	ELABORAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM COM FOCO NO PRÉ-NATAL MASCULINO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	VIABILIZAR A ADESÃO DE 36 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PMAQ	36,00	58,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR O APOIO INSTITUCIONAL EM 04 DISTRITOS DE SAÚDE	4,00	4,00	N.Absoluto
1.10	AMPLIAR O NÚMERO DE ESCOLAS PÚBLICAS COM O PS IMPLANTADO, PASSANDO DE 145 PARA 151	6,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR A II AMOSTRA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO PSE	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR O PROTOCOLO EM 60 UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE - UBS (SAÚDE DO HOMEM)	60,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR 01 SEMINÁRIO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	1,00		N.Absoluto
1.10	ELABORAR FLUXO DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR 01 CONSULTORIA PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR 03 EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL, PASSANDO DE 06 PARA 09 EQUIPES (ESP)	3,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.10	EXECUTAR 50% DO PLANO DE AÇÃO DO SSP (SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO)	50,00	30,00	%
1.10	IMUNIZAR 35% DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDAD	35,00	48,00	%
1.10	CONSTRUIR 02 UNIDADES DE SAÚDE FLUVIAIS	2,00	0,00	N.Absoluto
1.10	OBTER CLASSIFICAÇÃO SATISFATÓRIA EM 45 EQUIPES ES F	45,00	46,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR 01 MOSTRA DE SAÚDE INDÍGENA	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	ELABORAR O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.11	REORDENAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE I SAÚDE RURAL	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR 01 EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	ESTABELECER PARÂMETROS PARA ORGANIZAR SERVIÇOS DE SAÚDE.	4,00	27,00	N.Absoluto
1.3	LOCAR VEÍCULO, TIPO VAN, PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	REFORMAR 10 UBS DA ZONA URBANA	10,00	6,00	N.Absoluto
1.5	IMPLANTAR SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA EM 15 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	15,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.6	IMPLANTAR 02 EQUIPES DE NASF TIPO 01	2,00	0,00	N.Absoluto
1.7	VIABILIZAR A ADESÃO DE 02 EQUIPES NASFS AO PMAQ	2,00	3,00	N.Absoluto
1.8	ENCAMINHAR PROPOSTA DE PROJETO DE LEI À PREFEITURA MUNCIPAL DE MANAUS PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	1,00	1,00	N.Absoluto
1.9	REALIZAR 01 SEMINÁRIO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTÁRES	1,00	1,00	N.Absoluto

2	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	30,00	29,36	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O SISTEMA I3GEO NOS DISTRITOS DE SAÚDE URBANOS	4,00	0,00	N.Absoluto

3	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	80,00	66,76	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	DESENVOLVER 02 PESQUISAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM PARCERIA COM INSTITUTOS DE PESQUISA E UNIVERSIDADES	2,00	0,00	N.Absoluto
1.2	REALIZAR 02 CAMPANHAS DE MÍDIA, SENDO 01 EM CADA SEMESTRE	2,00	2,00	N.Absoluto
1.3	ACOMPANHAR 75% DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF.	75,00	66,74	%
1.4	ELABORAR A DIRETRIZ MUNICIPAL PARA ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	1,00	1,00	N.Absoluto
1.5	REALIZAR ESTUDO COM 70% DAS FAMÍLIAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	35,00	33,50	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ELABORAR A LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR 01 SERVIÇO DE PRÓTESE EM 10 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	10,00	0,00	N.Absoluto
1.3	REALIZAR A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	IMPLANTAR 20 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE I E 10 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE II	30,00	13,00	N.Absoluto
1.5	IMPLANTAR 4 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PSE, PASSANDO DE 147 PARA 151 EQUIPES	4,00	0,00	N.Absoluto
1.6	ADQUIRIR INSUMOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DAS AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL (ESCOVA DENTÁRIA, CREME DENTAL, FIO DENTAL E FLÚOR).	167.100,00	200.000,00	N.Absoluto

5	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00	0,67	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	AUMENTAR DE 1% PARA 2% O PERCENTUAL DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00	0,67	%

6	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	4,00	4,23	%

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
12	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	69,00	64,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR 1 FÓRUM INTEGRADO PARA FOMENTAR A ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	PRODUZIR E DISTRIBUIR 100.000 UNIDADES DE MATERIAL TIPOGRÁFICO COM ENFOQUE NA REDUÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E TURISMO SEXUAL.	100.000,00	100.000,00	N.Absoluto
1.3	REALIZAR 1 FÓRUM PARA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA VIVA INQUÉRITO E PREMIAÇÃO DOS SERVIÇOS E SERVIDORES PARTICIPANTES.	1,00	1,00	N.Absoluto

13	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE			%
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)			%
15	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)			%
16	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	100,00	100,00	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REESTRUTURAR A CENTRAL DO SAMU	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR O SAMU AÉREO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	AMPLIAR E REFORMAR 06 BASES DESCENTRALIZADAS	6,00	0,00	N.Absoluto
1.4	REFORMAR 4 BASES DO SAMU	4,00	0,00	N.Absoluto
1.5	EXECUTAR A REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU EM 3 MUNICÍPIOS	3,00	3,00	N.Absoluto
1.6	EXECUTAR REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU NOS 7 MUNICÍPIOS	7,00	5,00	N.Absoluto

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ADQUIRIR 36 COMPUTADORES, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG NOS EAS	36,00	36,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR O SERVIÇO DE MENSAGEM (SMS) NO AGENDAMENTO DO SISREG	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	CAPACITAR 100% DOS PROFISSIONAIS QUE OPERACIONALIZAM O SISREG	100,00	100,00	%

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
18	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,55	0,46	RAZÃO

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS QUE REALIZAM A COLETA DO PREVENTIVO, PASSANDO DE 80.539 PARA 88.593	88.593,00	74.028,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
19	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,44	0,43	RAZÃO

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ELABORAR 1 LINHA GUIA DAS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 40 A 49 ANOS QUE REALIZAM A MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PASSANDO DE 20.782 PARA 21.821	21.821,00	19.413,00	N.Absoluto
1.3	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS QUE REALIZAM A MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PASSANDO DE 23.781 PARA 24.970	24.970,00	24.503,00	N.Absoluto

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
20	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	50,00	52,26	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLEMENTAR A VINCULAÇÃO DA GESTANTE NAS 08 MATERNIDADES PÚBLICAS	8,00	8,00	N.Absoluto
1.2	ADEQUAR O ESPAÇO FÍSICO PARA O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA MATERNIDADE MOURA TAPAJOZ	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	ADQUIRIR 10 CAMAS TIPO PPP	10,00	0,00	N.Absoluto

21	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	43,00	46,60	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O PLANO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM 246 UNIDADES DE SAÚDE	246,00	0,00	N.Absoluto
1.2	AMPLIAR HORÁRIO/DIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS NA GESTANTE PASSANDO D 14 PARA 30 UBS	16,00	54,00	N.Absoluto

22	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	1,17	RAZÃO

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	AMPLIAR HORÁRIO/DIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS NA GESTANTE PASSANDO D 14 PARA 30 UBS	16,00	54,00	N.Absoluto

23	NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	25,00	19,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR A LINHA GUIA MATERNO INFANTIL EM 246 UNIDADES DE SAÚDE.	246,00	35,00	N.Absoluto

24	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	13,00	12,99	/1000

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR O TESTE DA ORELHINHA EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS.	100,00	79,66	%
1.2	REALIZAR O TESTE DO CORAÇÃOZINHO EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS	100,00	98,33	%
1.3	REALIZAR O TESTE DO OLHINHO EM 100% DOS RECÉM NASCIDOS.	100,00	100,00	%
1.4	REALIZAR O TESTE DO PEZINHO EM 100% DOS RECÉM NASCIDOS.	100,00	94,66	%
1.5	OFERTAR SUPLEMENTOS DE VITAMINA A, DISPONIBILIZADOS PELO MS, PARA 45.042 CRIANÇAS.	45.042,00	62.346,00	N.Absoluto
1.6	OFERTAR SUPLEMENTOS DE VITAMINA A, DISPONIBILIZADA PELO MS, PARA 11.718 CRIANÇAS.	11.718,00	23.554,00	N.Absoluto
1.7	IMPLANTAR O PROGRAMA NUTRISUS EM 04 CRECHES MUNICIPAIS CADASTRADAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).	4,00	4,00	N.Absoluto

25	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	65,00	68,91	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ELABORAR 01 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 10 ANOS INCOMPLETOS.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	INVESTIGAR 50% DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS.	50,00	68,91	%

26	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100,00	100,00	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	INVESTIGAR 100% DOS ÓBITOS MATERNOS.	100,00	100,00	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.2	REALIZAR 05 FÓRUNS PARA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS E DISCUSSÃO DE CASOS.	5,00	5,00	N.Absoluto

27	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	70,00	64,33	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	INVESTIGAR 70% DOS ÓBITOS EM MULHERES EM IDAD FÉRTIL.	70,00	65,29	%

28	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	90,00	266,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTC DA SÍFILIS CONGÊNITA EM 60 UBS.	60,00	60,00	N.Absoluto

S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR AÇÕES DE SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE NAS 246 UNIDADES DE SAÚDE	246,00	246,00	N.Absoluto
1.2	REALIZAR ATENDIMENTO À 100% DOS ADOLESCENTES NAS 04UNIDADES DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SÓCIOEDUCATIVAS	100,00	100,00	%

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
29	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,22	0,28	/100.000

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR 05 CAPS(01 CAPSAD III, 02 CAPS III E 02 CAPS INFANTO JUVENIL).	5,00	2,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.2	REALIZAR 01 WORKSHOP DE INTEGRAÇÃO DA RAPS.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	MONITORAR OS 38 BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC.	38,00	38,00	N.Absoluto
1.4	IMPLANTAR 02 UNIDADES DE ACOLHIMENTO.	2,00	0,00	N.Absoluto
1.5	EXECUTAR O PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA:ATELI CONSTRUART.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.6	CONVENIAR 15 LEITOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.	15,00	0,00	N.Absoluto

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doencas crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
30	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	258,00	259,89	/100.000

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O PROGRAMA NOS DISAS SUL E OESTE (ESCOLARIZAÇÃO DE ADULTO)	2,00	0,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR A LINHA GUIA DE DOENÇAS CRÔNICAS EM 246 UBS.	246,00	0,00	N.Absoluto
1.3	IMPLANTAR 4 AMBULATÓRIOS NO CUIDADO A CRIANÇA COM ASMA E RINITE.	4,00	0,00	N.Absoluto
1.4	IMPLANTAR SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO EM 04 UBS, RESPONSABILIZANDO-AS NO ATENDIMENTO À CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER DE 0 A 3A.	4,00	0,00	N.Absoluto
1.5	VACINAR IDOSOS COM A VACINA CONTRA INFLUENZA.	80,00	106,00	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.6	DISPONIBILIZAR 510 VAGAS DO CURSO DE CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS.	510,00	414,00	N.Absoluto

Diretriz 6 - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às praticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Objetivo 6.1 - Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com o controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais .

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
35	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	88,89	88,89	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O SI-PNI EM 70 SALAS DE VACINA.	70,00	71,00	N.Absoluto
1.10	IDENTIFICAR E EXAMINAR, NO MÍNIMO, 85% DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ESTIMADOS.	85,00	63,43	%
1.10	REALIZAR 02 SEMINÁRIOS DE MANEJO CLÍNICO E VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE.	2,00	1,00	N.Absoluto
1.10	CURAR, NO MÍNIMO, 85% DOS CASOS NOVOS DE TB BACILÍFERA RESIDENTES EM MANAUS.	85,00	71,09	%
1.2	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 95% EM VACINAS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO.	95,00	88,89	%
1.3	VACINAR 95% DAS CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 05 ANOS COM A VACINA CONTRA A POLIOMIELITE.	95,00	101,79	%
1.4	VACINAR 95% DAS CRIANÇAS DE 01 ANO COM A VACINA TRÍPLICE VIRAL.	95,00	77,65	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.5	ELABORAR 01 PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE 02 REDE DE FRIO.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.6	IMPLANTAR SERVIÇO DE PRODUÇÃO DO MEIO DE CULTURA NO LABORATÓRIO DISTRITAL LESTE.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.7	CONTRATAR SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE MOTOCICLETA COM MOTORISTA PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS D ESCARRO PARA OS LABORATÓRIOS DISTRITAIS.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.8	REALIZAR 01 INQUÉRITO DE TUBERCULOSE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DO RIO TARUMÃ-AÇU.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.9	REALIZAR INQUÉRITOS DE TUBERCULOSE EM 09 UNIDADES PRISIONAIS.	9,00	2,00	N.Absoluto

36	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85,00	73,19	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR SERVIÇO DE PRODUÇÃO DO MEIO DE CULTURA NO LABORATÓRIO DISTRITAL LESTE	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	CONTRATAR SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE MOTOCICLETA COM MOTORISTA PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS D ESCARRO PARA OS LABORATÓRIOS DISTRITAIS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	REALIZAR 01 INQUÉRITO DE TUBERCULOSE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DO RIO TARUMÃ-AÇU	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	REALIZAR INQUÉRITOS DE TUBERCULOSE EM 09 UNIDADES PRISIONAIS	9,00	2,00	N.Absoluto
1.5	IDENTIFICAR E EXAMINAR, NO MÍNIMO, 85% DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ESTIMADOS	85,00	63,47	%
1.6	REALIZAR 02 SEMINÁRIOS DE MANEJO CLÍNICO E VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE	2,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.7	CURAR, NO MÍNIMO, 85% DOS CASOS NOVOS DE TB BACILÍFERA RESIDENTES EM MANAUS	85,00	73,19	%

37	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	75,00	57,93	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE 90% DE TESTAGEM PARA HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TB NOTIFICADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM TESTE RÁPIDO ANTI-HIV IMPLANTADO.	90,00	70,69	%
1.2	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE, NO MÍNIMO, 75% DE TESTAGEM ANTI-HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TB RESIDENTES EM MANAUS.	75,00	57,93	%

38	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	90,00	86,97	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR 05 TREINAMENTOS PARA ESTUDANTES DE MEDICINA DO ÚLTIMO ANO DE GRADUAÇÃO E MÉDICOS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA NO PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS.	5,00	5,00	N.Absoluto

39	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80,00	79,00	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA DETECTAR E MONITORAR EM TEMPO OPORTUNO AS DNCI.	40,00	13,00	N.Absoluto
1.2	ENCERRAR OPORTUNAMENTE 80% DAS DNCI.	80,00	79,03	%
1.3	REALIZAR 02 CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO EM ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS SECUNDÁRIOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.	2,00	2,00	N.Absoluto
1.4	INSTITUIR COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE 01 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO.	1,00	0,00	N.Absoluto

40	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	1.617,00	2.483,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	AMPLIAR AS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALH(PASSANDO DE 868 EM 2014 PARA 954 EM 2015.	86,00	1.465,00	N.Absoluto
1.2	REESTRUTURAR 01 SEDE DO CEREST.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	REALIZAR 01 CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT) PARA FISCAIS DE SAÚDE.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	REALIZAR 36 INSPEÇÕES EM AMBIENTES DE TRABALH(	36,00	51,00	N.Absoluto

41	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	100,00	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR ANÁLISE DA DEMANDA DE PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE.	70,00	89,00	N.Absoluto
1.10	LOCAR VEÍCULOS AUTOMOTORES DO TIPO PICK-UP.	5,00	0,00	N.Absoluto
1.10	DOTAR A VISA MANAUS DE: 40 TERMÔMETROS SEM CONTATO; 10 TRENAS ELETRÔNICAS; 02 EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RADIAÇÃO.	52,00	0,00	N.Absoluto
1.10	DOTAR A VISA MANAUS DE MOBILIÁRIO PARA ATENDEF A DEMANDA DA NOVA ESTRUTURA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	REORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO NO ÂMBITC DA VISA MANAUS.	100,00	20,00	%
1.10	REVISAR A MINUTA DO CÓDIGO SANITÁRIO.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	INSTALAR E UTILIZAR SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - MOBILIDADE, INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA GEORREFERENCIADA E GERAL.	3,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.10	DOTAR A VISA MANAUS DE EQUIPAMENTOS: 20 TABLETS, 20 COMPUTADORES; 20 NOBREAKS; 03 DATASHOW.	63,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CAPACITAR GESTORES E SERVIDORES DA VISA MANAU	30,00	3,00	N.Absoluto
1.2	DIVULGAR DISK DENÚNCIA DO VISA MANAUS (RÁDIO, JORNAL, TV, INTERNET) JUNTAMENTE COM AS AÇÕES DE VISA.	12,00	12,00	N.Absoluto
1.3	DISPONIBILIZAR INFORMAÇÕES SOBRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS AÇÕES NA PÁGINA DO VISA MANAUS NO SITE DA SEMSA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	PROMOVER CAPACITAÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE AGENTES DE ENDEMIAS EM AÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.	2,00	0,00	N.Absoluto
1.5	EXECUTAR ATIVIDADES EDUCATIVAS COM O SETOR REGULADO, DISTRIBUINDO MATERIAL INSTRUCIONAL EDUCATIVO. (BALCÕES DE ORIENTAÇÕES).	12,00	26,00	N.Absoluto
1.6	EXECUTAR EVENTOS, CONFECCIONAR, IMPRIMIR E DIVULGAR MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE A ATUAÇÃ DO VISA MANAUS PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	4,00	50,00	N.Absoluto
1.7	REALIZAR INSPEÇÕES SANITÁRIAS PARA FINS DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO, DE INVESTIGAÇÃO DE DENÚNCIA E POR SOLICITAÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS.	10.050,00	8.237,00	N.Absoluto
1.8	REALIZAR AÇÕES CONJUNTAS DEMANDADAS COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SAÚDE DO TRABALHADOR E ASSISTÊNCIA.	6,00	35,00	N.Absoluto
1.9	REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE À FALSIFICAÇÃO E FRAUDE DE MEDICAMENTOS, JUNTAMENTE COM AS AUTORIDADES POLICIAIS DE TODAS AS ESFERAS.	2,00	2,00	N.Absoluto

42	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	8,00	6,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLEMENTAR EM 15% O NÚMERO DE TESTES RÁPIDO PARA HIV.	15,00	58,66	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.2	DISPONIBILIZAR 200 MIL UNIDADES DE GEL LUBRIFICANTE.	200.000,00	85.750,00	N.Absoluto
1.3	DISPONIBILIZAR 3 MILHÕES DE PRESERVATIVOS MASCULINOS.	300.000,00	584.768,00	N.Absoluto
1.4	APOIAR 15 PROJETOS DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS.	15,00	11,00	N.Absoluto
1.5	APOIAR 100% DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AQUISIÇÃO DE INSUMOS E MATERIAIS TIPOGRÁFICOS.	100,00	100,00	%
1.6	ADQUIRIR 6.720 UNIDADES DE FÓRMULA INFANTIL.	6.720,00	0,00	N.Absoluto

43	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3			%
44	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS			N.Absoluto
45	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	85,42	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR CAMPANHA DE HANSENÍASE E GEOHELMINTÍASE EM 100% DAS UBS COM PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA IMPLANTADO.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE 80% DE CONTATOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS.	80,00	84,80	%
1.3	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE CURA DE 87,6% NA COORTE DE CASOS NOVOS DE HANSENIÁSE.	87,60	85,42	%

46	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	80,00	84,15	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE 80% DE CONTATOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	80,00	84,15	%

47	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL			N.Absoluto
48	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	80,00	85,39	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O PROGRAMA DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO EM 06 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE AMPLIANDO DE 31 PARA 37 UNIDADES COM PROGRAMA IMPLANTADO.	6,00	4,00	N.Absoluto
1.2	COLETAR E ENCAMINHAR PARA ANÁLISE 100% DAS AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO DE CÃES SUSPEITOS DE RAIVA ANIMAL.	100,00	102,46	%
1.3	COLETAR E ENCAMINHAR PARA ANÁLISE 100% DAS AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO DE QUIRÓPTERO SUSPEITOS (MORCEGOS).	100,00	100,00	%
1.4	VACINAR 80% DA POPULAÇÃO CANINA ESTIMADA COM A VACINA ANTIRRÁBICA ANIMAL.	80,00	85,39	%
1.5	VACINAR 100% DA POPULAÇÃO FELINA ESTIMADA COM A VACINA ANTIRRÁBICA ANIMAL.	100,00	94,77	%
1.6	CASTRAR ANUALMENTE 10.000 ANIMAIS.	10.000,00	8.865,00	N.Absoluto
1.7	IMPLANTAR ANUALMENTE 10.000 MICROCHIPS.	10.000,00	8.865,00	N.Absoluto
1.8	IMPLANTAR 2 UNIDADES MÓVEIS DE CASTRAÇÃO, REGISTRO, IDENTIFICAÇÃO, VACINAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A GUARDA RESPONSÁVEL.	2,00	2,00	N.Absoluto

49	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS			%
50	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) DE MALÁRIA	2,80	9,70	/1000

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	LOCAR 35 PICK-UP CABINE DUPLA COM TRAÇÃO 4X4.	35,00	11,00	N.Absoluto
1.2	LOCAR 54 MOTOCICLETAS 150CC TIPO CROSS PARA OS RAMAIS DE DIFÍCIL ACESSO.	54,00	0,00	N.Absoluto
1.3	ADQUIRIR 20 MICROSCÓPIOS PARA ÁREAS DE TRANSMISSÃO DA MALÁRIA.	20,00	57,00	N.Absoluto
1.4	CONTRATAR SERVIÇO DE MANEJO AMBIENTAL DIRECIONADO AO CONTROLE OU ELIMINAÇÃO DO VETOR DA MALÁRIA EM ÁREAS URBANAS DO MUNICÍPIO.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.5	CONTRATAR SERVIÇO PARA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS DE ASPERSÃO DE INSETICIDA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.6	CONTRATAR SERVIÇO DE VIGILÂNCIA PREDIAL PARA BASES DA MALÁRIA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.7	REDUZIR 15% DOS CASOS DE MALÁRIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS.	15,00	0,00	%
1.8	REDUZIR PARA MENOS DE 2% O ÍNDICE DE MALÁRIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM.	2,00	0,20	%

51	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	4,00	3,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR 3 LIRAA.	3,00	2,00	N.Absoluto
1.2	ALCANÇAR COBERTURA DE 100% DE VISITA NOS PONTOS ESTRATÉGICOS (PE) INFESTADOS.	100,00	47,00	%
1.3	IMPLANTAR CHECK LIST 10 MINUTOS CONTRA O AEDES AEGYPTI NOS DOMICÍLIOS DOS BAIRROS PRIORITÁRIOS DE MANAUS.	579.113,00	283.405,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
52	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	25,64	N.Absoluto
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR 15 AMBULATÓRIOS DE TRATAMENTO DE FUMANTES	15,00	10,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR O CONTROLE DE ROEDORES EM 100% DAS ÁREAS PÚBLICAS DE RISCO PARA LEPTOSPIROSE	100,00	100,00	%
1.11	ELABORAR PLANO DE CONTINGÊNCIA DE SURTOS DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	1,00	0,00	N.Absoluto
1.12	ELABORAR 01 PLANO DE CONTROLE DE LEISHMANIOSI TEGUMENTAR.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.13	REALIZAR A BORRIFAÇÃO INTRA DOMICILIAR EM 100% DAS ÁREAS DE TRANSMISSÃO (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR)	100,00	100,00	%
1.2	IMPLANTAR EM 11 UNIDADES DE SAÚDE A ABORDAGEM BREVE AO FUMANTE	11,00	0,00	N.Absoluto
1.3	CONTRATAR INSTITUTO DE PESQUISA PARA DIAGNÓSTICO DA PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PES(	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	IMPLANTAR 1 ACADEMIA DE SAÚDE QUE DISPONIBILIZE PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS E CORPORAIS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.5	IMPLEMENTAR O PLANO DE MÍDIAS DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.6	ELABORAR E PUBLICIZAR 02 BOLETINS SOBRE INDICADORES DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO	2,00	0,00	N.Absoluto
1.7	IMPLANTAR 1 OBSERVATÓRIO DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE MANAUS	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.8	IMPLANTAR SERVIÇO DE COLETA E ANÁLISE DE OCORRÊNCIA DE LARVAS MIGRANS EM 05 ÁREAS PÚBLICAS DE LAZER NO MUNICÍPIO DE MANAUS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.9	REALIZAR INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL EM 100% DAS ÁREAS DE OCORRÊNCIA DE LEPTOSPIROSE	100,00	100,00	%

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
53	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00	277,40	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ANALISAR 100% DO NÚMERO ESTIMADO DE AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS ESCHERICHIA COLI, COLIFORMES TOTAI CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ.	750,00	2.313,00	N.Absoluto
1.2	RECADASTRAR E REINSPECIONAR 360 MODALIDADES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (PÚBLICA E ALTERNATIVA).	360,00	880,00	N.Absoluto

S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	SELECIONAR E CADASTRAR 100% DAS ÁREAS ESTIMADAS COMO PRIORITÁRIAS PARA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO AR	100,00	0,00	%
1.2	IMPLANTAR 01 UNIDADE SENTINELA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DA QUALIDADE DO AR	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	AMPLIAR O NÚMERO DE ÁREAS CADASTRADAS DE 326 PARA 489 (SOLO CONTAMINADO)	163,00	188,00	N.Absoluto

Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
54	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE			%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	NÚMERO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS COM SISTEMA HORUS IMPLANTADO	10,00	5,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - HÓRUS NA CENTRAL DI ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES ÀS CONTRAPARTIDAS ESTADUAL E MUNICIPAL, PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MOBÍLIA PARA ATIVIDADES DE APOIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, DE ACORDO COM O ART. 4º DA PORTARIA 1.555/2012 (766.869,53)	100,00	0,00	%
1.10	OFERECER CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FARMÁCIA CLÍNICA	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE QUE REALIZAM A DISPENSAÇÃO SUPERVISIONADA POR FARMACÊUTICOS DE 35 PARA 45 UNIDADES	10,00	5,00	N.Absoluto
1.2	IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - HÓRUS EM 10 FARMÁCIAS GRATUITAS	10,00	5,00	N.Absoluto
1.3	IMPLANTAR 01 (UMA) NOVA ESTRUTURA DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES AO REPASSE FEDERAL, NA AQUISIÇÃO D MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXO I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (9.345.362,40)	100,00	100,00	%
1.5	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES A CONTRAPARTIDA ESTADUAL, NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXOS I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (2.897.062,34)	100,00	0,00	%
1.6	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA ESTADUAL, PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA OS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES ESTABELECIDOS NA PORTAR Nº 2.583/GM/MS, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 (916.212,00	100,00	0,00	%
1.7	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA MUNICIPAL, PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA OS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES ESTABELECIDOS NA PORTAR Nº 2.583/GM/MS, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 (916.212,00)	100,00	327,60	%
1.8	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA MUNICIPAL, NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXOS I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (2.897.062,34)	100,00	360,40	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.9	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES ÀS CONTRAPARTIDAS ESTADUAL E MUNICIPAL, PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DE ACORDO COM O ART. 4º DA PORTARIA 1.555/2012 (255.623,15)	100,00	0,00	%

Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
55	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS			%

Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
56	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO			%

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
57	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	70,00	81,08	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAÇÃO DE 01 SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA SAÚD	1,00	2,00	N.Absoluto
1.10	ELABORAR O CADERNO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - VOL. 01 E 02	2,00	1,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR O TEMPO PROTEGIDO EM 5 ESPAÇOS DE TRABALHO DA SEMSA.	5,00	5,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.10	CAPACITAR 400 PROFISSIONAIS QUE INGRESSARAM N/ ESF ATÉ 2014	400,00	0,00	N.Absoluto
1.2	REALIZAR O I ENCONTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	ELABORAR PLANOS DE TRABALHO PARA 100% DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR CONVENIADAS	100,00	50,00	%
1.4	REALIZAR 5 OFICINAS DE CAPACITAÇÃO EM MAEA	5,00	0,00	N.Absoluto
1.5	PLANEJAR E EXECUTAR 150 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM ÁREAS DE MAIOR VULNERABILIDADE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS	150,00	285,00	N.Absoluto
1.6	CAPACITAR 2.000 PROFISSIONAIS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS	2.000,00	2.561,00	N.Absoluto
1.7	REALIZAR 01 CONCURSO DA DENGUE NAS ESCOLAS MUNICIPAIS	1,00	1,00	N.Absoluto
1.8	REALIZAR TREINAMENTO PARA 50% DOS SERVIDORES DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAMU 192 MANAU	50,00	44,80	%
1.9	REALIZAR TREINAMENTO PARA 100% DOS SERVIDORE DE NÍVEL MÉDIO DO PROGRAMA SAMU 192 MANAUS	100,00	91,29	%
58	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA			%
59	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL			%
60	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS			N.Absoluto

Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
61	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	77,00	76,26	%

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	EFETUAR AS PROGRESSÕES POR MÉRITO, POR TEMPO DE SERVIÇO E A PROMOÇÃO	100,00	0,00	%
1.10	REVISAR OS PCCS DOS SERVIDORES DA SAÚDE E DOS ESPECIALISTAS MÉDICOS.	2,00	2,00	N.Absoluto
1.10	INSTITUIR PCCS PARA OS SERVIDORES FISCAIS DE SAÚDE DA SEMSA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR O PROJETO "VIDA NOVA" - PLANEJANDO A APOSENTADORIA	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	EFETUAR COMPARATIVO DE DESPESAS COM PESSOAL EM FACE DA SUBSTITUIÇÃO DE SERVIDORES TEMPORÁRIOS POR CONCURSADOS	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	REALIZAR CONCURSO PÚBLICO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	INSTITUIR UMA COMISSÃO DE CADASTRO E ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS - SIGEP, PARA INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FUNCIONAIS, TORNANDO UM BANCO DE RH FIDEDIGNO.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.5	INTERLIGAR O SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS COM SISTEMA DE PONTO ELETRÔNICO.	2,00	0,00	N.Absoluto
1.6	AUTOMATIZAR OS REGISTROS DE TODOS OS TIPOS DE LICENÇAS E AFASTAMENTOS.	100,00	100,00	%
1.7	APRIMORAR O MÓDULO DE FÉRIAS DO SIGEP.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.8	ATENDER 100% DO RH PARA 2 UBS FLUVIAIS, 9 UBS DO PROGRAMA REQUALIFICA /MS, 1 CEO LESTE, 3 CAPS, 2 UNIDADES DE ACOLHIMENTO E PARA PREENCHER AS VAGAS DOS SERVIDORES APOSENTADOS, EXONERADO FALECIDOS E OUTROS.	100,00	80,00	%

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.9	DISPONIBILIZAR SERVIDORES EM ÁREAS ESTRATÉGIC DA SEMSA	100,00	94,00	%

Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
62	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO			N.Absoluto

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
63	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	APROVAR PAS 2016	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR 12 ASSEMBLEIAS ORDINÁRIAS.	12,00	12,00	N.Absoluto
1.10	ELABORAR UM PLANO DE COMUNICAÇÃO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS - SETEC.	8,00	0,00	N.Absoluto
1.10	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS - COMISSÃC	46,00	0,00	N.Absoluto
1.10	MANTER O CONTRATO PARA FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO PARA CMS.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	MANTER CONTRATOS DE LOCAÇÃO DE VEÍCULOS PAR O CMS	3,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.10	DISPONIBILIZAR DIÁRIAS PARA ATENDER AS VIAGENS PROGRAMADAS	100,00	15,00	%
1.10	CONTRATAR CONSULTORIAS.	3,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CAPACITAR 700 CONSELHEIROS DE SAÚDE.	700,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR A VII COMUS.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS PARA OS CLS.	4,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR 02 SERVIÇOS DE TRANSPORTE FLUVIAL	2,00	0,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR 02 SERVIÇOS DE TRANSPORTE FLUVIAL	2,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR A X SEMANA DO CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE DE MANAUS	1,00	1,00	N.Absoluto
1.10	CAPACITAR CONSELHEIROS DE SAÚDE PELO PID	200,00	0,00	N.Absoluto
1.10	IMPLANTAR CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE.	5,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.2	APROVAR O RAG 2014	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	APROVAR O RELATÓRIO DO 3º QUADRIMESTRE 2014	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	APROVAR RELATÓRIOS DOS 1º E 2º QUADRIMESTRES 2015.	2,00	1,00	N.Absoluto
1.5	RECEBER A PROPOSTA E DELIBERAR SOBRE O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.6	LOTAR NO CMS 01 ASSISTENTE SOCIAL E 02 ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS	3,00	1,00	N.Absoluto
1.7	ENCAMINHAR MENSALMENTE AS INFORMAÇÕES DO CMS AO DECOM	12,00	0,00	N.Absoluto
1.8	MANTER 01 SERVIÇO DE TRANSPORTE PARA A ENTREGA DE DOCUMENTOS DO CMS.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.9	MANTER CONTRATO DE SERVIÇOS DE PASSAGENS AÉREAS	1,00	1,00	N.Absoluto

64	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	RECADASTRAR O CMS NO SIACS.	1,00	1,00	N.Absoluto

FORTALECER A GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO BUSCANDO A EXCELÊNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE.

Objetivo 12.2 - Fortalecer a gestão de tecnologia da informação buscando a excelência na atenção à saúde.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ADQUIRIR 3 TVS DE LCD PARA MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS REALIZADOS: REDE, SISTEMAS E CHAMADC	3,00	2,00	N.Absoluto
1.10	CONTRATAR SERVIÇO DE IMPRESSÃO PARA 80 LOCAI: DA SECRETARIA.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.11	ADQUIRIR 3500 LICENÇAS DE SOFTWARE ANTIVÍRUS.	3.500,00	2.500,00	N.Absoluto
1.12	REALIZAR CHAMADA DE 20 PROFISSIONAIS DE INFORMÁTICA, SENDO 15 TÉCNICOS E 5 ANALISTAS	20,00	0,00	N.Absoluto
1.13	ADQUIRIR 20 LICENÇAS DE SOFTWARES (EQUIPAMENTOS SERVIDORES)	20,00	0,00	N.Absoluto
1.2	MAPEAR 100% DOS PROCESSOS DE TRABALHO DO DEPARTAMENTO DE TI.	100,00	100,00	%
1.3	CAPACITAR 6 PROFISSIONAIS DE TI EM GOVERNANÇA DE TI.	6,00	0,00	N.Absoluto
1.4	CAPACITAR 10 SERVIDORES EM MAPEAMENTO DE PROCESSOS	10,00	0,00	N.Absoluto
1.5	INSTALAR 900 PONTOS LÓGICOS NAS UNIDADES DA SECRETARIA.	900,00	267,00	N.Absoluto
1.6	ADEQUAR 2 LOCAIS (ESTRUTURA FÍSICA, EQUIPAMENTOS E SOFTWARES) PARA PERMITIR A AL DISPONIBILIDADE E RECUPERAÇÃO DE DESASTRE.	2,00	2,00	N.Absoluto
1.7	ADQUIRIR 300 COMPUTADORES.	300,00	644,00	N.Absoluto
1.8	ADQUIRIR 200 LICENÇAS DE SOFTWARE (ESCREITÓRIC ESPECIALIZADOS)	200,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.9	INSTALAR 1 LINK DE INTERNET DE VELOCIDADE DE 20(MBPS.	1,00	0,00	N.Absoluto

Objetivo 12.3 - Fortalecer a gestão de comunicação na Secretaria Municipal de Saúde.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM CLIPPING ELETRÔNICO DE TV, RÁDIO E JORNAL PARA ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DOS RELEASES DA SEMSA E NOTÍCIAS DE SAÚDE.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.2	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM VÍDEOS RELEAS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.3	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM PESQUISA DE SATISFAÇÃO PARA SUBSIDIAR AS METAS E DIRETRIZE DA SEMSA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAR CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS, EDUCATIVAS, INFORMATIVAS E PREVENTIVAS AOS AGRAVOS DA SAÚDE.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.5	PUBLICAR MENSALMENTE UMA EDIÇÃO DO BOLETIM INTERNO.	12,00	12,00	N.Absoluto
1.6	REFORMULAR A INTRANET E O JORNAL MURAL.	2,00	2,00	N.Absoluto
1.7	CONTRATAR MESTRE DE CERIMÔNIA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.8	PADRONIZAR JUNTO AO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E INFRAESTRUTURA O CERIMONIAL DE TODOS OS EVENTOS PROMOVIDOS PELA SEMSA.	100,00	100,00	%
1.9	LICITAR EMPRESA PARA INSTALAR TELEVISÕES NA SE DA SEMSA E EM 200 UNIDADES DE SAÚDE (COMODATO) PARA OPERAR O SISTEMA ON LINE DO TELEJORNAL DA SEMSA.	201,00	0,00	N.Absoluto

Objetivo 12.5 - Aprimorar o processo de gestão do sistema de informação no município de Manaus.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICAR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO OPERATIVO DE GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO EM 100% DOS EAS	1,00	1,00	N.Absoluto
1.2	CAPACITAR 10 SERVIDORES EM ANÁLISE DE DADOS, VISANDO MELHORIA DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES.	10,00	0,00	N.Absoluto

Objetivo 12.6 - Subsidiar a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde no acompanhamento das metas definidas na cobertura e qualidade da informação, visando facilitar a tomada de decisão.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICAR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	CAPACITAR 10 SERVIDORES EM ANÁLISE DE DADOS, VISANDO MELHORIA DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES.	10,00	0,00	N.Absoluto

Objetivo 12.7 - Preparar a SEMSA para eventos de massa.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICAR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR REUNIÕES INTERINSTITUCIONAIS PARA ATENDER AS DEMANDAS RELACIONADAS A CATÁSTROFES, CALAMIDADES E EVENTOS DE MASSA NO ÂMBITO MUNICIPAL.	12,00	208,00	N.Absoluto
1.2	ELABORAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM EVENTOS DE MASSA.	1,00	65,00	N.Absoluto
1.3	INTEGRAR O GRUPO GESTOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO ESTADUAL.	1,00	3,00	N.Absoluto

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
65	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	AMPLIAR EM 2,44% A RESOLUTIVIDADE DAS MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA OUVIDORSUS, SAINDO DE 69,99% PARA 72,43% EM 2015	72,43	87,65	%
1.10	IMPLANTAR 1 (UM) SERVIÇO DE OUVIDORIA ITINERANTE NA SEMSA.	1,00	0,00	N.Absoluto
1.10	REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS E OPERACIONAIS NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	72,00	47,00	N.Absoluto
1.2	LIBERAR TODOS OS EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA DA REDE DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS NÍVEL 2, PARA ENVIO DE E-MAILS SEM RESTRIÇÃO DE PROVEDORES	19,00	20,00	N.Absoluto
1.3	PRODUZIR MATERIAL INFORMATIVO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA OUVIDORIA MUNICIPAL DOS SUS	1,00	0,00	N.Absoluto
1.4	ELABORAR E APRESENTAR AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE E DEMAIS INTERESSADOS O RELATÓRIO ANALÍTICO DO 3º QUADRIMESTRE DE 2014, E OS RELATÓRIOS ANALÍTICOS DOS 1º E 2º QUADRIMESTRES DE 2015.	3,00	3,00	N.Absoluto
1.5	IMPLANTAR 03 SUB-REDES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.	3,00	4,00	N.Absoluto
1.6	OPORTUNIZAR A CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES EM ATIVIDADES DE OUVIDORIA.	34,00	22,00	N.Absoluto
1.7	ADEQUAR A SEÇÃO DA OUVIDORIA NA PÁGINA DA SEMSA, E ALINHAR O FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DAS MANIFESTAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS PELO USUÁRIO À OUVIDORIA, ATENDENDO AO PADRÃO DO SISTEMA OUVIDORSUS.	2,00	2,00	N.Absoluto
1.8	IMPLANTAR 1 (UM) SERVIÇO DE ACESSO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	1,00	0,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.9	PUBLICIZAR 100% DAS INFORMAÇÕES REFERENTES À TRANSPARÊNCIA ATIVA PREVISTAS NA LAI.	100,00	90,00	%
1.9	PUBLICIZAR 100% DAS INFORMAÇÕES REFERENTES À TRANSPARÊNCIA ATIVA PREVISTAS NA LAI.	100,00	90,00	%

66	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS E OPERACIONAIS NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	72,00	47,00	N.Absoluto
1.2	REALIZAR AUDITORIAS DE DENÚNCIAS DEMANDADAS PELA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.	100,00	100,00	%
1.3	REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS E OPERACIONAIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM ACOMPANHAMENTO INICIAL E ENCAMINHAMENTO PARA A ÁREA DE MONITORAMENTO.	120,00	33,00	N.Absoluto
1.4	ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO LICITATÓRIO, A FIM DE CAPACITAR OS AUDITORES PARA REALIZAR AUDITORIA EM LICITAÇÃO	10,00	5,00	N.Absoluto
1.5	CAPACITAR OS AUDITORES PARA REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS SOBRE A APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO	10,00	0,00	N.Absoluto
1.6	REALIZAR VISITAS TÉCNICAS DE AUDITORIA PARA VALIDAR AS INFORMAÇÕES CADASTRAIS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADO NO SCNES	100,00	100,00	%

67	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE			N.Absoluto
S001	SEM PACTUAÇÃO DE INDICADOR ESPECÍFICO	0,00	0,00	N.Absoluto

N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	REALIZAR A AVALIAÇÃO DO PPA, REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2014.	1,00	1,00	N.Absoluto

N°	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
N°	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.2	ELABORAR O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) 2014.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.3	ENVIAR À SEMEF A PROPOSTA DA SEMSA PARA COMPOR A LDO 2016.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.4	ENVIAR À SEMEF A PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA COMPOR A LOA 2016.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.5	ELABORAR A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2016.	1,00	1,00	N.Absoluto
1.6	ELABORAR RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS.	3,00	3,00	N.Absoluto

5.1 Execução Orçamentária

Recursos Orçamentários

Valor	R$ 823.868.000,00	**Valor**	R$ 749.988.088,39

Análise e Considerações

As ações contempladas na PAS 2015 estão relacionadas às atividades finalísticas, porém, a execução financeira inclui as atividades administrativas, visto que a execução das ações envolveu atividades de manutenção de unidades de saúde, manutenção da frota de veículos e outras atividades administrativas que funcionam como suporte às atividades finalísticas.
Registra-se que nos percentuais da execução financeira estão incluídas as despesas com pessoal.
A execução financeira, segundo a classificação das despesas por áreas de atuação, apresentou os seguintes percentuais: Atenção Básica - 39,80%; Assistência Hospitalar e Ambulatorial – 24,30%; Suporte Profilático e Terapêutico – 2,89%; Vigilância Sanitária - 0,23%; Vigilância Epidemiológica - 3,44%. As despesas realizadas com as atividades finalísticas representaram 70,66% da despesa total com Saúde, em 2015.
As despesas realizadas com as atividades administrativas representaram 29,34% da despesa total com Saúde, em 2015.
A Programação Anual de Saúde organiza as ações em conformidade com as diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde.
Para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, foram realizadas ações de reordenamento da Atenção Primária, resultando na oferta de serviços de saúde bucal, ações de alimentação e nutrição, aumento da cobertura populacional pelas equipes de atenção básica, ações de melhoria da qualidade na atenção primária, desenvolvimento de ações do Programa Saúde na Escola, ações de saúde indígena, ações voltadas para a população negra e ações voltadas para a população da área rural.
Para atender às necessidades de saúde da mulher e da criança foram desenvolvidas ações de pré-natal, de assistência ao parto, de prevenção de câncer de colo do útero e mama, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa de imunização para a prevenção de doenças.
Foram desenvolvidas ações para atender ás necessidades de saúde de outros grupos específicos como: adolescentes, homens, idosos, pessoas portadoras de deficiências, pessoas privadas de liberdade.
Foram realizadas várias ações para promover a assistência farmacêutica, através da aquisição de medicamentos e insumos para a saúde, acondicionamento, distribuição para as unidades de saúde e dispensação para a população.
Os serviços de apoio diagnóstico realizaram exames laboratoriais, exames citológicos e exames de imagem. As Unidades Móveis prestaram um importante serviço para a população, realizando exames de ultrassonografia e mamografia.
Foram ofertados a população procedimentos especializados na área de saúde mental e nos Centros de Especialidades Odontológicas.
A Vigilância Sanitária, através das inspeções sanitárias e de outros procedimentos de controle sanitário, realizou ações para a prevenção de doenças e ações para controlar os riscos à saúde da população e promover saúde.
A Vigilância Epidemiológica e Ambiental realizou ações de investigação da ocorrência de doenças e óbitos, ações de prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, ações de vacinação, ações de controle de zoonoses, ações de controle de endemias, principalmente malária e dengue. Foram realizadas, também, ações de prevenção e controle na área de saúde do trabalhador.
O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU) realizou atendimentos para assistir à população nas urgências pré-hospitalares.
Foram realizadas ações para melhorar a atuação da Secretaria Municipal de Saúde, como: qualificação dos servidores, auditorias, ouvidoria do SUS e controle social.

6. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS (Fonte: SIOPS)

6.1 DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 12/08/2016 11:38:31

	RECEITAS (R$)						DESPESAS (R$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Estadual	Outros Municípios											
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	0,00	2.215,04	964.806,06	967.021,10	0,00	400.568,73	400.568,73	400.568,73	0,00	746.104,95	382.452,90	202.800,32
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	813,00	0,00	0,00	142,31	0,00	955,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	631,50	1.586,81
Vigilância em Saúde	23.657.063,05	0,00	0,00	5.760.453,43	6.297.212,41	35.714.728,89	37.688.853,08	27.467.637,38	20.408.838,14	17.663.661,46	39.539.000,00	4.675.472,01	39.544.984,07	52.920.579,49
Atenção Básica	82.925.900,57	0,00	0,00	4.716.293,78	225.700.636,28	313.342.830,63	327.745.894,17	298.345.910,58	291.201.076,90	274.966.896,46	324.880.500,00	24.971.016,66	31.840.802,45	45.245.719,96
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	29.340.746,82	6.438.565,48	0,00	2.869.353,10	167.167.294,03	205.815.959,43	212.177.723,21	181.114.539,59	175.937.700,48	161.437.939,87	226.202.000,00	36.045.670,41	20.483.800,87	28.816.150,02
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	120.000,00	0,00	0,00	1.279.757,74	0,00	1.399.757,74	9.499.345,49	912.810,60	853.116,45	394.015,55	3.841.000,00	0,00	11.465.359,20	12.471.101,39
Assistência Farmacêutica	8.566.582,20	0,00	0,00	833.871,18	6.798.364,40	16.198.817,78	32.674.397,56	21.666.734,10	19.716.347,40	13.066.396,83	19.428.000,00	1.321.401,40	6.680.972,09	8.491.991,64
Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00	162.805,94	217.964.036,25	218.126.842,19	232.284.307,20	220.079.887,41	219.910.413,77	201.508.929,73	219.407.000,00	6.389.787,06	1.595.816,44	11.823.941,84
Convênios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prestação de Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Núcleo Apoio Saúde Família	720.000,00	0,00	0,00	34.060,68	0,00	754.060,68	1.118.921,44	1.118.921,44	1.118.921,44	1.118.921,44	0,00	0,00	398.921,44	34.060,68
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	11.446.110,00	4.034.156,85	0,00	1.136.539,20	1.000.115,59	17.616.921,64	16.529.454,11	16.529.454,11	14.691.556,97	14.508.211,17	0,00	8.128.643,96	12.930.197,97	7.910.264,48
CEO- Centro Espec. Odontológica	885.500,00	0,00	0,00	28.739,37	96.393,95	1.010.633,32	507.355,18	507.355,18	397.491,41	389.790,48	0,00	120.756,25	17.530,26	517.616,85
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	1.023.565,33	0,00	0,00	246.214,60	16.899,63	1.286.679,56	522.213,83	522.213,83	434.657,92	426.712,42	0,00	24.524,20	1.427.140,27	2.262.583,21
Implantação de Ações e Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	107.595,44	1.097.473,71	1.205.069,15	0,00	22.366,00	22.366,00	22.366,00	0,00	241.441,34	0,00	941.261,81
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	39.253.751,13	0,00	0,00	2.810.909,15	197.999.103,28	240.063.763,56	260.854.038,00	231.454.054,41	226.204.605,45	219.977.861,78	300.150.500,00	20.202.323,62	23.119.194,58	23.002.772,74
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	43.672.149,44	0,00	0,00	1.905.384,63	27.701.533,00	73.279.067,07	66.891.856,17	66.891.856,17	64.996.471,45	54.989.034,68	24.730.000,00	4.768.693,04	8.721.607,87	22.242.947,22
Saúde da Família	13.406.915,00	0,00	0,00	24.519,94	0,00	13.431.434,94	13.160.035,00	13.160.035,00	13.160.035,00	13.160.035,00	0,00	61.012,11	61.012,11	271.399,94
Agentes Comunitários de Saúde	16.264.560,00	0,00	0,00	26.215,28	10.140,00	16.300.915,28	14.780.330,00	14.780.330,00	14.780.330,00	14.780.330,00	0,00	1.022.844,37	1.022.844,37	1.520.585,28
Saúde Bucal	2.761.920,00	0,00	0,00	8.412,11	0,00	2.770.332,11	2.651.390,00	2.651.390,00	2.651.390,00	2.651.390,00	0,00	15.562,86	15.562,86	118.942,11
Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	10.235.526,89	0,00	0,00	1.567.155,86	25.995.516,37	37.798.199,12	34.579.989,37	34.579.989,37	32.898.590,95	22.892.373,78	24.730.000,00	3.669.273,70	7.223.267,09	18.459.818,73
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	920.583,15	0,00	0,00	513.187,71	1.271.628,35	2.705.399,21	2.935.000,00	1.697.721,00	1.175.714,54	1.109.548,34	3.057.000,00	227.578,10	2.993.302,01	4.361.574,78
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	8.566.582,20	0,00	0,00	833.871,18	6.798.364,40	16.198.817,78	32.674.397,56	21.666.734,10	19.716.347,40	13.066.396,83	19.428.000,00	1.321.401,40	6.680.972,09	8.491.991,64
Compensação de Especificidades Regionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fator Incentivo Atenção Básica - Povos Indígenas	0,00	0,00	0,00	226.460,64	1.695.876,63	1.922.337,27	601.190,36	601.190,36	387.204,06	385.984,46	0,00	0,00	0,00	1.536.352,81
Limite Financeiro da MAC Ambulatorial e Hospitalar	29.339.933,82	6.438.565,48	0,00	2.869.210,79	167.167.294,03	205.815.004,12	212.177.723,21	181.114.539,59	175.937.700,48	161.437.939,87	226.202.000,00	36.045.670,41	20.483.169,37	28.814.563,21
Teto financeiro	14.310.879,35	2.404.408,63	0,00	602.155,12	161.705.783,63	179.023.226,73	193.844.201,95	162.781.018,33	160.064.736,77	145.763.968,39	226.202.000,00	27.121.581,90	4.351.297,79	10.488.974,23
Vigilância Epidmiológica e Ambiental em Saúde	22.736.479,90	0,00	0,00	5.247.265,72	5.025.584,06	33.009.329,68	34.753.853,08	25.769.916,38	19.233.123,60	16.554.113,12	36.482.000,00	4.447.893,91	36.551.682,06	48.559.004,71
Qualificação da Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00	55.210,50	343.044,11	398.254,61	0,00	55.200,00	55.200,00	55.200,00	0,00	119.033,21	238.793,83	462.815,23
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Incentivo: Atenção Integral à Saúde do Adolescente	176.467,50	0,00	0,00	11.970,74	0,00	188.438,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	188.438,24
CNRAC - Centro Nacional Regulação de Alta Complex.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação -FAEC	813,00	0,00	0,00	142,31	0,00	955,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	631,50	1.586,81
CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador	0,00	0,00	0,00	229.215,76	0,00	229.215,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44.317,60	1.757.003,08	1.941.901,24
Incentivo Atenção à Saúde - Sistema Penitenciário	106.760,05	0,00	0,00	6.589,38	0,00	113.349,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	113.349,43
Terapia Renal Substitutiva	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Cornea	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Rim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Fígado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Pulmão	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Coração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Análise Sobre a Utilização dos Recursos

Em 2015, o orçamento da saúde no município de Manaus teve dotação inicial de R$ 823.868.000,00. Ao longo do exercício os recursos previstos foram suplementados e atingiram ao final do ano uma dotação atualizada no montante de R$ 852.070.520,71, representado um acréscimo de 3,4%, sendo R$ 645.442.583,40 provenientes de recursos do tesouro municipal e R$ 206.627.937,31 provenientes de transferências do SUS.
As transferências financeiras oriundas do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em 2015, destinadas às áreas específicas de atuação da Secretaria Municipal de Saúde no âmbito do SUS, totalizaram 144.610.292,64 reais, conforme detalhamento: Vigilância em Saúde - 23.657.063,05; Atenção Básica - 82.925.900,57; Assistência Farmacêutica - 8.566.582,20; Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar - 29.340.746,82; Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde - 120.000,00 e Gestão do SUS 0,00.
Os percentuais, abaixo relacionados, representam as despesas empenhadas por ações e serviços específicos, em relação à dotação orçamentária:
Vigilância Sanitária – 57,84%;
Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde – 74,15%;
Núcleo Apoio Saúde Família - 100,00%;
Piso de Atenção Básica Fixo – 90,69%;
Saúde da Família - 100,00%;
Agentes Comunitários de Saúde - 100,00%;
Saúde Bucal - 100,00%;
Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo - 100,00%;
Componente Básico da Assistência Farmacêutica - 66,31%;
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - 100,00%;
CEO- Centro Espec. Odontológica - 100,00%;
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - 100,00%;
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC - 0,00%;
Teto financeiro de MAC – 83,98%;
Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde - 9,61%
Gestão do SUS - 92,50%.

8. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

8.1. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 12/08/2016 11:38:30

Participação % da receita de impostos na receita total do Município	24,71%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	56,73%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para	6,77%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos	95,74%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da	26,89%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita	68,41%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	68,41%
Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R$364,48
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	69,81%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,46%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com	13,21%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,82%
SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	29,34%
SUBFUNÇÕES VINCULADAS	70,66%
Atenção Básica	39,80%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	24,30%
Suporte Profilático e Terapêutico	2,89%
Vigilância Sanitária	0,23%
Vigilância Epidemiológica	3,44%
Alimentação e Nutrição	0,00%
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	0,00%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	20,14%

% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	22,23%

Análise Sobre os Indicadores Financeiros

Observando-se os indicadores financeiros, verifica-se que no ano de 2015 a receita do Município apresentou em sua composição recursos financeiros provenientes das seguintes fontes de receita: Impostos - 24,71% e transferências intergovernamentais - 56,73%. Do total de recursos transferidos para o Município, 6,77% são referentes às transferências para a Saúde (SUS).
Analisando-se as informações financeiras oriundas do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), verifica-se que, do total de transferências da União para o Município, as transferências para a Saúde (SUS) representaram 26,89%, correspondendo à 95,74% do total de recursos transferidos para a saúde no Município.
A despesa total com Saúde por habitante, sob responsabilidade do município, em 2015, foi de 364,48 reais.
A execução da despesa total com Saúde, segundo os indicadores financeiros, apresentaram os seguintes percentuais por grupos de despesas: despesa com pessoal - 69,81%; despesa com medicamentos - 2,46%; despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica - 13,21% e despesa com investimentos - 0,82%.
As despesas realizadas com as atividades administrativas representaram 29,34% da despesa total com Saúde, em 2015.
As despesas realizadas com as atividades finalísticas representaram 70,66% da despesa total com Saúde, em 2015. A execução financeira, segundo a classificação das despesas por áreas de atuação, apresentou os seguintes percentuais: Atenção Básica - 39,80%; Assistência Hospitalar e Ambulatorial – 24,30%; Suporte Profilático e Terapêutico – 2,89%; Vigilância Sanitária - 0,23%; Vigilância Epidemiológica - 3,44% e Alimentação e Nutrição - 0,00%.
As transferências para a Saúde, em 2015, representaram 20,14% da despesa total do município com saúde.
A receita própria aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no ano de 2015, em conformidade com a Lei Complementar 141/2012, representou 22,23% da Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais.

Apresenta-se no quadro abaixo a distribuição percentual da execução da despesa:

INDICADORES FINANCEIROS DA DESPESA (FONTE: SIOPS 2015)

Pessoal	69,81%
Medicamentos	2,46%
Serviços de Terceiros – P. Jurídica	13,21%
Investimentos	0,82%
Diárias	0,01%
Material Odontológico	0,75%
Material Laboratorial	2,14%
Material Hospitalar	0,71%
Outros Materiais de Consumo	2,01%
Outros Materiais de Dist. Gratuita	0,93%
Passagens e Despesas de Locomoção	0,01%
Serviços de Terceiros – P. Física	0,27%
Auxílio Alimentação	1,07%
Outros Auxílios Financeiros – P. Física	0,14%
Auxílio Transporte	1,18%
Despesas de Exercícios Anteriores	3,49%
Indenizações e Restrições	0,99%
TOTAL	100,00%

Fonte: Gerência de Contabilidade / DFMS/SEMSA (11/08/2015)

9.1 - DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (b)	%(b/a)x100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	373.376.000,00	1.016.402.000,00	958.902.156,12	94,34
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU	147.543.000,00	147.543.000,00	162.512.010,41	110,14
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI	52.706.000,00	52.706.000,00	59.281.285,40	112,47
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	0,00	643.026.000,00	533.917.061,36	83,03
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	110.638.000,00	110.638.000,00	115.056.024,75	103,99
Imposto Territorial Rural - ITR	0,00	0,00	0,00	0,00
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	7.950.000,00	7.950.000,00	9.421.470,15	118,50
Dívida Ativa dos Impostos	47.025.000,00	47.025.000,00	71.651.792,03	152,37
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	7.514.000,00	7.514.000,00	7.062.512,02	152,37
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	2.029.283.000,00	2.029.283.000,00	1.695.505.357,79	83,55
Cota-Parte FPM	423.517.000,00	423.517.000,00	384.868.283,94	90,87
Cota-Parte ITR	215.000,00	215.000,00	554.665,34	257,98
Cota-Parte IPVA	145.624.000,00	145.624.000,00	142.089.920,82	97,57
Cota-Parte ICMS	1.450.443.000,00	1.450.443.000,00	1.159.066.170,92	79,91
Cota-Parte IPI-Exportação	6.356.000,00	6.356.000,00	5.875.399,41	92,43
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	3.128.000,00	3.128.000,00	3.050.917,36	97,53
Desoneração ICMS (LC 87/96)	3.128.000,00	3.128.000,00	3.050.917,36	97,53
Outras				
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II	2.402.659.000,00	3.045.685.000,00	2.654.407.513,91	87,15

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (d)	%(d/c)x100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	181.392.000,00	184.247.000,00	166.671.393,29	90,46
Provenientes da União	155.785.000,00	158.640.000,00	144.610.292,64	91,15
Provenientes dos Estados	11.662.000,00	11.662.000,00	6.438.565,48	55,21
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	13.945.000,00	13.945.000,00	15.622.535,17	112,02
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	181.392.000,00	184.247.000,00	166.671.393,29	90,46

9.2. DESPESAS COM SAÚDE

9.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (f)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (g)	% (f+g)/e)
DESPESAS CORRENTES	785.074.000,00	830.048.560,49	723.990.526,01	19.865.693,40	89,62
Pessoal e Encargos Sociais	545.544.000,00	549.120.721,53	522.841.183,06	884.486,47	95,38
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	239.530.000,00	280.927.838,96	201.149.342,95	18.981.206,93	78,36

DESPESAS DE CAPITAL	38.794.000,00	22.021.960,22	4.437.535,86	1.694.333,12	27,84
Investimentos	38.794.000,00	22.021.960,22	4.437.535,86	1.694.333,12	27,84
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)	823.868.000,00	852.070.520,71		749.988.088,39	88,02

9.2.2.DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (h)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (i)	%[(h+i)/V (f+g)]
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	N/A	0,00	139.382.106,79	20.514.743,08	21,32
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	0,00	136.594.004,83	18.583.277,51	20,69
Recursos de Operações de Crédito	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	0,00	2.788.101,96	1.931.465,57	0,63
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO	N/A	N/A	N/A	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V)	N/A	0,00		159.896.849,87	21,32

TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g)-V(h+i)]	""	0,00	""	852.070.520,71

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = [VI(H+I) /	22,23
VALOR REFERENTE A DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VI(h+i)-(15*IIIb)/100]	191.930.111,43

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritos em 2015	0,00	N/A	N/A	N/A	0,00
Inscritos em 2014	700.732,04	0,00	553.434,64	147.297,40	0,00
Inscritos em 2013	8.877.336,55	57.669,70	8.819.666,85	0,00	0,00
Inscritos em 2012	302.398,68	15.815,06	202.573,10	84.010,52	0,00
Total	9.880.467,27	73.484,76	9.575.674,59	231.307,92	0,00

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1° e 2°	RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	Saldo Final (Não Aplicado)
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012	N/A	N/A	N/A
Total (VIII)	0,00	0,00	0,00

CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MINIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26	LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Diferença de limite não cumprido em 2014	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2013	0,00	0,00	0,00
Total (IX)	0,00	0,00	0,00

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (l)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (m)	% [(l+m)/total (l+m)]x100
Atenção Básica	324.737.000,00	327.745.894,17	291.297.018,48	7.204.527,83	39,80
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	273.903.000,00	215.478.782,97	177.095.444,08	5.176.839,11	24,30
Suporte Profilático e Terapêutico	20.545.000,00	32.674.397,56	19.716.347,40	1.950.386,70	2,89
Vigilância Sanitária	7.400.000,00	2.935.000,00	1.175.714,54	522.006,46	0,23
Vigilância Epidemiológica	33.511.000,00	35.317.853,08	19.233.123,60	6.536.792,78	3,44
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	163.772.000,00	237.918.592,93	219.910.413,77	169.473,64	29,34
TOTAL	823.868.000,00	852.070.520,71		749.988.088,39	100,00

Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário

No exercício de 2015 a o orçamento da saúde no município de Manaus teve dotação inicial de R$ 823.868.000,00. Ao longo do exercício os recursos previstos sofreram alterações e atingiram ao final do ano uma dotação atualizada no montante de R$ 852.070.520,71, um acréscimo de 3,4%, sendo R$ 645.442.583,40 provenientes de recursos do tesouro municipal e R$ 206.627.937,31 provenientes de transferências do SUS representando respectivamente 76% e 24%. Do total de recursos disponibilizados, R$ 549.120.721,53 estavam destinados ao pagamento de Pessoal e Encargos Sociais, comprometendo aproximadamente 64% do total de recursos, R$ 280.927.838,96 para Custeio (33%) e R$ 22.021.960,22 para atender ao grupo Investimento (3%).

A despesa total com saúde em 2015 alcançou o valor de R$ 749.988.088,39, cerca de 88% do valor total disponibilizado. Comparado ao total de despesas do exercício de 2014 (R$ 700.613.675,34) alcançou um aumento de 7%. Deste total R$ 590.091.238,52 foram executados com recursos próprios do Tesouro Municipal e R$ 159.896.849,87 com recursos oriundos de Transferências do SUS, representando respectivamente 79% e 21% do total executado.

O percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais apurado foi de 22,23%, alcançando valor acima do limite mínimo constitucional de 15% estabelecido para os municípios pela Emenda Constitucional 29/2000.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	780
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLC - CONSULTÓRIO MEDICO - ROCHA E MAIA LTDA - ME

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	781
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICA ODONTOLÓGICA RIO NEGRO - JUCILEI RIBEIRO LIMA - ME

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	782
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

A Divisão de Apoio e Diagnóstico para que promova um controle maior na Declaração da UBS referente aos profissionais que executaram os serviços.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	783
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

A Divisão de Apoio e Diagnóstico juntamente com os Fiscais do Contrato para que dê conhecimento a Contratada afim de que esta se manifeste quanto a situação acima mencionada. Para que promovam um efetivo controle no horário dos profissionais que executam os serviços de imagens nas Unidades desta SEMSA afim que não ultrapassem a carga horária estipulada pelo Decreto supracitado.
Para conhecimento das situações apontadas afim de que providências sejam tomadas uma vez que tais inconformidades não são recentes e que cabe a esta Secretária a solução da problemática apresentadas.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	784
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia no PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

Recomendações

Ao Sr. diretor do Disa Rural:
Apresentar justificativas e plano de intervenção à gestão a fim de adquirir uma caixa dágua para a UBS e instalação de nova rede hidráulica. E ainda que seja corrigida a situação da voltagem de energia elétrica da unidade. Apresentar justificativas e plano de intervenção à gestão a fim de promover os ajustes necessários. Apresentar à gestão plano de intervenção a fim de atender o que a norma (RDC 050/ANVISA) preconiza e ajustar o espaço físico do consultório odontológico às necessidades dos profissionais. Apresentar inspeção técnica e parecer especializado quanto a falta da referida peça da embarcação. e ainda evitar o deslocamento de profissionais a fim de não por em risco a integridade física e/ou a vida dos mesmos. Atualizar o CNES da referida unidade de saúde (cadastrar e excluir profissionais).
Justificar a ausência da cirurgiã-dentista referida em que encontra-se lotada na unidade mas não presta serviço. Verificar a possibilidade de lotar 01 (um) profissional de serviços gerais e 01 (um) assistente social.
Justificar a necessidade em se manter 03 cirurgiões-dentistas (01 CD/40h e 02CD/20h) lotados na referida UBS haja vista que existe somente 01 equipo na Unidade e as condições estruturais e insumos não coadunam com tal possibilidade.
Verificar a situação da unidade quanto ao planejamento para construção de nova unidade de saúde no local tendo em vista que há um projeto arquitetônico para tal fim (com a direção) e que segundo os profissionais de saúde da unidade este projeto encontra-se em desacordo com as necessidades para qual a unidade de saúde se propõe. A UBS faz parte da rede saúde manauara como unidade-laboratório. Quando da reforma construção ou ampliação da referida UBS sugestionar que ela seja cercada a fim de evitar passagem de animais tais como bovinos equinos suínos aves etc os quais causam sujidade nos arredores.
OBS.: Apesar das condicionalidades estruturais existentes os profissionais desempenham seus ofícios não havendo demanda reprimida por conta de atendimento médico e odontológico. A principal reclamação assistencial é quanto a realização de exames laboratoriais pois não há posto de coleta e os comunitários têm que se deslocar para Manaus para realizá-los.

Justificar a necessidade em se manter 03 cirurgiões-dentistas (01 CD/40h e 02CD/20h) lotados na referida UBS haja vista que existe somente 01 equipo na Unidade e as condições estruturais e insumos não coadunam com tal possibilidade.
Apresentar justificativas quanto a este processo de trabalho. Que este translado seja realizado conforme critério técnico de tratamento conservação e transporte de imunobiológicos verificando-se ainda a possibilidade deste transporte ocorrer 02 vezes por semana ou a critério padronizado desta Gestão.
A Gerência de Apoio e Diagnóstico/SEMSA: Apresentar manifestação quanto a viabilidade para implantação de um posto de coleta na comunidade Nossa Sra. do Livramento e se possível estimar prazo para a referida implantação.
Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação (DICAR) para apresentar justificativas e procedimentos que estão sendo tomados para que se tenham os relatórios de produtividade das unidades de saúde públicos e com os devidos dados de produção realizados.
Ao diretor do Disa Rural para conhecimento e orientações aos diretores de unidades de saúde e profissionais quanto a mudança do sistema de informação para o e-SUS.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	785
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS L 32, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS L 32 - FMS DE MANAUS

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Básica-DAP para:
Providências para instalação da autoclave de maneira que permita um fluxo adequado na lavagem preparo e esterilização dos instrumentais atendendo as regras de biossegurança. Estudo de viabilidade de construção de uma lixeira na área interna da unidade com acesso pela parte externa (calçada da unidade) através de porta com chave conforme recomendação da RDC 306 visando cumprir a legislação bem como diminuir os transtornos causados pela utilização da lixeira atual. Realizar estudo técnico de viabilidade para ao momento de uma reforma ou construção de outras unidades de saúde construir um espaço para educação coletiva e escovódromo.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e aos fiscais do contrato para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde providenciando a instalação de uma pequena cuba para higienização das mãos deixando as existentes apenas para lavagem dos instrumentais e ainda de torneiras com acionamento sem o contato manual no consultório da UBS em referência.
Ao Distrito de Saúde Leste (DISA Leste) e Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para: Orientar aos profissionais da equipe de saúde bucal quanto à necessidade de se cumprir o que rege a Lei 1.118 de 01/09/1971 visando facilitar o trabalho em equipe.
À Diretora do Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação (DICAR) para: Apresentar justificativas e procedimentos que estão sendo tomados para que se tenham os relatórios de produtividade das unidades de saúde e com os devidos dados de produção realizados disponíveis e publicados.
Ao diretor do DISA Leste para conhecimento e orientações aos diretores de unidades de saúde e profissionais quanto a mudança do sistema de informação para o e-SUS.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	786
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ALMIR DE MATOS BRAGA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	788
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA

Recomendações

Ao DISAO e Gerência de Saúde Bucal para providências quanto à adequação das pias para lavagem exclusiva das mãos e materiais odontológicos. Para providências quanto à adequação do local.
Ao DISAO e setor de manutenção predial para diligências quanto à questão elencada.
À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá para providências e adequação da ocorrência.
Ao Departamento de Vigilância Sanitária - DVISA, DISAO setor de manutenção predial e direção da Policlínica Franco de Sá para diligências quanto às questões elencadas na evidência.
À DIATS e Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para análise e resolução.
Ao DIATS/DISAO providenciar manutenção do refrigerador e resolução.
À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá e DIATS/DISAO para verificação das pendências elencadas na evidência.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal providenciar suporte para o dispositivo do material pérfuro-cortante.
Ao Departamento de Logística (DELOG) para: -Efetivação de controle/fiscalização dos insumos e/ou medicamentos colocados à disposição dos usuários a fim de coibir o uso de produtos vencidos nas unidades de saúde SEMSA.
Ao Departamento de Redes de Atenção/Gerência de Odontologia e DIATS/DISAO para: Orientação aos distritos de saúde bem como às unidades de saúde quanto à efetivação de controle rigoroso dos estoques de insumos e/ou medicamentos visando assim à oferta deste dentro dos padrões de conformidades exigidos.
Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que promova a atualização no CNES no tocante ao registro correto do nome da servidora em questão.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DISAO para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma. Para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma.

Encaminhamentos

Ao DISAO e Gerência de Saúde Bucal para providências quanto à adequação das pias para lavagem exclusiva das mãos e materiais odontológicos. Para providências quanto à adequação do local.
Ao DISAO e setor de manutenção predial para diligências quanto à questão elencada.
À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá para providências e adequação da ocorrência.
Ao Departamento de Vigilância Sanitária - DVISA, DISAO setor de manutenção predial e direção da Policlínica Franco de Sá para diligências quanto às questões elencadas na evidência.
À DIATS e Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para análise e resolução.
Ao DIATS/DISAO providenciar manutenção do refrigerador e resolução.
À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá e DIATS/DISAO para verificação das pendências elencadas na evidência.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal providenciar suporte para o dispositivo do material pérfuro-cortante.
Ao Departamento de Logística (DELOG) para: -Efetivação de controle/fiscalização dos insumos e/ou medicamentos colocados à disposição dos usuários a fim de coibir o uso de produtos vencidos nas unidades de saúde SEMSA.
Ao Departamento de Redes de Atenção/Gerência de Odontologia e DIATS/DISAO para: Orientação aos distritos de saúde bem como às unidades de saúde quanto à efetivação de controle rigoroso dos estoques de insumos e/ou medicamentos visando assim à oferta deste dentro dos padrões de conformidades exigidos.
Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que promova a atualização no CNES no tocante ao registro correto do nome da servidora em questão.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DISAO para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma. Para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma.

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	789
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

LAERTE CARLOS MONTEIRO MAUES

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	790
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	791
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	792
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR ANTONIO REIS, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

POLI DR ANTONIO REIS

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	793
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Em Andamento

Unidade(s) auditada(s):

POLICLÍNICA DR JOSÉ ANTONIO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia Gerência de Gestão do Trabalho e ao DISA Norte para: Definição quanto a realização ou não de atividades coletivas/grupos nas escolas. Desenvolver ações de controle e avaliação da produção que permitam a percepção de eventuais desvios de sua eficiência e efetividade oportunizando as correções necessárias. Promover adequação e o controle efetivo do ponto eletrônico.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia DISA Norte e Policlínica José Antonio da Silva para: Definição quanto a realização ou não de atividades coletivas/grupos nas escolas. Orientação aos profissionais/membros da equipe de saúde bucal (Policlínica José Antônio da Silva) quanto à necessidade de tramitação do prontuário em conjunto com o odontograma no momento da consulta dos pacientes visto que a prática ora aplicada na Unidade não se coaduna com a ordenação estabelecida na RDC 063/11.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal Departamento de Infraestrutura DISA Norte para: Promover estudo de viabilidade quanto a adequação do consultório odontológico da policlínica José Antonio da Silva às normas de biossegurança conforme a RDC 050 e NR 032 incluindo a retirada da ilha e demais ajustes necessários evitando transtornos futuros à SEMSA.
À Policlínica Antônio da Silva para: Providênciar a limpeza da lixeira e cadeado para o compartimento de lixo hospitalar a fim de manter o local seguro com vistas ao resguardo da segurança e da saúde dos usuários bem como dos profissionais de saúde.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e Departamento de Logistica para: Conhecimento e vigilância quanto aos prazos de validade dos produtos enviados às unidades bem como aos pedidos realizados pelos profissionais evitando assim estoque de insumos nos consultórios.
Ao Departamento de Atenção Primária Departamento de Administração e Infraestrutura Departamento de Logistica e DISA Norte para: Realizar estudo de viabilidade de novo projeto arquitetônico para o ambiente de odontologia. Atualização do CNES no tocante a quantidade de equipos existentes na policlínica. Adequação do quantitativo de equipamentos odontológicos para quatro equipos. Promover o tombamento dos equipamentos da policlínica de maneira permanente a fim de facilitar a identificação dos bens móveis pertencentes ao patrimônio da SEMSA. Solicitar junto a empresa que realiza serviços de manutenção agilidade na devolução dos equipamentos retirados para conserto.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	793
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR JOSÉ ANTONIO DA SILVA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

POLICLÍNICA DR JOSÉ ANTONIO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária, Departamento de Administração e Infraestrutura Departamento de Logistica e DISA Norte para: Realizar estudo de viabilidade de novo projeto arquitetônico para o ambiente de odontologia. Atualização do CNES no tocante a quantidade de equipos existentes na policlínica. Adequação do quantitativo de equipamentos odontológicos para quatro equipos. Promover o tombamento dos equipamentos da policlínica de maneira permanente a fim de facilitar a identificação dos bens móveis pertencentes ao patrimônio da SEMSA. Solicitar junto a empresa que realiza serviços de manutenção agilidade na devolução dos equipamentos retirados para conserto.
Ao DISA Norte para: Atualização do CNES da Unidade com inclusão do nome da servidora Adriana Ivone de Araújo Laborda-auxiliar de saúde bucal bem como do segundo vínculo do odontólogo Armando Enrique Alegria Chacon.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	795
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI CASTELO BRANCO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

POLICLÍNICA CASTELO BRANCO

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária (DAP) e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde implem entando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios da policlínica em referência bem como viabilizem a ressolutividade dos problemas citados acima (piso/paredes/suporte do deskarpack).
Ao Departamento Atenção Primaria (DAP) /Gerência de Odontologia: Para dar conhecimento ao Núcleo de Manutenção dos Equipamentos Hospitalares (NUMEH) bem como aos fiscais do contrato firmado entre a SEMSA e a empresa Acadêmica da situação relacionada às canetas afim de que a contratada atenda com mais rapidez as manutenções destes instrumentais evitando assim prejuízo ao serviço ofertado. Para que viabilize através do setor competente a substituição dos materiais acima citados bem como promovam os ajustes necessários às situações apontadas em destaque a fim de que a Policlínica Castelo Branco proporcione uma melhor condição de trabalho aos profissionais e uma assistência de qualidade aos usuários.
À Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul: Dê conhecimento ao DELOG das situações de falta de materiais acima apontadas visando assim o abastecimento adequado a execução do serviço de odontologia. Para que promovam os ajustes necessários na programação das ações de odontologia da Policlínica Castelo Branco afim de evitar uma análise irreal de baixa produção em determinados procedimentos como também verificar o motivo pelo qual a evidenciação de placa bacteriana apresenta um quantitativo mínimo de procedimentos Já que esta ação é de grande importância na promoção da saúde bucal.
Verifiquem as situações apontadas com destaque para as ações de escovação que em razão da falta de escovodromo é realizado individualmente no consultório bem como os motivos que levam a grande demanda oriunda do bairro da União aos serviços de odontologia da policlínica uma vez que este bairro possui uma unidade de saúde com oferta deste serviço.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	797
Finalidade da auditoria:	Auditoria para avaliar o funcionamento do Sistema de Ponto Eletrônico da SEMSA na UBS Balbina Mestrinho.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

SPA BALBINA MESTRINHO

Recomendações

Ao Diretor da USA em questão para conhecimento e apresentação de justificativas quanto às irregularidades apresentadas.
Ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde para verificação da irregularidade apresentada e tomada de providências legais.
Ao DISA Norte para conhecimento e manifestação quanto à impontualidade dos servidores da unidade de saúde. e ainda apresentar a esta auditoria no prazo de 01 mês do recebimento deste relatório medidas adotadas para redução dos índices de atrasos e saídas antecipadas ao serviço bem como cadastrar 100% dos servidores no ponto eletrônico instrumento oficial de registro de entrada e saída dos profissionais.
Para conhecimento e promoção quanto à regularização da situação evidenciada devendo apresentar no prazo de 30 dias após o recebimento do presente relatório as providências efetivas em relação ao saneamento da inconformidade apontada.
Ao DISA Norte para conhecimento da inconformidade e regularização da situação elencada devendo apresentar no prazo de 30 dias a contar da data do recebimento deste relatório providências efetivas para regularização da situação acima exposta.
1. Atualizar o SCNES da referida unidade de saúde (cadastrar e excluir profissionais).
2. Remeter resposta a esta Auditoria das providências tomadas no prazo de 30 dias após o recebimento do relatório de auditoria.
Para conhecimento da diretora da USA referente a situação apontada a fim de apresentação de justificativas quanto às irregularidades apresentadas.
À direção da unidade de saúde para conhecimento e apresentação de justificativas quanto à situação apresentada.
Ao Distrito de Saúde Norte para conhecimento e apresentação de justificativas referente a não apresentação das faltas no mapa mensal de frequência conforme demonstrado no ponto eletrônico.
Para diretora da USA em questão a fim de implementar medida educativa (ordem de serviço) visando orientar os servidores sobre a importância de utilizarem o ponto eletrônico para registro de suas jornadas de trabalho.
Para diretora da USA Balbina Mestrinho para implementação de procedimento operacional padrão que defina o processo de trabalho no acolhimento do usuário desde a recepção até o encaminhamento final dado pela unidade de saúde.

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	798
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	799
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	800
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

LIFE & SAÚDE - R M NEVES ASSISTÊNCIA MEDICA E ODONTOLÓGICA EIRELI

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	801
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	802
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	803
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ODONTO VIP - ANTONIA OCICLEIDE ARAÚJO VIEIRA - ME

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	804
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	805
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	806
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	807
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Entrar em contato com a Contratada para que a mesma providencie as assinaturas necessárias para cumprimento da Portaria nº 880/2014-GABIN/SEMSA.

Encaminhamentos

Gerência de Liquidação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	808
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

FAVIANE CAUPER VIANA VASCONCELOS

Recomendações

Processo Conforme.

Encaminhamentos

Gerência de Controle e Avaliação.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	809
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA

Recomendações

Em conformidade com o contrato

Encaminhamentos

DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	810
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOÃO LUIS RIBEIRO MENDONÇA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CEO OESTE PROF JOÃO LUIS RIBEIRO MENDONÇA

Recomendações

Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios do CEO Oeste, bem como viabilizem a resolutividade dos problemas citados (teto, rede elétrica, troca de florescentes, suporte do deskarpack e instalação de exaustor).
A Direção do DISA Oeste para: Conhecimento da situação a fim de que verifique a possibilidade de adquirir equipamentos de proteção individual para o servidor responsável pela coleta do lixo das UBSF, como também verifique junto a Subsecretaria de Assistência em Saúde (SUBGS) a viabilidade de recolhimento do lixo hospitalar pela empresa competente duas vezes na semana em razão da grande quantidade de resíduos abrigados.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal para: Dar conhecimento ao DELOG das situações de falta de materiais apontadas, visando assim o abastecimento adequado a execução do serviço de odontologia.
Verificar a possibilidade junto aos especialistas da ampliação do quantitativo de consultas. Dessa maneira maiores oportunidades seriam oferecidas aos pacientes que necessitassem dos serviços de prótese e endodontia.
Que solicite ao Departamento de Logística-DELOG, maior atenção quanto o abastecimento dos insumos odontológicos do CEO Oeste com vistas a evitar ou diminuir a realização do serviço prestado como também certifique a contratada da importância da manutenção dos equipamentos odontológicos em tempo hábil a fim de que o CEO Oeste execute suas ações atingindo a meta que lhe é pactuada.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal-GESAB para: Dar conhecimento a empresa terceirizada e divisão de contratos da situação apontada a fim de que providências sejam tomadas no sentido de reposição das peças aos equipamentos danificados para que não haja prejuízo na prestação dos serviços odontológicos.
A direção do CEO Oeste para: Conhecimento da situação mencionada afim de que promova as correções devidas no cadastro do Centro de Especialidades odontológicas-CEO Oeste.
Em conformidade.

Encaminhamentos

Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios do CEO Oeste, bem como viabilizem a resolutividade dos problemas citados (teto, rede elétrica, troca de florescentes, suporte do deskarpack e instalação de exaustor).
A Direção do DISA Oeste para: Conhecimento da situação a fim de que verifique a possibilidade de adquirir equipamentos de proteção individual para o servidor responsável pela coleta do lixo das UBSF, como também verifique junto a Subsecretaria de Assistência em Saúde (SUBGS) a viabilidade de recolhimento do lixo hospitalar pela empresa competente duas vezes na semana em razão da grande quantidade de resíduos abrigados.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal para: Dar conhecimento ao DELOG das situações de falta de materiais apontadas, visando assim o abastecimento adequado a execução do serviço de odontologia.
Verificar a possibilidade junto aos especialistas da ampliação do quantitativo de consultas. Dessa maneira maiores oportunidades seriam oferecidas aos pacientes que necessitassem dos serviços de prótese e endodontia.
Que solicite ao Departamento de Logística-DELOG, maior atenção quanto o abastecimento dos insumos odontológicos do CEO Oeste com vistas a evitar ou diminuir a realização do serviço prestado como também certifique a contratada da importância da manutenção dos equipamentos odontológicos em tempo hábil a fim de que o CEO Oeste execute suas ações atingindo a meta que lhe é pactuada.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal-GESAB para: Dar conhecimento a empresa terceirizada e divisão de contratos da situação apontada a fim de que providências sejam tomadas no sentido de reposição das peças aos equipamentos danificados para que não haja prejuízo na prestação dos serviços odontológicos.
A direção do CEO Oeste para: Conhecimento da situação mencionada afim de que promova as correções devidas no cadastro do Centro de Especialidades odontológicas-CEO Oeste.
Em conformidade.

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	811
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSÉ FORTUNATO DE OLIVEIRA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CEO SUL DR JOSÉ FORTUNATO DE OLIVEIRA

Recomendações

A direção do DISA Sul para: Observância das regras de acondicionamento adequado dos resíduos comum e infectados. Providenciar cadeado para a lixeira, limpeza da mesma, bem como da área externa e aquisição de lixeira de pedal tamanho médio para os consultórios odontológicos. Orientar a unidade de saúde quanto à utilização dos sacos brancos com o símbolo de advertência de lixo hospitalar.
Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios e suporte do deskarpack.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Gerência de Saúde Bucal para: Providências quanto à instalação dos compressores e a bomba à vácuo, a fim de evitar que os servidores tenham contato direto com os líquidos provenientes desse equipamento. Orientar aos fiscais do contrato a promoção de fiscalização e acompanhamento das manutenções corretivas dos equipamentos, a fim de verificar a razão do volume de equipamentos com avaria e maior agilização na realização do conserto dos mesmos.
Verificar junto à direção do CEO a necessidade de adequar o quantitativo de equipamentos dos consultórios em conformidade com o estabelecido na relação padrão da Gerencia de Saúde Bucal.
Conhecimento e discussão sobre o reordenamento do fluxo de referência assistencial.
Conhecimento e reordenação dos parâmetros de produtividade, a fim de atingir a ampliação da cobertura assistencial, conforme preconiza a Portaria nº 1464/2011 e as metas de produtividade SEMSA.
Ao Diretor do CEO Sul para : Promover atualização do CNES.
Ao Departamento de Logística - DELOG para: Efetivar controle/fiscalização dos insumos a fim de evitar o envio dos mesmos para as Unidades de Saúde com prazo de vencimento próximo da data de validade.
Em conformidade.

Encaminhamentos

A direção do DISA Sul para: Observância das regras de acondicionamento adequado dos resíduos comum e infectados. Providenciar cadeado para a lixeira, limpeza da mesma, bem como da área externa e aquisição de lixeira de pedal tamanho médio para os consultórios odontológicos. Orientar a unidade de saúde quanto à utilização dos sacos brancos com o símbolo de advertência de lixo hospitalar.
Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios e suporte do deskarpack.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Gerência de Saúde Bucal para: Providências quanto à instalação dos compressores e a bomba à vácuo, a fim de evitar que os servidores tenham contato direto com os líquidos provenientes desse equipamento. Orientar aos fiscais do contrato a promoção de fiscalização e acompanhamento das manutenções corretivas dos equipamentos, a fim de verificar a razão do volume de equipamentos com avaria e maior agilização na realização do conserto dos mesmos.
Verificar junto à direção do CEO a necessidade de adequar o quantitativo de equipamentos dos consultórios em conformidade com o estabelecido na relação padrão da Gerencia de Saúde Bucal.
Conhecimento e discussão sobre o reordenamento do fluxo de referência assistencial.
Conhecimento e reordenação dos parâmetros de produtividade, a fim de atingir a ampliação da cobertura assistencial, conforme preconiza a Portaria nº 1464/2011 e as metas de produtividade SEMSA.
Ao Diretor do CEO Sul para : Promover atualização do CNES.
Ao Departamento de Logística - DELOG para: Efetivar controle/fiscalização dos insumos a fim de evitar o envio dos mesmos para as Unidades de Saúde com prazo de vencimento próximo da data de validade.
Em conformidade.

GABIN/DAP/DELOG.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	812
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Em conformidade com a legislação pertinente.
Em conformidade com o valor limite para cada EAS.
Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	813
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com a legislação pertinente.
Em conformidade com o valor limite estabelecido.
Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	814
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 01.

Recomendações

À direção da UBSF S-01 para adequação à norma, em referência à pias separadas para lavagem das mãos e lavagem de material.
Ao Departamento de Atenção Primária -DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para providências referentes ao compressor odontológico.
Para adequação à norma referente instalação de pias do consultório odontológico com mecanismo de fechamento inadequado.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para adequação à norma armazenamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).
À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e Departamento de Logística (DELOG) para aplicação de ações corretivas quanto ao fornecimento parcial de insumos odontológicos.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DIATS/DISA Sul para: providenciar suporte para o dispositivo de material pérfuro-cortante.
À Gerência de Odontologia/SEMSA para:
Que em conjunto com a Divisão Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA verifiquem as situações apontadas a fim de promoverem as correções necessárias para realização das atividades do serviço de odontologia.
À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Leste) e Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para avaliação e aplicação de ações corretivas com a finalidade de sanar as inconsistências de registros de atendimentos odontológicos.
Em conformidade.

Encaminhamentos

À direção da UBSF S-01 para adequação à norma, em referência à pias separadas para lavagem das mãos e lavagem de material.
Ao Departamento de Atenção Primária -DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para providências referentes ao compressor odontológico.
Para adequação à norma referente instalação de pias do consultório odontológico com mecanismo de fechamento inadequado.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para adequação à norma armazenamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).
À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e Departamento de Logística (DELOG) para aplicação de ações corretivas quanto ao fornecimento parcial de insumos odontológicos.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DIATS/DISA Sul para: providenciar suporte para o dispositivo de material pérfuro-cortante.
À Gerência de Odontologia/SEMSA para:
Que em conjunto com a Divisão Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA verifiquem as situações apontadas a fim de promoverem as correções necessárias para realização das atividades do serviço de odontologia.
À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Leste) e Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para avaliação e aplicação de ações corretivas com a finalidade de sanar as inconsistências de registros de atendimentos odontológicos.
Em conformidade.

GABIN/DEAFIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	815
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.
Em conformidade com a legislação pertinente.
Em conformidade com o registro no CNES.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	816
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.
Em conformidade com o registro no CNES.
Em conformidade com a legislação pertinente.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	817
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SÁ.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CEO NORTE DR RUBIM SÁ

Recomendações

Ao Distrito de Saúde Norte para: Conhecimento e providências quanto à instalação de lixeira para residos comuns e verificar possibilidade do recolhimento dos resíduos recicláveis.
Ao Departamento de Administração e Infraestrutura para: Providenciar a identificação da lixeira hospitalar a fim de atender a legislação vigente.
A Gerência de Saúde Bucal e ao Departamento de Administração e Infraestrutura para: Que providenciem, junto à empresa responsável pela reforma do imóvel, as adequações que se fazem necessárias para o bom desempenho das atividades laborais no CEO Norte. Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, implementando as ações necessárias para corrigir as distorções estruturais e no processo de trabalho existentes no CEO Norte.
A Gerência de Saúde Bucal para: Dar conhecimento a empresa e Divisão de Contratos da situação apontada, para que providências sejam tomadas para a agilizar a reposição das peças dos equipamentos danificados a fim de evitar prejuízo na prestação dos serviços odontológicos. Ao Departamento Administração e Infraestrutura (Divisão de Manutenção) para: Conhecimento e providência da situação descrita.
A Direção do CEO Norte para: Promover adequação do processo de trabalho no expurgo, visando atender as normas de biossegurança vigentes.
A Gerência de Saúde Bucal e Distrito de Saúde Norte para: Dar conhecimento ao Departamento de Logística da situação apontada, visando assim o abastecimento adequado à execução do serviço de odontologia. Verificar a viabilidade de aumentar a oferta de vagas em endodontia no CEO Norte, visando atender a um maior número de usuários.
A Gerência de Saúde Bucal para: Conhecimento e providência sobre programação dos procedimentos odontológicos .
Em conformidade com o registro no CNES.

Encaminhamentos

GABIN/DEAFIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	818
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Apesar de não constarem em escala, os profissionais médicos anestesiologistas cumpriram a carga horário estabelecida no contrato.
Em conformidade com os registros apresentados.
Em conformidade com o registro no CNES.
Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	819
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com a legislação pertinente.
Em conformidade com o contrato.
Em conformidade com o registro no CNES.

Encaminhamentos

GABIN/ DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	820
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o registro no CNES.
Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	821
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ODONTOGYN - L F DOS SANTOS ODONTOGYN - ME.

Recomendações

Correção da descrição do tipo de estabelecimento item 2.6 da ficha nº 01.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	822
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

J GRAMINHO OLIVEIRA - ME

Recomendações

Em conformidade com o SCNES.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	823
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Aos Diretores das Policlinicas , Unidades Básicas de Saúde e Fiscais do Contrato para:
Promover maior controle interno do quantitativo de exames realizados mensalmente com a devida identificação dos usuários.

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	824
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICA OTORRINO CENTER MANAUS LTDA - ME.

Recomendações

Em conformidade com o SCNES.

Encaminhamentos

GABIN/ DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	825
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.
Em conformidade com a legislação.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	826
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com a legislação.
Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	827
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 24.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 24.

Recomendações

A direção do Disa Sul para:
Promover ajuste na programação de procedimentos a fim de que a equipe de saúde possa atender aos requisitos necessários.

Realizar estudo de viabilidadede de ampliação da unidade de saúde e apresentação de proposta à gestão.
Iniciar atendimento clínico assim que a reforma for concluída.
Ao Departamento de Atenção Primária, Disa Sul e Gerência de Saúde Bucal para:
Que promovam melhores instalações para acomodação dos servidores que encontram-se em condições de trabalho desfavoráveis instalados em situação precária condições de desenvolverem quaisquer tipo de atividade.

Encaminhamentos

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	828
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

POLICLÍNICA DR DJALMA BATISTA

Recomendações

1.Providenciar com urgência a reposição dos estoques dos insumos odontológicos.
2.Implantar uma política de gestão de estoques.

Orientar a diretora da Policlínica Djalma Batista a cobrar dos profissionais a quantidade de atendimentos/dia estabelecida na Portaria nº 1.101/GM.
Que se dê preferência ao atendimento especializado, uma vez que os procedimento básicos são desenvolvidos pelo PSF.
Providenciar instalação do suporte para o recipiente de descarte de pérfurocortantes de acordo com o estabelecido na NR 32.
Providências para adequar uma sala para a utilização do aparelho de raios x que esteja de acordo com os ditames da Portaria SVS/MS nº 453 e equipar a policlínica com toda a vestimenta plumbífera necessária para a proteção individual dos pacientes.
Providenciar a colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32.
1. a ação coletiva com finalidade epidemiológica deve voltar a ser realizado.
2.Conscientizar os cirurgiões dentistas acerca da importância da realização do mesmo.
1.Equipar as equipes odontológicas com peças semifaciais filtrantes com filtro P2 (PFF2).
2.Difundir entre todos os membros das equipes odontológicas o conceito de precauções universais que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B C ou D.

Providenciar a imunização dos odontólogos que ainda não estão devidamente vacinados.
1.Providenciar as barreiras impermeáveis e orientar os servidores acerca da necessidade do uso das mesmas.
2.Implantar políticas e executar projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho.

1.Providenciar com urgência a reposição dos estoques dos insumos odontológicos.
2.Implantar uma política de gestão de estoques.

Orientar a diretora da Policlínica Djalma Batista a cobrar dos profissionais a quantidade de atendimentos/dia estabelecida na Portaria nº 1.101/GM.
Que se dê preferência ao atendimento especializado, uma vez que os procedimento básicos são desenvolvidos pelo PSF.
Providenciar instalação do suporte para o recipiente de descarte de pérfurocortantes de acordo com o estabelecido na NR 32.
Providências para adequar uma sala para a utilização do aparelho de raios x que esteja de acordo com os ditames da Portaria SVS/MS nº 453 e equipar a policlínica com toda a vestimenta plumbífera necessária para a proteção individual dos pacientes.
Providenciar a colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32.
1. a ação coletiva com finalidade epidemiológica deve voltar a ser realizado.
2.Conscientizar os cirurgiões dentistas acerca da importância da realização do mesmo.
1.Equipar as equipes odontológicas com peças semifaciais filtrantes com filtro P2 (PFF2).
2.Difundir entre todos os membros das equipes odontológicas o conceito de precauções universais que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B C ou D.

Providenciar a imunização dos odontólogos que ainda não estão devidamente vacinados.
1.Providenciar as barreiras impermeáveis e orientar os servidores acerca da necessidade do uso das mesmas.
2.Implantar políticas e executar projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho.

Encaminhamentos

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	829
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	830
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS MORRO DA LIBERDADE.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para:
Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos no consultório da UBS em Morro da Liberdade.
Providenciar instalação de lavabo cirúrgico no consultório.
Ao Setor de Manutenção Predial e direção da UBS Morro da Liberdade para:
Providênciar a limpeza do reservatório de água.
Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para:
Providenciar instalação de suporte para o coletor de material pérfuro-cortante.
À direção da UBS Morro da Liberdade para:
Que promova a correção da inconformidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para:
Verificação e providências junto à empresa prestadora de serviços de manutenção para o resgate dos equipamentos odontológicos.
À direção da UBS Morro da Liberdade para:
Orientar a equipe que realiza a limpeza dos consultórios odontológicos quanto à correta utilização dos sacos de cor branca nas lixeiras para descarte de lixo contaminado.
Orientar a equipe de saúde bucal para que exerça o rigoroso controle dos prazos de validade dos insumos odontológicos.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA:
Para providenciar a identificação das lixeiras conforme a norma.
À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e Departamento de Logística (DELOG) para:
Providenciar os insumos solicitados pela unidade de forma a não prejudicar o atendimento.
À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e direção da UBS Morro da Liberdade para:
Avaliação e correção do processo de trabalho referente ao preenchimento das vagas de atendimento individual realizado pelos profissionais odontólogos principalmente da Estratégia Saúde da Família - ESF.
Promover maior controle das frequências e monitoramento da produção a fim de evitar as inconformidades.

Encaminhamentos

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	831
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO.

Recomendações

Ao Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para:
Que promova os reparos necessários em relação à iluminação paredes e persianas .

Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para:
Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos no consultório da UBS em referência.

Para estudo de viabilidade de instalação de pia exclusiva para higienização das mãos.
Que promova a adequação à RDC 50 em relação ao espaçamento recomendado a cadeira odontológica.
Que promova a limpeza externa e os reparos necessários em relação à lixeira para RSS às infiltrações e instalação elétrica.
Ao setor de Manutenção Predial e direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para:
Providenciar o registro de limpeza do reservatório de água da UBS em questão deixando uma cópia neste estabelecimento de saúde.

Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para:
Providenciar suporte para o dispositivo do material pérfuro-cortante.
À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho e Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para:
Promover os reparos necessários para o refrigerador do consultório odontológico.
À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para:
Verificação e providências junto à empresa prestadora de serviço de manutenção para o resgate dos equipamentos.
À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para:
Orientar a equipe que realiza a limpeza do consultório odontológico quanto à correta utilização dos sacos de cor branca nas lixeiras conforme a necessidade.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infra-estrutura da SEMSA:
Para providências quanto à correta identificação das lixeiras.
Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que:
Promova a atualização de profissionais no CNES .

Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que:
Promova ações corretivas para sanear o problema quando do lançamento de registro de dados na série histórica da UBS em Bianca Aguiar de Carvalho.

À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para:
Que promova o resgate do compressor odontológico.
À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para:
Que promova a execução da recomendação contida no manual em referência (aparelho de ar condicionado) durante o funcionamento da unidade de saúde em virtude da temperatura local.

Encaminhamentos

GABIN/GEINF/DAP/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	832
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 43.

Recomendações

Ao DISA Sul e DELOG para:
Monitoramento dos insumos a fim de que não haja paralisação dos serviços na unidade de saúde causando, em consequência, descontinuidade dos serviços em prejuízo aos usuários. Solução do abastecimento de água fazendo valer o que preconiza a fundamentação do projeto básico pág.95 referente as vantagens de infra-estrutura na adoção do modelo Parceria Público Privada - PPP.

Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul e fiscais do contrato para:
Conhecimento e providências quanto ao monitoramento das ações realizadas pelos profissionais odontólogos.

Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul para:
Conhecimento e providências quanto a possibilidade de substituição da escola haja vista a mesma possuir em suas instalações um consultório odontológico com profissional dentista atuando, bem como o monitoramento através do Disa Sul das ações executadas pela unidade de saúde a fim de que sejam cumpridos os objetivos específicos do programa saúde na escola.
Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Gerência de Saúde Bucal DISA Sul e fiscais do contrato para:
Resolução do conserto do equipamento avariado fotopolimerizador junto a assistência técnica bem como providencias quanto ao aumento do quantitativo das canetas de alta rotação conforme determina o anexo II do projeto básico pág.135 cuja situação compromete o atendimento dos usuários pois a unidade dispõe apenas de 03 (três) canetas para utilização de três dentistas e manutenção do ar condicionado split.

Ao DISA Sul e Gerência de Saúde Bucal para:
Providências quanto a viabilidade de instalação do escovódromo a fim de subsidiar o procedimento ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Em conformidade com os registros em CNES.

Encaminhamentos

GABIN/DELOG/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	833
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.
Em conformidade com a legislação pertinente.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	834
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.
Em conformidade com a legislação pertinente.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	835
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

FISIOHOSP - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR LTDA - ME

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	836
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA

Recomendações

1. Providenciar as barreiras impermeáveis e orientar os servidores acerca da necessidade do uso das mesmas.
2. Implantar políticas e executar projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho.

Providenciar a colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32.
1. O exame deve voltar a ser realizado a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.
2. Conscientizar os cirurgiões dentistas acerca da importância da realização do mesmo.
3. Analisar as informações recebidas e tomar as decisões que se fizerem necessárias.

Providenciar a constante manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos e que a manutenção corretiva dos mesmos seja realizada no menor tempo possível a fim de se evitar longas paradas e o consequente prejuízo à continuidade dos serviços.
Orientar a diretora da unidade básica de saúde a cobrar dos profissionais a quantidade de atendimentos estabelecida na Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2012.
1. Equipar as equipes odontológicas com peças semifaciais filtrantes com filtro P2 (PFF2).
2 Implantar uma comissão de biossegurança com o intuito de:
i. Analisar riscos a que as equipes odontológicas estão constantemente expostas em suas atividades e ambientes de trabalho.
ii. Reduzir o número de microrganismos patogênicos encontrados no ambiente de trabalho.
iii. Reduzir o risco de contaminação cruzada no ambiente de trabalho.
iv. Proteger a saúde dos pacientes e das equipes odontológicas.
v. Conscientizar as equipes odontológicas da importância de aplicar as técnicas adequadas de controle de infecção.
vi. Difundir entre todos os membros das equipes odontológicas o conceito de precauções universais que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B, C ou D.

Providências para adequar uma sala para a utilização do aparelho de raios-x que esteja de acordo com os ditames da Portaria SVS/MS nº 453 e equipar a unidade básica de saúde com toda a vestimenta plumbífera necessária para a proteção individual dos pacientes.
Providenciar o suporte para o recipiente para material perfurocortante de acordo com o estabelecido na NR 32.

Encaminhamentos

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	837
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CAN RIBEIRO JUNIOR - ME.

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	838
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 25.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária e Gerência de Saúde Bucal para:
Que promovam melhores instalações para acomodação dos servidores que encontram-se em condições de trabalho desfavoráveis, instalados em situação precária em uma única sala da Escola Safira Barbosa sem as mínimas condições de desenvolverem quaisquer tipo de atividades.

Que a UBSF S-25 realize a ativação do gabinete odontológico tão logo seja finalizada a reforma da UBS Frank Calderón.
Que a UBSF S-25 apresente produtividade condizente com o pactuado tão logo seja finalizada a reforma da unidade de saúde.
À diretora do DISA Sul para:
Apresentação de justificativas sobre a ocupação da estrutura da UBSF S-25 por moradores e se haverá construção de nova unidade de saúde para alocar os servidores da referida UBS.

À gerência de engenharia para apresentar:
a.Percentual da obra realizada
b.Previsão de conclusão da obra
c.Justificativa porquê a obra não foi entregue no prazo

Encaminhamentos

GABIN.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	839
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ALENCAR E RIBEIRO LTDA - ME

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	840
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

PESSOA E CELLONI SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA - ME

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	841
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA

Recomendações

Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.
Ao sr. diretor da Maternidade Dr. Moura Tapajoz:
Embora não se encontra legislação em desfavor da evidência, chamamos a atenção para o cumprimento de jornadas de plantões pelos anestesiologistas acima de 12hs diárias ininterruptas uma vez que a qualidade do serviço pode ficar comprometida pela exaustão física e mental do profissional que se submete a este tipo de prática. por outro lado podendo colocar em risco a saúde e a vida dos usuários recepcionados por tais profissionais.
Em conformidade com a legislação pertinente.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	842
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com a legislação pertinente.
Solicitação de pagamento em conformidade com os registros. Que dê-se sequência ao processo de pagamento.
Em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	843
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 21.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ À Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul entre em contato com Departamento de Administração e Infraestrutura-DAI/SEMSA para:
Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde implementando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios, bem ainda viabilizem a substituição do ar condicionado que se encontra queimado como também os reparos acima citados para que os servidores desempenhem suas funções dentro de condições adequadas.

À Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul para:
Verificar junto a Subsecretaria de Assistência a possibilidade de incluir a UBSF S-21 na lista de unidades a serem ampliadas a fim de que esta unidade possa desenvolver todas as suas ações de saúde em sua própria estrutura com condições dignas aos servidores e usuários.

Para conhecimento da situação evidenciada uma vez que a UBSF S-21 não possui local, equipamentos e materiais próprios para realização das ações de odontologia, utilizando o da UBS Lúcio Flavio. No entanto, consta no CNES dessa UBSF um consultório odontológico.
À Divisão Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para:
Que oriente as unidades quanto à efetivação de controle rigoroso dos estoques de insumos e/ou medicamentos visando assim à oferta deste dentro dos padrões de conformidades exigidos.
Em virtude de se promover a segurança à saúde da população das proximidades, recomenda-se a permanência dos coletore de resíduos nas dependências da UBS para a retirada do lixo.
Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.
Registros em folha de frequência da equipe odontológica da UBS S-21 em conformidade.
À chefia de odontologia do DISA Sul para:
Promover os ajustes que se fazem necessários no cadastro da UBSF S-21 em relação aos profissionais de odontologia.
À Gerência de Saúde Bucal-GESAB para: que junto com a Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) verifiquem as situações apontadas visando às correções necessárias com destaque para as ações do PSE Saúde Bucal.
Conhecimento da situação apontada a fim de solicitar manifestação da equipe de saúde bucal da UBSF S-21 sobre o baixo atendimento, tomando-se como parâmetro a Portaria MS nº 1.101, para promover os ajustes necessários.
Que junto ao Departamento de Informação, Controle Avaliação e Regulação-DICAR e a odontóloga da unidade em referência, fiquem atentos quanto aos lançamentos de dados no sistema e-SUS a fim de evitar ausência de produção nos procedimentos realizados, como também promovam o aumento da produtividade uma vez que dos três procedimentos apresentados dois demonstram 1% de produção.

Encaminhamentos

GABIN/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	844
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Aos Fiscais do Contato para:
Cobrar junto a contratada o cumprimento do prazo na remessa dos laudos conforme estabelecido no Projeto Básico item 6 - DAS OBRIGAÇÕES.
Registros em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.
Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	845
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CARDIOBABY - CLINICA DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA LTDA - ME.

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	846
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com a legislação pertinente.
Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	847
Finalidade da auditoria:	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

MARIA LEDICLEDE SILVA LIMA.

Recomendações

Dados informados em ficha cadastral em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	848
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS PETRÓPOLIS.

Recomendações

À diretora da UBS Petrópolis para:
Verificar junto ao DISA Sul a programação de procedimentos que se encontram com índice de produtividade (IP) acima de 100% e aqueles que se encontram com IP abaixo de 80% a fim de ajustar a programação, haja vista que atualmente o parâmetro estabelecido pelo Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação considera NORMAL o IP entre 80 a 100%.
Ao DISA Sul e DELOG para:
Monitoramento do quantitativo dos insumos a fim de que não haja descontinuidade dos serviços na unidade de saúde.

Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e direção da UBS Petrópolis para:
1. Providenciar aquisição de lixeiras de pedal sacos de lixo branco com simbologia de infectante e suporte para o descarpack além de orientar a equipe de saúde bucal quanto aos riscos de contaminação cruzada devido ao lixo exposto nos consultórios.
2. Orientar os auxiliares do consultório odontológico a realizarem a retirada dos alimentos do frigobar que deve conter apenas os insumos odontológicos.
Ao DISA Sul e diretora da unidade de saúde para:
Providenciar a limpeza e manutenção da estrutura limpeza interna da unidade remoção dos móveis e equipamentos em desuso a fim de assegurar um ambiente adequado aos profissionais e usuários.
1. Ao DISA Sul e gerência de saúde bucal para providências quanto a viabilidade de reformas dos consultórios em conformidade com os padrões das legislações pertinentes à matéria que de acordo com as normas de vigilância sanitária os consultórios odontológicos devem possuir bancadas separadas para lavagem das mãos e lavagem de instrumentais; Adoção de medidas para aumento do quantitativo de equipamentos canetas e aparelho de profilaxia
2. Aos cirurgiões-dentistas e técnicos de saúde bucal para que controlem com o maior rigor as infecções cruzadas a fim de não colocarem em risco a saúde própria e dos seus pacientes.

Ao Departamento de Atenção Primária / Gerência de Saúde Bucal DISA Sul para:
Resolução do conserto e devolução dos equipamentos avariados junto a assistência técnica bem como providências quanto ao aumento do quantitativo das canetas de baixa e alta rotação, cuja situação compromete a qualidade do atendimento dos usuários pois a unidade dispõe apenas de 02 (duas) canetas para utilização por quatro dentistas e um fotopolimerizador para cada consultório sendo necessário o aumento das ponteiras para substituição durante os atendimentos.
Ao DISA Sul e direção da UBS Petrópolis para:
1.Providenciar atualização do CNES.
2.Solicitar ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde a lotação nesta unidade da servidora Katyane Saraiva de Oliveira (Auxiliar de Saúde Bucal) haja vista que a referida apresentou interesse em se manter nesta unidade de saúde prestando serviço no consultório odontológico.

Encaminhamentos

GABIN/DELOG/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	849
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.
Registros em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.
Em conformidade com a legislação pertinente.

Encaminhamentos

GABIN/DIVISÃO DE LIQUIDAÇÃO.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	841
Finalidade da auditoria:	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 41.

Recomendações

Ao Setor de Manutenção Predial para:
Realizar a limpeza do reservatório de água e conceder cópia de ordem de serviço para posse da UBS conforme RDC 63.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para:
Justificar a diminuição da oferta de atendimento odontológico na área da UBS Lourenço Borghi.

Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que:
Promova a atualização no CNES no tocante ao registro de profissionais em conformidade com o CBO.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para:
Implementar estratégias com a finalidade de contemplar o atendimento odontológico à população das áreas das UBS S-41, UBS S-33 e UBS Lourenço Borghi.
À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para:
Solicitar evidências da inscrição de profissional de Odontologia em Conselho Regional de Odontologia - CRO.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR/DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	851
Finalidade da auditoria:	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS VICENTE PALLOTTI.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul : Providenciar a reforma, adaptação, fornecimento de equipamentos e instrumental e funcionamento/abertura do consultório odontológico para atendimento ao público.
Ao DISA Sul e diretora da unidade de saúde: Providenciar a instalação de aparelhos de ar-condicionado para as salas de espera ou ventiladores, bem como a transferência do consultório de enfermagem para o térreo com vistas a atender os critérios de humanização e bom fluxo interno.
Ao Departamento de Atenção Primária / Gerência de Saúde Bucal, DISA Sul: Providenciar reforma na estrutura física do consultório odontológico, adaptando-o, segundo as orientações técnicas da RDC 050/ANVISA, a fim de colocá-lo em funcionamento; Solicitar a devolução imediata dos equipamentos que foram levados para conserto.
Resolução do conserto e devolução dos equipamentos avariados, Adequar as instalações para o compressor odontológico, cujo local deve garantir a segurança do equipamento e proteção contra intempéries; Providenciar instalação do equipo odontológico; Fazer levantamento das necessidades de equipamentos e instrumental para o consultório; Providenciar substituição do ar-condicionado por outro de maior capacidade.
Ao DISA Sul e direção da UBS Vicente Palotti para: Providenciar atualização do CNES.

Encaminhamentos

GABIN E DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	852
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/GELIC.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	853
Finalidade da auditoria:	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

COMPORTE-SE (Clínica de Psicologia LTDA - ME).

Recomendações

Em conformidade com as Fichas - FCES.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	855
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	857
Finalidade da auditoria:	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS S 05.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária para:
- Que em conjunto com o DISA Sul promova a atualização das informações contidas no CNES, no tocante às evidências relatadas na constatação.
- Que em conjunto com o DISA Sul oriente a equipe odontológica da UBS quanto ao número de consultas odontológicas/dia a serem efetivamente realizadas, com vista cumprir a legislação vigente e ainda aumentar a oferta de consultas odontológicas aos usuários da região. - Verificar a necessidade de manutenção do quantitativo atual de odontólogos na unidade (3), uma vez que, verifica-se um baixo número de consultas e procedimentos realizados diariamente.
- Que em conjunto com a Divisão de Atenção a Saúde/DISA Sul reveja a forma de agendamento e processos de trabalho adotados pela odontóloga 20h do período matutino, a fim de favorecer o atendimento aos usuários do SUS.
- Que em conjunto com o DISA Sul e os Fiscais do contrato promova maior atenção quanto ao acompanhamento da manutenção dos equipamentos odontológicos.
- Que em conjunto com o DELOG promova a efetivação de controle/fiscalização dos insumos e/ou medicamentos enviados à unidade de saúde - Que em conjunto com o DISA Sul promova orientação à equipe odontológica quanto a importância de um controle de estoque efetivo.
Que em conjunto com Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, implementando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios odontológicos, instalação de suporte para o recipiente de descarte de material pérfurocortante, bem ainda como a identificação de pia exclusiva para higienização das mãos e outra para lavagem de materiais e substituição do ralo existente por ralo escamoteável (com grelhas que se fecham).
- Que em conjunto com os fiscais do contrato da PPP encontrem uma solução definitiva para a rachadura existente na bancada do consultório II, uma vez que tal situação perdura desde a instalação da mesma.
- Que em conjunto com o Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI e DISA Sul tomem conhecimento e dêem providências a situação apontada.
- Que em conjunto com o Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI providenciem o reparo imediato de lixeira comum e hospitalar de acordo com as normas estabelecidas pela NR 32-MT, RDC 306 e RDC 50 com destaque para o adequado armazenamento dos resíduos de serviços de saúde, visando assim o resguardo da segurança e da saúde dos usuários e profissionais da UBS S-05.
Conforme.

Encaminhamentos

GABIN E DAP..

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	858
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.
Aos Diretores dos EAS para: Implementação de ações corretivas visando a fidedignidade de registros de execução de exames de ECG.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	859
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA .

Recomendações

Em conformidade com o contrato.
À Divisão de Contratos - DCONT para que solicite da contratada justificativa quanto à ausência de um anestesiologista no plantão diurno do dia 07.08.2015.

Encaminhamentos

GABIN/GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	860
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	861
Finalidade da auditoria:	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	862
Finalidade da auditoria:	Auditoria no serviço de odontologia da UBS Japiim
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS JAPIIM

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia para: 1. Providenciar a instalação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32; 2. Providenciar a instalação de suporte para o coletor de perfuro cortante; 3. Providenciar dedetização eficaz nos consultórios odontológicos.
Ao Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia para: Providenciar, junto aos departamentos responsáveis, o fechamento da caixa de esgoto e ainda o reparo do cano estourado, a fim de preservar a saúde de usuários e servidores da UBS Japiim.
Ao Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia para: 1-Orientar seus servidores sobre a importância do correto acondicionamento dos resíduos de serviços de saúde; 2-Fazer a necessária sinalização nas lixeiras hospitalar e comum; 3-Não colocar sacos de lixo comum na lixeira hospitalar e nem sacos de lixo hospitalar na lixeira comum; 4-Realizar a lavagem periódica da lixeira; 5-Elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
Ao Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia para: 1-Obter justificativas individuais dos odontólogos da UBS Japiim sobre os motivos pelos quais deixaram de atender os pacientes em no mínimo 46 dias do período em analise (fevereiro a maio/2015); 2-Orientar os servidores que o quantitativo de 3 pacientes/hora, estabelecido na Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2012, deve ser observado; 3-Monitorar periodicamente o desempenho da equipe odontológica a fim de verificar se houve mudanças no atendimento prestado à população; 4-Verificar a real necessidade de se manter 4 odontólogos na UBS Japiim e se necessário remanejar servidores a fim de obter um melhor aproveitamento desses profissionais.

Encaminhamentos

GABIN E DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	863
Finalidade da auditoria:	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ODONTOVIDA .

Recomendações

Em conformidade com as Fichas - FCES.

Encaminhamentos

GABIN/DICAR

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	864
Finalidade da auditoria:	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UROMED SERVIÇOS MÉDICOS

Recomendações

Em conformidade com as Fichas - FCES.

Encaminhamentos

GABIN/ DICAR.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	865
Finalidade da auditoria:	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

UBS ALMIR PEDREIRA.

Recomendações

Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL: Oriente a equipe de Saúde Bucal, para que exerça o rigoroso controle dos prazos de validades dos insumos odontológicos a fim de não causar danos à saúde dos usuários.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia e Disa-Sul e a Direção da UBS Almir Pedreira: Para que providenciem os ajustes necessários no cadastro da Unidade Almir Pedreira.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA para: Verificar a situação apontada em relação aos dias de atendimento das odontologas uma vez que não obedece o quantitativo estipulado pela Portaria N.° 1101 de 12 de junho de 2002, bem como a existência de um único consultório para duas odontologas no turno vespertino que contribui para o fracionamento de horário e consequentemente dos dias trabalhados. Verificar a possibilidade de relotação de uma Cirurgiã Dentista em outra unidade.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL, promovam os ajustes necessários para um melhor aproveitamento da equipe odontológica, remanejando um profissional pra outra unidade, se assim for conveniente à administração SEMSA.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA para: que deem conhecimento ao atual diretor da unidade da situação apontada a fim de que promovam os ajustes necessários de maneira a tornar a equipe odontológica parte integrante da UBS em referencia.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para: Conhecimento da situação apontada a fim de que verifique a possibilidade de Construção do abrigo de resíduos sólidos no local.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA: Para Que junto com a direção da unidade e equipe odontológica promovam os ajustes necessários na programação das ações de odontologia da UBS Almir Pedreira de acordo com o número de profissionais existentes.
Conforme.

Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL: Oriente a equipe de Saúde Bucal, para que exerça o rigoroso controle dos prazos de validades dos insumos odontológicos a fim de não causar danos à saúde dos usuários.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia e Disa-Sul e a Direção da UBS Almir Pedreira: Para que providenciem os ajustes necessários no cadastro da Unidade Almir Pedreira.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA para: Verificar a situação apontada em relação aos dias de atendimento das odontologas uma vez que não obedece o quantitativo estipulado pela Portaria N.º 1101 de 12 de junho de 2002, bem como a existência de um único consultório para duas odontologas no turno vespertino que contribui para o fracionamento de horário e consequentemente dos dias trabalhados. Verificar a possibilidade de relotação de uma Cirurgiã Dentista em outra unidade.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL, promovam os ajustes necessários para um melhor aproveitamento da equipe odontológica, remanejando um profissional pra outra unidade, se assim for conveniente à administração SEMSA.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA para: que deem conhecimento ao atual diretor da unidade da situação apontada a fim de que promovam os ajustes necessários de maneira a tornar a equipe odontológica parte integrante da UBS em referencia.
Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para: Conhecimento da situação apontada a fim de que verifique a possibilidade de Construção do abrigo de resíduos sólidos no local.
Ao Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA: Para Que junto com a direção da unidade e equipe odontológica promovam os ajustes necessários na programação das ações de odontologia da UBS Almir Pedreira de acordo com o número de profissionais existentes.
Conforme.

Encaminhamentos

GABIN E DAP.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	867
Finalidade da auditoria:	Verificar a regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	868
Finalidade da auditoria:	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	869
Finalidade da auditoria:	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

NORTE IMAGEM LTDA

Recomendações

Em conformidade com o contrato

Encaminhamentos

GABIN/GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	871
Finalidade da auditoria:	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	MANAUS
Demandante:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Órgão responsável pela auditoria:	AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS
SISAUD/SUS:	Sim
Nº da auditoria:	872
Finalidade da auditoria:	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

CLINICOR - CLINICA CARDIOLÓGICA DE MANAUS LTDA.

Recomendações

Em conformidade com o contrato.

Encaminhamentos

GABIN/ GELIQ.

11. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

11.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Relatório de Gestão (RG) 2015 apresenta os demonstrativos dos indicadores financeiros e da utilização dos recursos orçamentários, os resultados dos indicadores (SISPACTO) e os resultados da Programação Anual de Saúde (PAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA/Manaus).
A PAS contempla as diretrizes, objetivos e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, alinhada à Programação Orçamentária do exercício 2015.
O planejamento estratégico, realizado em 2013, na SEMSA/Manaus, direcionou a atuação da Secretaria no sentido de reduzir a morbimortalidade materno infantil; a morbimortalidade por câncer de colo do útero e mama; a mortalidade por causas externas; a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e a morbimortalidade por doenças endêmicas, por meio do acompanhamento dos indicadores pactuados (SISPACTO) e outros relevantes para o monitoramento da saúde da população.
A execução dos recursos financeiros destinados ao pagamento das despesas com saúde no município de Manaus demonstra os repasses financeiros do Ministério da Saúde, processados sob a forma de Blocos de financiamento, direcionando o planejamento das ações, bem como evidencia a participação efetiva da Prefeitura Municipal de Manaus na promoção da saúde da população.
Na PAS estão contempladas também ações relativas à gestão dos SUS, tais como: auditoria, ouvidoria, participação e controle social, gestão do trabalho, tecnologia da informação, gestão da comunicação em saúde, planejamento em saúde, gestão dos sistemas de informação em saúde e regulação.

11.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

Os indicadores do SISPACTO estão relacionados aos principais problemas de saúde da população e, portanto deverão direcionar as ações da PAS para que as metas sejam alcançadas.
Os indicadores em referência estão contemplados no Plano Municipal de Saúde, visto ser o instrumento que norteia todas as ações da Secretaria.
O Plano Plurianual (PPA) por ser o instrumento que norteia a execução financeira e apresentar indicadores, cujos resultados demonstram a situação de saúde da população, deverá contemplar os indicadores do SISPACTO.
A Programação Orçamentária como instrumento que deriva do PPA, deverá contemplar as ações da PAS para garantir o financiamento das mesmas.
Os instrumentos de planejamento deverão estar alinhados para garantir a efetividade das ações e, consequentemente a solução para os problemas de saúde da população.
O desenvolvimento das ações de saúde envolve um conjunto de atividades executadas pelas áreas administrativas, apontando para a pactuação de outros indicadores, além dos específicos da saúde.

11.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento
PMS 2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096 DE 27.12.2013_COMPLETO.pdf	Plano de Saúde do período 2014 - 2017
RESOL.N.096_27.12.2013_CMS_HOMOLOGADA.pdf	Resolução do Conselho de Saúde que aprova o Plano de Saúde do período de 2014 a 2017
PAS 2016_VERSÃO APROVADA-CORRIGIDA_28.01.16_CMS_IMPRIMIR.pdf	Programação Anual de Saúde do período 2014
RESOLUÇÃO 002_28.01.2016_DOM 3833_22.02.16_PAS 2016_SEMSA-MAO.pdf	Resolução do Conselho de Saúde que aprova a Programação Anual de Saúde do período de 2014
RG 2015_SARGSUS_AUDITORIAS DO SUS_SEMSA_MANAUS.pdf	AUDITORIAS DO SUS - JAN A DEZ 2015_SEMSA MANAUS
SIOPS2015_6bimestre_execucao_financeira_por_bloco.pdf	Demonstrativo da Utilização de Recursos (Fonte:SIOPS)
RESULTADOS_INDICADORES_SISPACTO_RG 2015_SARGSUS.pdf	INDICADORES DO SISPACTO - RESULTADOS 2015
PAS 2015_Resultado Final_30.03.2016_CMS_SARGSUS_CORRIGIDO.pdf	Resultados Quadrimestrais e Resultado Anual da PAS 2015
MEMO.017-16_DPLAN_MEMO.217-16_CMS_PARECER 005-2016_CPOFIN_CMS__RAG 2015.pdf	Atendimento às ressalvas apresentadas_Parecer 005/2016-CPOFIN-CMS_RG 2015_APROVADO
RQPC 2º QUAD_PAS 2015_PARECER Nº 001-2016_CPOFIN_CMS_MAO_PARTE 3.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_2º QUAD. 2015__PARECER 001-2016_CPOFIN-CMS_PARTE 3
RQPC 2º QUAD_PAS 2015_RESOLUÇÃO 001_CMS_DOM 3833_22.02.16_PARTE 4.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_2º QUAD. 2015_RESOLUÇÃO 001_28.01.16_CMS-MAO_PARTE 4
RQPC_2º QUAD._PAS 2015_ANEXOS__PARTE 2.pdf.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_2º QUADRIMESTRE 2015_ANEXOS_PARTE 2
PAS 2015_APROVADA NO CMS_19.08.2015.pdf	Programação Anual de Saúde 2015_APROVADA_CMS_19.08.2015
RQPC_2º QUAD._PAS 2015__APROVADO_CMS_SEM ANEXOS_PARTE 1.pdf.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_2º QUADRIMESTRE 2015_PARTE 1
PARECER N.004-2015_CPOFIN_APROVA RQPC 1º QDM_2015.pdf	PARECER Nº 004-2015_CPOFIN-CMS_APROVA RQPC DO 1º QUADRIMESTRE 2015_13.11.15
RQPC_1º QDM 2015_CMS_FINAL_COMPLETO_96 PG_PUBLICAR.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_1º QUADRIMESTRE 2015
RQPC_3º QUADRIMESTRE_PAS 2015_APROVADO_CMS_ANEXOS_PARTE 2.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_3º QUADRIMESTRE 2015_PAS 2015_ANEXOS__PARTE 2

Documento	Tipo de Documento
RESOL. 041_19.08.15_CMS_DOM 3734_17.09.15_PG 11-12_PAS 2015.pdf	Resolução nº 041, de 19.08.2015_PAS 2015
PARECER 004-16_CPOFIN-CMS_APROVA RQPC 3º QDM 2015.pdf	PARECER Nº 004-2016_CPOFIN-CMS_APROVA RQPC DO 3º QUADRIMESTRE 2015_12.05.2016
RESOL.058_18.11.15_CMS_DOM 3783_1º.12.15_1º QDM 2015.pdf	RESOLUÇÃO Nº 058 DE 18.11.15_CMS_DOM 3783_01.12.15_APROVA REL. DE GESTÃO 1º QUAD. 2015
RQPC_3º QUADRIMESTRE_PAS 2015_APROVADO_CMS_SEM ANEXOS_PARTE 1.pdf	REL. QUAD. PRESTAÇÃO DE CONTAS_3º QUADRIMESTRE 2015_PAS 2015_PARTE 1
PARECER N.002-2015_CPOFIN_APROVA PAS 2015_18.08.15.pdf	PARECER Nº 002-2015_CPOFIN-CMS_APROVA PAS 2015_18.08.15

12. APRECIAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

12.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Câmara de Vereadores em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	27/07/2015	27/11/2015	23/02/2016
Enviado para Câmara de Vereadores em	06/11/2015	25/11/2015	07/03/2016

12.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

12.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	30/03/2016 18:52:30
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Câmara de Vereadores em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	13/09/2016 12:56:43

12.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	30/03/2016 18:52:30
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	10/08/2016 10:46:13
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	*Parecer nº. 005/2016 – CPOFIN/CMS/MAO Assunto: Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG - 2015 A Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças – CPOFIN do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências e atribuições legais emite o presente parecer sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG – 2015: (incluindo a Prestação de Contas deste exercício), conforme segue. Da Análise No intuito de dar publicidade e tornar públicas as ações realizadas em saúde no Município de Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, apresenta ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO, o Relatório Anual de Gestão – RAG – 2015, em conformidade com a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 e a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde; Com base nos documentos que consolidaram o Relatório Anual de Gestão – RG - 2015, enviado pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Ofício nº 0853/2016-DFMS/SEMSA, emitido em 02.03.2016, que encaminhou a Prestação de Contas 2015 do Fundo Municipal de Saúde e do Memo. nº 004/2016-DIPLA/DPLAN/SUBGAP/SEMSA, emitido em 01.04.2016, pelo qual o DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO-DPLAN, trouxe informações cumulativas das metas físicas e financeiras no âmbito da saúde para análise e aprovação deste Conselho Municipal de Saúde, configurado como documento que sistematiza o trabalho realizado pelas áreas técnicas, e que foi elaborado em conformidade com a Programação Anual de Saúde – PAS 2015. O RG foi construído através da ferramenta SARGSUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão) e apresenta em sua composição as informações sobre: demografia e dados de morbimortalidade; rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviços ao SUS; quantitativo dos profissionais do SUS; indicadores do SISPACTO; resultado da execução da Programação Anual de Saúde de 2015; demonstrativos da aplicação e utilização dos recursos e controle social e participação popular; Considerando o resultado das reuniões e apresentações que foram conduzidas pela Sra. Aline Rosa Martins Freire Costa, Diretora do DPLAN, onde os instrumentos de planejamento supracitados foram discutidos detalhadamente com os membros da CPOFIN, e depois, em reunião ampliada, com todos os Conselheiros do CMS/MAO. Os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas foram estruturados, conforme Resolução do CNS nº 459 de 10/10/2012, que aprova o Modelo Padronizado de Relatórios Quadrimestrais, dividido em três capítulos: 1. Demonstrativo das Receitas e Despesas no período, por bloco de financiamento; 2. Informações sobre Auditorias; 3. Rede Física de Serviços Públicos de Saúde – próprios e privados contratados e produção de serviços ambulatorial e hospitalar. O Relatório Anual de Gestão - RAG contém as informações estabelecidas pelo Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS, dentre elas: demonstrativos das diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde; demonstrativo orçamentário
Status da Apreciação	
Resolução da Apreciação	

Parecer do Conselho de Saúde	– despesas com saúde; auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e recomendações etc. Considerando que a população informada pelo TCU para Manaus em 2015 era de 2.057.711 habitantes concentrada quase que 100,00% na área urbana; Considerando a tabela de mortalidade e de morbilidade por Causas Externas que evidenciou 1.719 óbitos, observando-se que o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos; Considerando a análise sobre a morbidade hospitalar onde as causas foram devidos as doenças do aparelho respiratório com 25.007 onde a maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, e 80 anos e mais; Considerando que os Estabelecimentos de Saúde que integram a Rede Municipal de Saúde totalizam 327 unidades, com a maioria dos serviços desenvolvendo ações de atenção primária, totalizando 226 unidades, representando 67.24% do total dos estabelecimentos municipais, porém a Secretaria Municipal de Saúde também oferta serviços especializados, através dos Centros de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial, Policlínicas, Laboratórios de Apoio Diagnóstico, Exames de Imagens e um Hospital especializado (Maternidade), Unidades do SAMU, Unidade Móvel Fluvial e Unidades Móveis Terrestres, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde; Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus possui 19.381 profissionais, destes, 19.381 apresentam vínculo empregatício, sendo 11.051 estatutários (53,67%), 1.253 são celetistas (7,37%), 6.608 são contratados por prazo determinado (38,91%); Considerando que em 2015 foi elaborado o Planejamento Estratégico no sentido de construir redes de cuidado, que no conjunto contribuíram para o processo de construção da Rede Saúde Manauara, onde foi alcançado um percentual de 88,38% na execução do orçamento previsto para 2015; Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde em seu Planejamento Estratégico apresentou prioridades no sentido de reduzir a morbimortalidade materno infantil, reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama, reduzir a mortalidade por causas externas, reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e reduzir a morbimortalidade por doenças endêmicas; Considerando a ampliação do acesso e manutenção das atividades de promoção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, com o apoio às atividades das organizações da sociedade civil, treinamento de profissionais de saúde em manejo e testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites (B e C) aumentando de 29 para 62 o número de unidades para realização dos testes para HIV, Sífilis e Hepatites (B e C), contribuindo para evidenciar a transmissão do HIV/AIDS como problema de Saúde Pública. Considerando que os indicadores mesmo coma falta da implantação do Plano de Redução da mortalidade materna infantil em 246 Unidades de Saúde, houve uma melhora na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas, tendo como meta 43% e

Parecer do Conselho de Saúde	atingindo 46,60% em 2015. Considerando que as metas das ações atingiram somente 46,37% onde se espera um porcentual maior, tendo em vista a crise política financeira que passa o país, a secretaria e seus colaboradores tentaram exaustivamente melhorar as condições de saúde da população manauara. Dos Destaques Considerando os relatos do processo de discussão, que ocorreram nos dias 24/04, 10 e 11/05, assim como nos dias 07, 13 e no período 14/06 a 01/07/2016, onde constam as manifestações dos conselheiros presentes às discussões, tendo em vista os registros apontados nos Relatórios de Auditoria, onde os destaques referentes às recomendações, feitas pelos mesmos possam ser atendidas e solucionadas por suas respectivas áreas técnicas, em tempo hábil a apresentação e fechamento da RAG vigente, emitimos o presente Parecer. Conclusão do Parecer: Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde cumpriu o que está posto na Lei Complementar 141/12, em relação ao envio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, Relatório Anual de Gestão – 2015 e a Prestação de Contas da SEMSA ao Conselho Municipal de Saúde; Considerando que as transferências de recursos para o financiamento da atenção básica corresponderam a 39,80% do total dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS. Observando os valores apresentados no demonstrativo da execução financeira, a Prefeitura de Manaus, investiu com recursos próprios 78,68% do valor total de recursos aplicados na saúde, justificados pela responsabilidade com a execução das ações da atenção primária; Considerando que o Município de Manaus aplicou em saúde R$ 384,48 por habitante/ano, o gasto com pessoal representou 69,81% da despesa total com saúde, com medicamentos 2,48% em investimentos. As transferências para a saúde representaram 24,71%% da despesa total do Município com saúde, em cumprimento ao que estabelece a LC 141/2012 sobre o percentual da aplicação de recursos para a saúde, o Município de Manaus aplicou 22,23% da sua receita própria, valor 7,23% acima do preconizado na Legislação Federal; Considerando o exposto acima e que o Relatório Anual de Gestão – 2015 constituem-se instrumentos básicos de acompanhamento e avaliação anual das ações e serviços de saúde, expressas a partir do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, e que o Conselho Municipal tem a finalidade de exercer a fiscalização e o controle social na execução dessas ações. A Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças – CPOFIN, responsável pela Relatoria dessa matéria, com a anuência de todos os conselheiros do CMS-MAO que participaram das etapas de discussão e avaliação do Relatório Anual de Gestão – 2015, emite o presente Parecer nº. 005/2015, FAVORÁVEL À APROVAÇÃO desse Relatório, incluindo a Prestação de Contas, exercício 2015, com as seguintes ressalvas*, acatadas na 7ª Assembleia Geral Ordinária, realizada no dia 20.07.2016: 1 – Na análise sobre os Indicadores Financeiros verifica-se que, em relação as Despesas por Natureza o percentual só alcança o montante

Parecer do Conselho de Saúde	de 86,32%, inexistindo informações sobre os 13,68% restante; 2 – Em relação a Produção dos Serviços, deverá ser acrescentado uma Planilha com os dados separados por Gestão. Exemplificando em 2015 do Total de 7.158.368 Procedimentos de Atenção Básica, 7.044.342 referem-se a Gestão Municipal e, 114.026 a Gestão Estadual. Quanto a Atenção de Médica e Alta Complexidade do Total de 37.846.155 Procedimentos realizados, 4.693.842 referem-se a Gestão Municipal e 33.152.313 a Gestão Estadual. Ressalta-se que o monitoramento e avaliação da SEMSA dar-se-ão pelo CMS-MAO, através dos relatórios quadrimestrais, em caráter permanente, de acordo com o que dispõe as normas em vigor. Que as metas que não foram alcançadas possam ser melhoradas, assim como a entrega do RAG seja em tempo hábil para apreciação. É o parecer.
	Em Análise
	033 — Data 20/07/2016

MANAUS - AM, ____de _____de _____.

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

ANEXO I

RESULTADOS DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

PAS 2015

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - DAP
DEPARTAMENTO DE REDES DE ATENÇÃO - DRA
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO - DPLAN
DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO - DICAR
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - DTI
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VISA MANAUS - DVISA
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMILÓGICA - DEVAE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO - DTRAB
DEPARTAMENTO DE REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 MANAUS
MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJOZ - MMT
OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS - OMSUS
AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS - AUDSUS
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS

Programação Anual de Saúde 2015 - Análise de Resultado Final

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIRETRIZ:01.	GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.								
OBJETIVO:1.1.	UTILIZAR MECANISMOS QUE PROPICIEM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA.								
META: 1.	AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, PASSANDO DE 40% EM 2014 PARA 70%, ATÉ 2017.								
ELABORAR A LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - APS	ELABORAR A LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL	LINHA GUIA ELABORADA	1	0	0	1	1	DAP/GESAB	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA
ESTABELECER PARÂMETROS PARA ORGANIZAR SERVIÇOS DE SAÚDE.	PARAMETRIZAR 04 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	UNIDADE PARAMETRIZADA	4	27	0	0	27	DAP/GESF	6 - Meta Superada. META SUPERADA NO 1º QDM COM 27 UNIDADES PARAMETRIZADAS. PROCESSO DE TRABALHO EM CONSTRUÇÃO.
IMPLANTAR O SERVIÇO DE PRÓTESE TOTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	IMPLANTAR 01 SERVIÇO DE PRÓTESE EM 10 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	SERVIÇO IMPLANTADO	10	0	0	0	0	DAP/GESAB	2 - Meta Não Alcançada. A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO ESTÁ CONDICIONADA A AMPLIAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS, NECESSITANDO DE MAIORES INVESTIMENTOS ORÇAMENTÁRIOS. DESTA FORMA, ESTA AÇÃO FOI REPROGRAMADA.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROJETO CONSULTÓRIO NA RUA, VIABILIZANDO O ACESSO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	IMPLANTAR 01 EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA.	EQUIPE IMPLANTADA	1	1	0	0	1	DAP	1 - Meta Alcançada. A EQUIPE ESTÁ ATUANDO NAS AÇÕES DE CAMPO DESDE O 1º QDM. PROCESSO FORMALIZADO Nº 2015 1637 5213 EM TRAMITAÇÃO
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROJETO CONSULTÓRIO NA RUA, VIABILIZANDO O ACESSO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	LOCAR VEÍCULO, TIPO VAN, PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA.	VEÍCULO LOCADO	1	0	0	1	1	DAP	1 - Meta Alcançada. NO 3º QUADRIMESTRE

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
QUALIFICAR AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL.	REALIZAR A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.	EVENTO REALIZADO	1	0	0	1	1	DAP/GESAB	1 - Meta Alcançada. CAMPANHA REALIZADA NO 3º QUADRIMESTRE DE 2015 (ÚLTIMA SEMANA DE OUTUBRO).
REALIZAR A REFORMA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - UBS	REFORMAR 10 UBS DA ZONA URBANA	UNIDADES REFORMADAS	10	0	0	6	6	DAP/GESF	4 - Meta Parcialmente Alcançada. ENTREGUES 06 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE REFORMADAS E 07 OBRAS EM ANDAMENTO COM PREVISÃO DE ENTREGA PARA O 1º QDM DE 2016.
META: 2.	REDUZIR AS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA, PASSANDO DE 42,25 EM 2014 PARA 31,60, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	IMPLANTAR SERVIÇOS DE URGÊNCIA BÁSICA EM 15 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA IMPLANTADO	15	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E INSUMOS EM TRAMITAÇÃO. IMPLANTADO O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM 02 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. IMPLANTAÇÃO EM ANDAMENTO.
MAPEAR AS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	IMPLANTAR O SISTEMA I3GEO NOS DISTRITOS DE SAÚDE URBANOS	SERVIÇO IMPLANTADO	4	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM ANDAMENTO. OS DISAS RECEBERAM OS EQUIPAMENTOS E O BANCO DE DADOS PARA MAPEAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE ESTÁ SENDO TESTADO PELO NUCLEO DE GEORREFERENCIAMENTO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 3.	AMPLIAR O PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) PASSANDO DE 70% EM 2014 PARA 82%, ATÉ 2017.								
DESENVOLVER PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO COM FOCO NAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VUNERABILIDADE SOCIAL/ BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, EM PARCERIA COM UNIVERSIDADES E/OU INSTITUTOS DE PESQUISA	DESENVOLVER 02 PESQUISAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM PARCERIA COM INSTITUTOS DE PESQUISA E UNIVERSIDADES	PESQUISAS DESENVOLVIDAS	2	0	0	0	0	DAP/ASAN	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA. AS PESQUISAS NÃO FORAM CONCLUIDAS, PORÉM, ENCONTRA-SE EM ANDAMENTO. ATUALMENTE ESTÃO SENDO PREENCHIDOS OS TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DOS PARTICIPANTES. FOI ARTICULADO A PARCERIA CO
DIVULGAR AS AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF NAS UNIDADES DE SAÚDE	REALIZAR 02 CAMPANHAS DE MÍDIA, SENDO 01 EM CADA SEMESTRE	CAMPANHA REALIZADA	2	0	1	1	2	DAP/ASAN	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: META ALCANÇADA.
REALIZAR A PROMOÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PBF	ACOMPANHAR 75% DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF.	FAMÍLIAS ACOMPANHADAS	75.00%	39,81%	63,43%	66,74%	66,74%	DAP/ASAN	4 - Meta Parcialmente Alcançada. AS DIFICULDADES PARA AMPLIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE SÃO REFLEXOS DA BAIXA COBERTURA DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO, OUTRO ENTRAVE ADMINISTRATIVO QUE NÃO FAZ PARTE DA GOVERNABILIDADE DESTA SEC
REORDENAR O PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	ELABORAR A DIRETRIZ MUNICIPAL PARA ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	DIRETRIZ ELABORADA	1	0	0	1	1	DAP/ASAN	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: META ALCANÇADA.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 4.	AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, PASSANDO DE 17% EM 2014 PARA 60%, ATÉ 2017.								
AUMENTAR A COBERTURA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	IMPLANTAR 20 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE I E 10 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE II	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADA	30	3	2	8	13	DAP/GESAB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. DAS 20 ESB MOD I, FORAM IMPLANTADAS 6 ESB (30%), AGUARDA-SE A HABILITAÇÃO NO CNES DE MAIS 5 ESB NA UBS GEBES DE MEDEIROS (INAUGURADA EM DEZ/15), TOTALIZANDO 55% DA META ESTIMADA. REFERENTE A ESB MOD II, FORAM HABILITADAS 7 (70% DAS ESB MOD II)
META: 5.	AUMENTAR O PERCENTUAL DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA PASSANDO DE 0,3% EM 2014 PARA 10%, ATÉ 2017.								
COORDENAR AS AÇÕES DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	AUMENTAR DE 1% PARA 2% O PERCENTUAL DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA REALIZADA	2.00%	0,51%	0,69%	0,80%	0,67%	DAP/GESAB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. IMPOSSIBILIDADE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO E-SUS RELACIONADOS À QUANTIDADE DE PARTICIPANTES DA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA, ALÉM DA PERDA DE DADOS NA MIGRAÇÃO DO GIL PARA O E-SUS. OCORREU ATUALIZAÇÃO DE DADOS EM MARÇO DE 2016 PARA FECHAMENTO DO RAG 2015.
META: 6.	AMPLIAR O NÚMERO DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) PASSANDO DE 03 EM 2014 PARA 25, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR EQUIPES DE NASF TIPO 1	IMPLANTAR 02 EQUIPES DE NASF TIPO 01	EQUIPE DE NASF IMPLANTADA	2	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. Estudo de viabilidade apontou necessidade de recursos humanos, proposta de implantação e de reordenamento do processo de trabalho dos NASFs para 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DOS NASFS IMPLANTADOS NO DISAL	VIABILIZAR A ADESÃO DE 02 EQUIPES NASFS AO PMAQ	NASF ADERIDO AO PMAQ	2	0	0	3	3	DAP/GESF	6 - Meta Superada. FOI ABERTO O 3º CICLO DO PMAQ PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM NOVEMBRO DE 2015 REALIZADA ADESÃO DE 03 NASF.
META: 7.	IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE MANAUS	ENCAMINHAR PROPOSTA DE PROJETO DE LEI À PREFEITURA MUNCIPAL DE MANAUS PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROJETO DE LEI ENCAMINHADO	1	0	0	1	1	DEVAE/GPROS	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: Apresentação e aprovação da Proposta junto ao CMS, Resolução CMS 060, de 18/11/2015. Enviado Memo nº 115/2015 para apreciação SUBGS e posterior envio da proposta à CMM.
IMPLANTAR POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE MANAUS	REALIZAR 01 SEMINÁRIO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTÁRES	SEMINÁRIO REALIZADO	1	0	1	0	1	DEVAE/GPROS	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 2º quadrimestre.
META: 8.	IMPLANTAR AÇÕES DE MELHORIA DE ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 100% DAS UBS, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O NÚMERO DE EQUIPES ESF COM ADESÃO AO PMAQ	VIABILIZAR A ADESÃO DE 36 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PMAQ	EQUIPES ADERIDAS AO PMAQ	36	0	0	58	58	DAP/GESF	6 - Meta Superada. FOI ABERTO O 3º CICLO DO PMAQ PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM NOVEMBRO DE 2015 REALIZADA ADESÃO DE 58 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E 147 RECONTRATUALIZAÇÕES.
IMPLANTAR O SISTEMA DE APOIO INSTITUCIONAL NA SEMSA MANAUS	IMPLANTAR O APOIO INSTITUCIONAL EM 04 DISTRITOS DE SAÚDE	DISTRITO COM APOIO INSTITUCIONAL IMPLANTADO	4	4	0	0	4	DAP/GESF	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 1º quadrimestre.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PMAQ NAS EQUIPES ESF	OBTER CLASSIFICAÇÃO SATISFATÓRIA EM 45 EQUIPES ESF	EQUIPE COM CLASSIFICAÇÃO SATISFATÓRIA OBTIDA	45	0	0	46	46	DAP/GESF	6 - Meta Superada. CONFORME RESULTADO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO 2º CICLO DIVULGADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE 01 EQUIPE FOI CLASSIFICADA COMO MUITO ACIMA DA MÉDIA E 45 EQUIPES FORAM CLASSIFICADAS COMO ACIMA DA MÉDIA TOTALIZANDO 46 EQUIPES COMO SATISFATÓRIAS.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PMAQ NAS EQUIPES ESF	CONTRATAR 01 CONSULTORIA PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	CONSULTORIA CONTRATADA	1	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. Gestão estabeleceu outras prioridades técnicas e financeiras.
META: 9.	AMPLIAR A COBERTURA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), PASSANDO DE 18% EM 2014 PARA 25%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A ATUAÇÃO DO PSE EM MANAUS.	AMPLIAR O NÚMERO DE ESCOLAS PÚBLICAS COM O PSE IMPLANTADO, PASSANDO DE 145 PARA 151	ESCOLA PÚBLICA COM O PSE IMPLANTADO	6	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA. NO ANO DE 2015 NÃO OCORREU NOVA ADESÃO EM VIRTUDE DE A ATUAL VIGÊNCIA TER SIDO PRORROGADO DE JULHO PARA NOVEMBRO DE 2015; IMPOSSIBILITANDO DESSA FORMA O AUMENTO DO NÚMERO DE ESCOLAS.
AUMENTAR A COBERTURA DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - PSE	IMPLANTAR 4 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PSE, PASSANDO DE 147 PARA 151 EQUIPES	ESB IMPLANTADA	4	0	0	0	0	DAP/GESAB	2 - Meta Não Alcançada. O PERÍODO DE VIGÊNCIA DE 2014/15 FOI PRORROGADO PARA NOVEMBRO DE 2015. NOVAS ADESÕES A PARTIR DO INÍCIO DE 2016.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESCOLAR	REALIZAR A II AMOSTRA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO PSE	EVENTO REALIZADO	1	0	1	0	1	DAP/GESF	1 - Meta Alcançada. Evento realizado no 2º quadrimestre.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESCOLAR	ADQUIRIR INSUMOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DAS AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL (ESCOVA DENTÁRIA, CREME DENTAL, FIO DENTAL E FLÚOR)	INSUMO DISPONIBILIZADO	167.100	200.000	0	0	200.000	DAP/GESF	6 - Meta Superada. A AQUISIÇÃO DESSES INSUMOS FORAM ADQUIRIDOS NO 1º QDM POR OUTRA ÁREA TÉCNICA (SAÚDE BUCAL). FORAM ADQUIRIDOS COM RECURSOS FINANCEIROS DO PSE: FOLDERS, MALETAS DE SAÚDE BUCAL, OCLUSORES E ESCALAS OPTOMÉTRICAS.
META: 10.	IMPLANTAR O PRÉ-NATAL MASCULINO EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF), ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	ELABORAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM COM FOCO NO PRÉ-NATAL MASCULINO	PROTOCOLO ELABORADO	1	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: AGUARDANDO FINALIZAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO.
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	IMPLANTAR O PROTOCOLO EM 60 UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE - UBS	UNIDADES COM O PROTOCOLO IMPLANTADO	60	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM:META NÃO CONCLUÍDA, PORÉM INSTITUÍMOS DIRETRIZES VOLTADAS A ATENÇÃO INTEGRAL DO HOMEM, COM ÊNFASE EM CONDIÇOES CRÔNICAS, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ESTILO DE VIDA E VACINAÇÃO,SENDO ESTAS INCORPORADAS NO PROTOCOLO EM QUESTÃO
META: 11.	REALIZAR O GEORREFERENCIAMENTO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS MAIS POPULOSAS E VINCULÁ-LAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ATENÇÃO DIFERENCIADA, EM 100% DAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA IDENTIFICADAS PARA AÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA, ATÉ 2017.								
DIVULGAR AS AÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA	REALIZAR 01 MOSTRA DE SAÚDE INDÍGENA	MOSTRA REALIZADA	1	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. A MOSTRA FOI REPROGRAMADA PARA SER REALIZADA NA II EXPOSAUDE DA SEMSA, PREVISTO PARA OCORRER EM 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
ESTABELECER PARCERIA PARA REALIZAR AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ESTUDO DE CONSUMO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	REALIZAR ESTUDO COM 70% DAS FAMÍLIAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	PESQUISA REALIZADA	1	0	0	1	1	DAP/GAP	1 - Meta Alcançada. NO 3º QUADRIMESTRE.
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS	ELABORAR O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS	PROTOCOLO ELABORADO	1	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA. CONSIDERANDO SER UM EIXO TRANSVERSAL, O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO INDÍGENA DEVERÁ SER CONTEMPLADO EM TODOS OS PROTOCOLOS, FLUXOS, LINHAS-GUIAS, E OUTROS INSTRUMENTOS NORTEADORES DA ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS.
META: 12.	PROMOVER O RECONHECIMENTO DOS SABERES E PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE, INCLUINDO OS TEMAS DE RACISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS SAÚDE DA FAMÍLIA, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	ELABORAR FLUXO DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME	FLUXO ELABORADO	1	0	0	1	1	DAP/GAP	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA.
PROMOVER EVENTO PARA O FORTALECIMENTO DE SABERES E PRÁTICAS POPULARES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	REALIZAR 01 SEMINÁRIO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	SEMINÁRIO REALIZADO	1	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. A MOSTRA FOI REPROGRAMADA PARA SER REALIZADA NA II EXPOSAUDE DA SEMSA, PREVISTO PARA OCORRER EM 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 13.	IMPLANTAR O PLANO OPERATIVO DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO MUNICIPAL, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS DO AMAZONAS	IMPLANTAR 03 EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL, PASSANDO DE 06 PARA 09 EQUIPES (ESP)	EQUIPE DE SAÚDE PRISIONAL IMPLANTADA	3	0	0	1	1	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA. PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVAS EQUIPES SÃO NECESSÁRIOS A CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA ESTADUAL DO SISTEMA PRISIONAL.
IMPLANTAR O PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - SSP	EXECUTAR 50% DO PLANO DE AÇÃO DO SSP	PLANO EXECUTADO	50.00%	10,00%	20,00%	0,00%	30,00%	DAP/GAP	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NECESSIDADE DE FINALIZAÇÃO E APROVAÇÃO DO PLANO INTEGRADO COM AS DEMAIS SECRETARIAS ENVOLVIDAS NAS AÇÕES DO SISTEMA PRISIONAL.
PROMOVER A SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	IMUNIZAR 35% DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	POPULAÇÃO IMUNIZADA	35.00%	48,00%	0,00%	0,00%	48,00%	DAP/GAP	6 - Meta Superada. OS DADOS DO 1º QUADRIMESTRE SOFRERAM CORREÇÃO, PASSANDO DE 139% PARA 48%. A POPULAÇÃO CARCERÁRIA É DE 6.188 PESSOAS. A META ANUAL CORRESPONDE A 2.166 PESSOAS. A CAMPANHA DE VACINAÇÃO TEVE ALCANCE DE 3.012 PESSOAS, REPRESENTANDO 48
META: 14.	ADQUIRIR 02 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE FLUVIAIS EM 2014.								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS	CONSTRUIR 02 UNIDADES DE SAÚDE FLUVIAIS	UNIDADES FLUVIAIS CONSTRUÍDAS	2	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº201516370611 EM TRAMITAÇÃO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS	REORDENAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE RURAL	PROCESSO DE TRABALHO REORDENADO	1	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. Estudo ainda em andamento em parceria DAP/DTRAB/DICAR/DISA
OBJETIVO:1.2.	GARANTIR ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.								
META: 15.	AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM HORÁRIO ESTENDIDO PASSANDO DE 10 UNIDADES PARA 30 UNIDADES, ATÉ 2017.								
REORDENAR O PROCESSO DE TRABALHO DAS UBS COM HORÁRIO ESTENDIDO IMPLANTADO.	REORDENAR O PROCESSO DE TRABALHO DE 10 UBS COM HORÁRIO ESTENDIDO IMPLANTADO	UBS COM PROCESSO DE TRABALHO REORDENADO	10	0	0	0	0	DAP/GESF	2 - Meta Não Alcançada. ESTUDO DIAGNÓSTICO FINALIZADO SOB ANÁLISE DA GESTÃO EM PLANEJAMENTO DE AÇÕES CORRETIVAS COM PREVISÃO DE IMPLEMENTAÇÃO EM 2016. A AMPLIAÇÃO DE UBS COM HORÁRIO ESTENDIDO FOI INVIABILIZADA PELO DECRETO Nº 3.002 DE 15/01/15, redução de horas extras
META: 16.	AUMENTAR O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE SELECIONADOS PARA POPULAÇÃO RESIDENTE, PASSANDO DE 1,1 EM 2014 PARA 2,6, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO	IMPLANTAR 02 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA - LRPD	LRPD IMPLANTADO	2	0	0	0	0	DAP/GESAB	2 - Meta Não Alcançada. HOUVE AVANÇO QUANTO A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA NOS CEOS NORTE E LESTE. PARA 2016, ESFORÇOS SERÃO CONCENTRADOS NA CAPTAÇÃO DE RH INDISPENSÁVEIS PARA HABILITAÇÃO DO SERVIÇO, RESPEITANDO A DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIAS E DIRETRIZES ADMINISTRATIVAS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AMPLIAR O ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO	IMPLEMENTAR 01 SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA NO CEO OESTE	SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA IMPLEMENTADO	1	0	0	0	0	DAP/GESAB	2 - Meta Não Alcançada. OPTOU-SE EM CONCENTRAR OS RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS EM AMPLIAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VISANDO A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E CONSEQUENTE REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS ORIUNDAS DA AUSÊNCIA DESTE SERVIÇO.
AMPLIAR O ACESSO AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO	IMPLANTAR 01 SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA E MÓVEL NO CEO NORTE E CEO LESTE	SERVIÇO DE ORTODONTIA FIXA E MÓVEL IMPLANTADO	2	1	0	0	1	DAP/GESAB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. OS RESULTADOS DO 1º E 2º QDM FORAM ALTERADOS, DE 2 PARA 1 NO 1º QDM E DE 1 PARA 0 NO 2º QDM, POIS TRATA-SE DE TIPO DE SERVIÇO IMPLANTADO. FOI IMPLANTADO APENAS O SERVIÇO DE ORTODONTIA MÓVEL NOS CEOS SUL E NORTE NO 1º QDM E NO CEO LESTE NO 2º QDM.
META: 17.	AUMENTAR O NÚMERO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE, PASSANDO DE 5,7 EM 2014 PARA 6,3, ATÉ 2017.								
ESTRUTURAR ESPAÇO FÍSICO PARA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PATOLÓGICO NA MATERNIDADE MOURA TAPAJOZ	IMPLANTAR A ENFERMARIA DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PATOLÓGICO	ENFERMARIA IMPLANTADA	1	0	1	0	1	MAT. MOURA TAPAJOZ	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA NO 2º QDM.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
OBJETIVO:1.3.	APRIMORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO VISANDO MINIMIZAR AS DEFICIÊNCIAS PROPORCIONANDO UMA SITUAÇÃO DE EFICÁCIA PARA ATENDER A NECESSIDADE DO SUS.								
META: 18.	AMPLIAR EM 50% A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO (LABORATÓRIO, RAIO X, MAMOGRAFIA, ULTRASSOM, ELETROCARDIOGRAMA E CITOPATOLOGIA) PASSANDO DE 3.505.181 EXAMES EM 2014 PARA 5.359.781 EXAMES, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO	AMPLIAR EM 12,5% A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO (LABORATÓRIO, RAIO X, MAMOGRAFIA, ULTRASSOM, ELETROCARDIOGRAMA E CITOPATOLOGIA) PASSANDO DE 3.085.007 PARA 3.470.632 EXAMES	EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO REALIZADOS	3.470.632	1.045.681	1.322.383	1.212.099	3.580.163	DRA/GEADI	6 - Meta Superada. FORAM REALIZADOS 1.045.681 EXAMES NO 1ºQDM, 1.322.383 EXAMES NO 2ºQDM, E 1.212.099 EXAMES NO 3ºQDM, TOTALIZANDO NO PERÍODO 3.580.163 EXAMES REALIZADOS.
AMPLIAR A REDE DE POSTOS DE COLETA	IMPLANTAR 10 POSTOS DE COLETA, PASSANDO DE 89 PARA 99	POSTOS DE COLETA IMPLANTADOS	10	0	3	5	8	DRA/GEADI	4 - Meta Parcialmente Alcançada. FORAM IMPLANTADO 03 PC NO 2ºQDM, 05 PC NO 3ºQDM, TOTAL ANUAL DE 08 PC IMPLANTADOS. OS 02 POSTOS DE COLETA NÃO IMPLANTADOS EM 2015 FORAM REPROGRAMADOS NA PAS DE 2016.
META: 19.	IMPLANTAR O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE NOS 05 LABORATÓRIOS CLÍNICOS, ATÉ 2017.								
QUALIFICAR A REDE LABORATORIAL/SEMSA	IMPLANTAR EM 02 LABORATÓRIOS DA REDE SEMSA O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	LABORATÓRIOS COM O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE IMPLANTADO	2	0	0	0	0	DRA/GEADI	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA TENDO EM VISTA DA NÃO CONCLUSÃO DAS ETAPAS OBRIGATÓRIAS PARA A CERTIFICAÇÃO DE SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE. ISTO POSTO A META FOI REPROGRAMADA PARA A PAS DE 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
QUALIFICAR A REDE LABORATORIAL/SEMSA	CAPACITAR 30 SERVIDORES DA REDE LABORATORIAL/SEMSA	SERVIDORES CAPACITADOS	30	20	90	78	188	DRA/GEADI	6 - Meta Superada. FORAM CAPACITADOS 20 SERVIDORES NO 1ºQDM, 90 NO 2ºQDM E 78 NO 3ºQDM, TOTAL ANUAL 188 SERVIDORES CAPACITADOS.
META: 20.	REESTRUTURAR OS LABORATÓRIOS DE: VIGILÂNCIA, REVISÃO DA MALÁRIA (NORTE, OESTE E RURAL), CITOPATOLOGIA, LABORATÓRIO DA MATERNIDADE E DA UNIDADE FLUVIAL.								
REESTRUTURAR LABORATÓRIOS DA REDE SEMSA	REESTRUTURAR 01 LABORATÓRIO DE ESPECIALIDADES (CITOLOGIA, MICROBIOLOGIA E MALÁRIA)	LABORATÓRIO DE ESPECIALIDADES REESTRUTURADO	1	0	0	1	1	DRA/GEADI	1 - Meta Alcançada. AGUARDANDO INAUGURAÇÃO EM JANEIRO 2016.
OBJETIVO:1.4.	IMPLEMENTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA REDE MUNICIPAL COM ÊNFASE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. (PORTARIA Nº 1.060 DE JUNHO 2000).								
META: 21.	MAPEAR, ARTICULAR E CONTRATUALIZAR OS PONTOS DE ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM 25% A CADA ANO, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	IMPLANTAR AS AÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM 09 UBS CONFORME O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RESOLUÇÃO Nº045 DE 17.09.2009)	UBS COM AS AÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA IMPLANTADAS	9	0	0	5	5	DRA/RCPCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. META PARCIALMENTE ALCANÇADA EM FUNÇÃO DA DEPENDÊNCIA DA DEFINIÇÃO, CONCLUSÃO E PACTUAÇÃO DO DESENHO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA OBJETO DO PLANO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO DA REDE PELO GRUPO CONDUTOS ESTADUAL DO QUAL O MUNICÍPIO INTEGRA.
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	CAPACITAR 200 PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	PROFISSIONAIS CAPACITADOS	200	12	12	111	135	DRA/RCPCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. META PARCIALMENTE ALCANÇADA EM FUNÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DA EXPO SAÚDE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	REALIZAR 1 CAMPANHA DE PREVENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS	CAMPANHA REALIZADA	1	0	0	0	0	DRA/RCPCD	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA EM FUNÇÃO DAS CONFERÊNCIAS DAS QUAIS A GERÊNCIA PARTICIPOU EFETIVAMENTE.
OBJETIVO:1.5.	QUALIFICAR A GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS HUMANIZADAS.								
META: 22.	QUALIFICAR 100% DOS PROFISSIONAIS DA GESTÃO E ATENÇÃO TRANSVERSALIZANDO A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, ATÉ 2017.								
FOMENTAR A TRANSVERSALIDADE DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO COM AS ÁREAS ESTRATÉGICAS DA SEMSA	INSTITUIR UM CALENDÁRIO DE AÇÕES TRANSVERSAIS DE HUMANIZAÇÃO EM PARCERIA COM AS ÁREAS ESTRATÉGICAS DA SEMSA	CALENDÁRIO INSTITUÍDO	1	0	1	0	1	DTRAB/GESAU	1 - Meta Alcançada. No 2º Quadrimestre. As ações do Calendário realizadas no Outubro Rosa e Novembro Azul.
PROMOVER A ARTICULAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.	INSERIR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NOS ESPAÇOS DE ARTICULAÇÃO DE 02 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COM AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO INSERIDAS	2	0	2	0	2	DTRAB/GESAU	1 - Meta Alcançada. Ações realizadas nas Redes Cegonha e Psicossocial, no 2º Quadrimestre.
QUALIFICAR OS TRABALHADORES DA SAÚDE NA DIRETRIZ VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR DA SAÚDE	REALIZAR O I CURSO DE MULTIPLICADORES EM SAÚDE DO TRABALHADOR	CURSO REALIZADO	1	0	0	0	0	DTRAB/GESAU	2 - Meta Não Alcançada. Não realizado por conta das mudanças na configuração da Política Nacional de Humanização/MS, impossibilitando a vinda dos consultores para realizarem a facilitação do Curso.
DIRETRIZ:02.	APRIMORAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS, COM EXPANSÃO E ADEQUAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) DE PRONTOS SOCORROS E CENTRAIS DE REGULAÇÃO, ARTICULADA ÀS OUTRAS REDES DE ATENÇÃO.								
OBJETIVO:2.1.	IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.								
META: 1.	MANTER EM 100% A COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) NO MUNICÍPIO DE MANAUS, ATÉ 2017.								
ADEQUAR A ESTRUTURA FÍSICA DA CENTRAL ADMINISTRATIVA E DE REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU	REESTRUTURAR A CENTRAL DO SAMU	CENTRAL REESTRUTURADA.	1	0	0	0	0	SAMU/GSAMU	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. Processo cancelado por Frustração de Receita

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AMPLIAR A ATUAÇÃO DO SAMU MANAUS	IMPLANTAR O SAMU AÉREO	SAMU AÉREO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	SAMU/GSAMU	9 - Outros (Indicar o Motivo). Parceria com Corpo de Bombeiro não foi realizado devido a impossibilidade do mesmo adquirir à aeronave.
AMPLIAR E REFORMAR A ESTRUTURA FÍSICA DAS BASES SAMU (NORTE, SUL, LESTE, OESTE, CENTRO-SUL, CENTRO-OESTE)	AMPLIAR E REFORMAR 06 BASES DESCENTRALIZADAS	BASES AMPLIADAS E REFORMADAS	6	0	0	0	0	SAMU/GSAMU	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. Por falta de recursos financeiros não foi possível cumprir a meta.
REESTRUTURAR AS BASES SAMU (CIDADE DE DEUS, SANTA ETELVINA, FLUVIAL, COLONIA ANTONIO ALEIXO)	REFORMAR 4 BASES DO SAMU	BASES REFORMADAS	4	0	0	0	0	SAMU/GSAMU	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. Por falta de recursos financeiros não foi possível cumprir a meta.
META: 3.	AMPLIAR A REGULAÇÃO PELO SERVIÇO DO ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL PASSANDO DE 7 MUNICÍPIOS EM 2014 PARA 26 MUNICÍPIOS, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU EM 3 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA	EXECUTAR A REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU EM 3 MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS REGULADOS	3	1	2	0	3	SAMU/GSAMU	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada com a somatória de 1 Município implantado no 1 quadrimestre e 2 no segundo quadrimestre.
CONSOLIDAR A REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU NOS 7 MUNICÍPIOS JÁ PACTUADOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS	EXECUTAR REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU NOS 7 MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS REGULADOS	7	4	1	0	5	SAMU/GSAMU	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Implantado um total de 05 (cinco), não sendo possível alcançar a meta, visto que 2 municípios até a presente data não realizaram a implantação do Programa.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
OBJETIVO:2.2.	FORTALECER O SISTEMA DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MANAUS.								
META: 4.	REESTRUTURAR O SISTEMA DE REGULAÇÃO EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O ACESSO AO SISREG NOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE (EAS)	ADQUIRIR 36 COMPUTADORES, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG NOS EAS	COMPUTADOR ADQUIRIDO.	36	0	17	19	36	DICAR/DIREG	1 - Meta Alcançada. DISPONIBILIZADOS 19 EQUIPAMENTOS PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE VISANDO A AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGENDAMENTO DE PROCEDIEMTNOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE ATRAVÉS DO SISTEMA DE REGULAÇÃO - SISREG.
INFORMAR AOS USUÁRIOS DO SUS OS PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS	IMPLANTAR O SERVIÇO DE MENSAGEM (SMS) NO AGENDAMENTO DO SISREG	SERVIÇO IMPLANTADO	1	0	1	0	1	DICAR/DIREG	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA PELA IMPLANTAÇÃO DE SMS FACILITANDO A COMUNICAÇÃO AOS USUÁRIOS DOS PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS.
QUALIFICAR OPERADORES PARA O FORTALECIMENTO OPERACIONAL DO SISREG	CAPACITAR 100% DOS PROFISSIONAIS QUE OPERACIONALIZAM O SISREG	PROFISSIONAL CAPACITADO	100.00%	50,00%	30,00%	20,00%	100,00%	DICAR/DIREG	1 - Meta Alcançada. CAPACITADOS OS SERVIDORES QUE OPERACIONALIZAM O SISREG USANDO A QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIRETRIZ:03.	PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA, COM ÊNFASE NAS ÁREAS E POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE.								
OBJETIVO:3.1.	FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO OPORTUNO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DE ÚTERO.								
META: 1.	AMPLIAR A RAZÃO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS COM UM EXAME CITOPATOLÓGICO, A CADA 3 ANOS ,DE 0,50 PARA 0,75, ATÉ 2017.								
ESTIMULAR AS MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS QUE REALIZAM A COLETA DO PREVENTIVO, PASSANDO DE 80.539 PARA 88.593	MULHERES COM COLETA DE EXAME PREVENTIVO REALIZADA	88.593	24.578	23.424	26.026	74.028	DAP/NUSAM	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Os dados do 1º e 2º QDM sofreram atualização, passando de 25.227 para 24.578 no 1º QDM e de 4.585 para 23.424 no 2º QDM. Os valores totais estão sujeitos a alterações de acordo com a atualização do 3º QDM no sistema
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA	ELABORAR 1 LINHA GUIA DAS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA	LINHA GUIA ELABORADA	1	0	0	0	0	DAP/NUSAM	2 - Meta Não Alcançada. Foram elaborados documentos de base para subsidiar a Linha Guia que ficou transferida para 2016.
META: 2.	AMPLIAR A RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS DE IDADE DE 0,43 PARA 0,45, ATÉ 2017.								
ESTIMULAR AS MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 40 A 49 ANOS PARA A REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 40 A 49 ANOS QUE REALIZAM A MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PASSANDO DE 20.782 PARA 21.821	MULHERES COM EXAME REALIZADO	21.821	5.931	7.167	6.315	19.413	DAP/NUSAM	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADOS QUADRIMESTRAIS ATUALIZADOS EM 30/MARÇO/2016 (FONTE: DATASUS/SIA): 1º QDM PASSANDO DE 5.823 PARA 5.931, 2º QDM PASSANDO DE 7.122 PARA 7.167 E 3º QDM PASSANDO DE 3.854 PARA 6.315, TOTALIZANDO 19.413 EXAMES REALIZADOS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
ESTIMULAR AS MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS PARA A REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	AMPLIAR O NÚMERO DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS QUE REALIZAM A MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PASSANDO DE 23.781 PARA 24.970	MULHERES COM EXAME REALIZADO	24.970	7.129	8.939	8.435	24.503	DAP/NUSAM	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADOS QUADRIMESTRAIS ATUALIZADOS EM 30/MARÇO/2016 (FONTE: DATASUS/SIA): 1º QDM PASSANDO DE 7.008 PARA 7.129, 2º QDM PASSANDO DE 8.857 PARA 8.939 E 3º QDM PASSANDO DE 5.149 PARA 8.435, TOTALIZANDO 24.503 EXAMES REALIZADOS.
OBJETIVO:3.2.	ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL PARA GARANTIR ACESSO, ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE.								
META: 3.	AUMENTAR O PERCENTUAL DE PARTO NORMAL PASSANDO DE 49% EM 2014 PARA 55%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR AS AÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO	IMPLEMENTAR A VINCULAÇÃO DA GESTANTE NAS 08 MATERNIDADES PÚBLICAS	MATERNIDADES COM AS AÇÕES DE VINCULAÇÃO IMPLEMENTADAS	8	8	0	0	8	DAP/NUSAM	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 1º quadrimestre.
ESTRUTURAR A ADMISSÃO COM AMBIÊNCIA NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ADEQUAR O ESPAÇO FÍSICO PARA O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA MATERNIDADE MOURA TAPAJOZ	ESPAÇO FÍSICO ADEQUADO	1	0	0	0	0	MAT. MOURA TAPAJOZ	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. PROJETO EM FASE DE ELABORAÇÃO PELO DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.
HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA À GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO	ADQUIRIR 10 CAMAS TIPO PPP	CAMAS PPP ADQUIRIDAS	10	0	0	0	0	MAT. MOURA TAPAJOZ	2 - Meta Não Alcançada. TERMO DE REFERÊNCIA ELABORADO NO 3º QDM. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 4.	AUMENTAR A PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM NO MÍNIMO 7 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL PASSANDO DE 32% EM 2014 PARA 50%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O ACESSO AO PRÉ-NATAL	IMPLANTAR O PLANO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL EM 246 UNIDADES DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE COM O PLANO IMPLANTADO	246	0	0	0	0	DAP/NUSAM	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: A implantação foi divida em 3 etapas; realizado o curso de atualização do pré-natal para profissionais de 35 UBS tradicionais, com participação do sistema penitenciário. Meta transferida para 2016.
META: 5.	REALIZAR NO MÍNIMO 2 TESTES DE SÍFILIS NAS GESTANTES USUÁRIAS DO SUS, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A OFERTA DA TESTAGEM RÁPIDA DE SÍFILIS NO PRÉ-NATAL	AMPLIAR HORÁRIO/DIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS NA GESTANTE PASSANDO DE 14 PARA 30 UBS	UNIDADES COM O SERVIÇO AMPLIADO	16	20	34	0	54	DAP/NUSAM	6 - Meta Superada. Meta Superada no 1º QDM com 20 UBS e no 2º QDM com 34. Ação conjunta com a área técnica de DST/AIDS e HEPATITES VIRAIS
META: 6.	REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA PASSANDO DE 53.6/100.000 NASCIDOS VIVOS EM 2012 PARA 45/100.000 NASCIDOS VIVOS, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	IMPLANTAR A LINHA GUIA MATERNO INFANTIL EM 246 UNIDADES DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE COM A LINHA GUIA IMPLANTADA	246	0	0	35	35	DAP/NUSAM	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3º QDM: A implantação foi divida em 3 etapas; realizado o curso de atualização do pré-natal para profissionais de 35 UBS tradicionais, com participação do sistema penitenciário. Meta transferida para 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 7.	REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL DE 13.6/1000 NASCIDOS VIVOS EM 2012 PARA 9.9/1000, ATÉ 2017.								
GARANTIR A REALIZAÇÃO DO TESTE DA ORELHINHA AOS RECÉM-NASCIDOS DA MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJOZ	REALIZAR O TESTE DA ORELHINHA EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS	TESTES REALIZADOS	100.00%	84,00%	76,00%	79,00%	79,67%	MAT. MOURA TAPAJOZ	4 - Meta Parcialmente Alcançada. TESTES REALIZADOS: 1º QDM 84%, 2º QDM 76% E 3º QDM 79%, MÉDIA DA META ANUAL DE 79,66% DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS NA MAT. MOURA TAPAJOZ REALIZARAM O TESTE DA ORELHINHA.
GARANTIR A REALIZAÇÃO DO TESTE DO CORAÇÃOZINHO AOS RECÉM-NASCIDOS DA MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJOZ	REALIZAR O TESTE DO CORAÇÃOZINHO EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS	TESTES REALIZADOS	100.00%	100,00%	95,00%	100,00%	98,33%	MAT. MOURA TAPAJOZ	4 - Meta Parcialmente Alcançada. TESTES REALIZADOS: 1º QDM 100%, 2º QDM 95% E 3º QDM 100%, MÉDIA DA META ANUAL DE 98% DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS NA MAT. MOURA TAPAJOZ REALIZARAM O TESTE DO CORAÇÃOZINHO.
GARANTIR A REALIZAÇÃO DO TESTE DO OLHINHO AOS RECÉM-NASCIDOS DA MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJOZ	REALIZAR O TESTE DO OLHINHO EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS	TESTES REALIZADOS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	MAT. MOURA TAPAJOZ	1 - Meta Alcançada. META ANUAL DE 100% DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS NA MAT. MOURA TAPAJOZ REALIZARAM O TESTE DO OLHINHO.
GARANTIR A REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO AOS RECÉM-NASCIDOS DA MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJOZ	REALIZAR O TESTE DO PEZINHO EM 100% DOS RECÉM-NASCIDOS	TESTES REALIZADOS	100.00%	92,00%	94,00%	98,00%	94,67%	MAT. MOURA TAPAJOZ	4 - Meta Parcialmente Alcançada. TESTES REALIZADOS: 1º QDM 92%, 2º QDM 94% E 3º QDM 98%, MÉDIA ANUAL DE 95% DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS NA MAT. MOURA TAPAJOZ REALIZARAM O TESTE DO PEZINHO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 7.1.	FORTALECER A ATENÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A MENOR DE 10 ANOS								
IMPLEMENTAR A ATENÇÃO À CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 10 ANOS INCOMPLETOS	ELABORAR 01 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 2 A 10 ANOS INCOMPLETOS	PROTOCOLO ELABORADO	1	0	0	0	0	DAP/NUSCA	2 - Meta Não Alcançada. DOCUMENTO NÃO CONCLUÍDO, META TRANSFERIDA PARA 2016.
META: 8.	INVESTIGAR CASOS DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS, PASSANDO DE 35% EM 2012 PARA 50%, ATÉ 2017.								
FORTALECER AS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS	INVESTIGAR 50% DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS	ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	50.00%	35,51%	36,50%	68,91%	68,91%	DEVAE/DCDANTS	6 - Meta Superada. ÓBITOS INVESTIGADOS NO PERÍODO DE 01/09/2014 A 31/08/2015, CONSULTADOS NO SIM FEDERAL NO DIA 22/01/2016. DO TOTAL DE 1.097 ÓBITOS OCORRIDOS FORAM INVESTIGADOS 756. AS INVESTIGAÇÕES TEM UM PERÍODO DE 120 DIAS APÓS O ÓBITO PARA SEREM INVESTIGADOS.
META: 9.	INVESTIGAR CASOS DE ÓBITOS MATERNOS, PASSANDO DE 22% EM 2012 PARA 100%, ATÉ 2017.								
FORTALECER AS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS	INVESTIGAR 100% DOS ÓBITOS MATERNOS	ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/DCDANTS	1 - Meta Alcançada. FORAM INVESTIGADOS OS 27 ÓBITOS MATERNOS NOTIFICADOS NO PERÍODO DE 01/09/2014 A 31/08/2015 EQUIVALENTE A AVALIAÇÃO DO 3º Q.
IMPLEMENTAR A AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL	REALIZAR 05 FÓRUNS PARA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS E DISCUSSÃO DE CASOS	FÓRUM REALIZADO	5	2	1	2	5	DEVAE/DCDANTS	1 - Meta Alcançada. OS FÓRUNS FORAM REALIZADOS NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM APOIO DA REDE CEGONHA.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 10.	INVESTIGAR CASOS DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF), PASSANDO 56% EM 2012 PARA 100%, ATÉ 2017.								
FORTALECER AS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF)	INVESTIGAR 70% DOS ÓBITOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL	ÓBITOS EM MIF INVESTIGADOS	70.00%	58,87%	59,94%	64,33%	64,33%	DEVAE/DCDANTS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. DOS 771 ÓBITOS FORAM INVESTIGADOS 496. 275 ÓBITOS NÃO FORAM INVESTIGADAS PORQUE OS ENDEREÇOS NÃO FORAM ENCONTRADOS OU NÃO MORAVA LÁ, E AOS ÓBITOS POR CAUSA EXTERNA NÃO SE INVESTIGAM.
META: 11.	ELIMINAR A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA, PASSANDO DE 78% EM 2012 PARA 95%, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA	IMPLEMENTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM 60 UBS	UNIDADES DE SAÚDE COM AÇÕES IMPLEMENTADAS	60	35	25	0	60	DAP/NUSAM	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 2º quadrimestre. Ação em parceria com a área técnica de DST/AIDS E HEP. VIRAIS
META: 12.	REDUZIR O ÍNDICE DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, PASSANDO DE 22% EM 2012 PARA 19% ATÉ 2017.								
FORTALECER O ATENDIMENTO À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE	REALIZAR AÇÕES DE SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE NAS 246 UNIDADES DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE COM AÇÕES REALIZADAS	246	246	0	0	246	DAP/NUSCA	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA NO 1º QDM.
META: 12.1.	GARANTIR O ATENDIMENTO INTEGRAL DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA NAS 04 UNIDADES DE MEDIDAS SÓCIOEDUCATIVAS.								
REALIZAR AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SÓCIOEDUCATIVAS	REALIZAR ATENDIMENTO A 100% DOS ADOLESCENTES NAS 04 UNIDADES DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SÓCIOEDUCATIVAS	ADOLESCENTES ATENDIDOS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DAP/NUSCA	1 - Meta Alcançada. TODOS OS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SÓCIOEDUCATIVAS NO PERÍODO FORAM ATENDIDOS, CONFORME NECESSIDADE INDIVIDUAL.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 13.	AUMENTAR EM 5% O ACESSO AOS SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES PARA PREVENÇÃO DA HIPOVITAMINOSE A PASSANDO DE 30% PARA 35% DAS CRIANÇAS (DE 6 A 59 MESES) ATENDIDAS PELO SUS, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O ACESSO AOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA A PARA CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DE IDADE	OFERTAR SUPLEMENTOS DE VITAMINA A, DISPONIBILIZADOS PELO MS, PARA 45.042 CRIANÇAS	CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A	45.042	23.914	21.482	16.950	62.346	DAP/ASAN	6 - Meta Superada. FORAM BENEFICIADAS NO 1º QDM 23.914 CRIANÇAS NO 2º QDM 21.482 E NO 3º QDM 16.950, TOTALIZANDO 62.346 CRIANÇAS, SENDO 17.304 CRIANÇAS ATENDIDAS ACIMA DA META PREVISTA, PERMANECENDO A OFERTA DO SUPLEMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
AMPLIAR O ACESSO AOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA A PARA CRIANÇAS DE 6 A 11 MESES DE IDADE	OFERTAR SUPLEMENTOS DE VITAMINA A, DISPONIBILIZADA PELO MS, PARA 11.718 CRIANÇAS	CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A	11.718	11.910	6.321	5.323	23.554	DAP/ASAN	6 - Meta Superada. FORAM BENEFICIADAS NO 1º QDM 11.910 CRIANÇAS NO 2º QDM 6.321 E NO 3º QDM 5.323, TOTALIZANDO 23.554 CRIANÇAS, SENDO 11.736 CRIANÇAS ATENDIDAS ACIMA DA META PREVISTA, PERMANECENDO A OFERTA DO SUPLEMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
META: 14.	AUMENTAR EM 5% O ACESSO AOS SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES PARA PREVENÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA PASSANDO DE 30% PARA 35% DAS CRIANÇAS (DE 4 A 24 MESES), ATENDIDAS PELO SUS, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR O MONITORAMENTO DA SUPLEMENTAÇÃO DE MICRONUTRIENTES EM PÓ NA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS DAS CRECHES MUNICIPAIS	IMPLANTAR O PROGRAMA NUTRISUS EM 04 CRECHES MUNICIPAIS CADASTRADAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	CRECHES MUNICIPAIS COM O PROGRAMA NUTRISUS IMPLANTADO	4	4	0	0	4	DAP/ASAN	1 - Meta Alcançada. NO 1º QUADRIMESTRE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIRETRIZ:04.	FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS.								
OBJETIVO:4.1.	AMPLIAR O ACESSO À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO EM GERAL, DE FORMA ARTICULADA COM OS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE E OUTROS PONTOS INTERSETORIAIS.								
META: 1.	AUMENTAR A COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE 0,18/100.000 PARA 0,61/100.000, ATÉ 2017.								
EXPANDIR A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	IMPLANTAR 05 CAPS(01 CAPSAD III, 02 CAPS III E 02 CAPS INFANTO JUVENIL)	CAPS IMPLANTADOS	5	0	0	2	2	DRA/RAPS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. COM 02 CAPS IMPLANTADOS NO 3º QDM. OS DEMAIS NÃO FORAM IMPLANTADOS POR INSUFICIÊNCIA DE RECEITAS.
QUALIFICAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SAÚDE MENTAL	REALIZAR 01 WORKSHOP DE INTEGRAÇÃO DA RAPS	WORKSHOP REALIZADO	1	0	0	1	1	DRA/RAPS	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA NO 3º QDM.
META: 2.	REALIZAR ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE EM 100% DA POPULAÇÃO ALVO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR O MONITORAMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC	MONITORAR OS 38 BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC	BENEFICIÁRIOS MONITORADOS	38	38	38	38	38	DRA/RAPS	1 - Meta Alcançada. FORAM MONITORADOS 38 BENEFICIÁRIOS NO 1º E 2º QDM, NO ENTANTO NO 3 QDM HOUVE UMA REDUÇÃO DE 10 USUÁRIOS BENEFICIADOS COM PVC, FINALIZANDO O PERÍODO COM 28 BENEFICIÁRIOS.
META: 3.	IMPLANTAR 04 UNIDADES DE ACOLHIMENTO, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR A ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	IMPLANTAR 02 UNIDADES DE ACOLHIMENTO	UNIDADES DE ACOLHIMENTO IMPLANTADAS	2	0	0	0	0	DRA/RAPS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 4.	IMPLANTAR 02 CONSULTÓRIOS NA RUA, ATÉ 2017.								
FOMENTAR INICIATIVAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	EXECUTAR O PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA:ATELIÊ CONSTRUART	PROJETO EXECUTADO	1	0	0	0	0	DRA/RAPS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. META REPROGRAMADA NA PAS 2016, NA META 1 DA MESMA DIRETRIZ E OBJETIVO.
META: 5.	VINCULAR 02 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS À ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO, ATÉ 2017.								
VINCULAR COMUNIDADES TERAPÊUTICAS À RAPS	CONVENIAR 15 LEITOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	LEITOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CONVENIADOS	15	0	0	0	0	DRA/RAPS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. NÃO HOUVE CONVÊNIOS COM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.
DIRETRIZ:05.	GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, COM ESTÍMULO AO ENVELHECIMENTO ATIVO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO.								
OBJETIVO:5.1.	MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO E PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS MEDIANTE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DAS REDES DE ATENÇÃO.								
META: 1.	REDUZIR DE 277,18/100.000 PARA 255,65/100.000 (2% AO ANO) A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS).								
AMPLIAR O ACESSO AO PROGRAMA MUNICPAL DE ESCOLARIZAÇÃO DE ADULTO E PESSOAS IDOSAS, EM PARCERIA COM A SEMED	IMPLANTAR O PROGRAMA NOS DISAS SUL E OESTE	PROGRAMA IMPLANTADO	2	0	0	0	0	DAP/GAP	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: O PROMEAPI TEVE VÁRIOS PROBLEMAS LOGÍSTICOS COMO NÚMERO INCIPIENTE DE ALUNOS E INDEFINIÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO, O QUE INVIABILIZOU SUA IMPLANTAÇÃO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLANTAR A LINHA GUIA DE DOENÇAS CRÔNICAS EM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E RENAIS CRÔNICOS	IMPLANTAR A LINHA GUIA DE DOENÇAS CRÔNICAS EM 246 UBS	UBS COM LINHA GUIA IMPLANTADA	246	0	0	0	0	DAP/GRCC	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: EM ANÁLISE PARA DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS VIÁVEIS E SUSTENTÁVEIS PARA IMPLANTAÇÃO DA LINHA.DEMANDARÁ ADITIVO OU CONTRATAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E AJUSTES PARA INSTITUIÇÃO DE FLUXO INTERNO E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE TÉCNICA.
IMPLANTAR AMBULATÓRIO INFANTIL DE ASMA E RINITE EM MANAUS	IMPLANTAR 4 AMBULATÓRIOS NO CUIDADO A CRIANÇA COM ASMA E RINITE	AMBULATÓRIO IMPLANTADO	4	0	0	0	0	DAP/GRCC	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: EM PROCESSO DE FORMULAÇÃO DE PROTOCOLO E FLUXO INTERNO.
IMPLANTAR LINHA DE CUIDADO DO PÉ DIABÉTICO EM MANAUS	IMPLANTAR SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO EM 04 UBS, RESPONSABILIZANDO-AS NO ATENDIMENTO À CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER DE 0 A 3A	UBS COM SERVIÇO IMPLANTADO	4	0	0	0	0	DAP/GRCC	2 - Meta Não Alcançada. 3QDM. REVISTO IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS AO PÉ DIABÉTICO PARA FERIDA CRÔNICA POR ENTRAVES LOGISTICOS E FINANCEIROS.PACTUAMOS COM O ESTADO 04 AMBULATÓRIOS DE FERIDAS POR DISTRITO. MANTIVEMOS A AVALIAÇÃO NEUROMOTORA (PREVENÇÃO DE FERIDA) PARA 2016.
MONITORAR A VACINAÇÃO DOS IDOSOS CONTRA INFLUENZA	VACINAR IDOSOS COM A VACINA CONTRA INFLUENZA	IDOSOS VACINADOS	80.00%	106,00%	0,00%	0,00%	106,00%	DAP/GAP	6 - Meta Superada. 3º QDM: META SUPERADA NO 1º QDM COM 106% DE IDOSOS VACINADOS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 2.	REDUZIR DE 33,44/10.000 PARA 30,84/10.000 (2% AO ANO) A TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.								
OFERTAR CURSO DE CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS	DISPONIBILIZAR 510 VAGAS DO CURSO DE CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS	VAGA DISPONIBILIZADA	510	42	203	169	414	DAP/GAP	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NO 1º QUADRIMESTRE COM 42 E NO 2º QUADRIMESTRE COM 203 VAGAS, TOTALIZANDO A META ANUAL DE 414 VAGAS OFERTADAS, ATINGIDO 81% DA META ANUAL. HOUVERAM PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS UMA VEZ QUE OS ORGANIZADORES DOS DISAS SE AUSENTARAM POR PROBLEMAS DE SAÚDE.
DIRETRIZ:07.	REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.								
OBJETIVO:7.1.	FORTALECER A PROMOÇÃO E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE.								
META: 1.	ALCANÇAR COBERTURA DE 95% DAS VACINAS PRECONIZADAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO EM MENORES DE 1 ANO, ATÉ 2017.								
AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (SI-PNI)	IMPLANTAR O SI-PNI EM 70 SALAS DE VACINA	SALAS DE VACINAS COM SI-PNI IMPLANTADO	70	71	0	0	71	DEVAE/GEVEP	6 - Meta Superada. META SUPERADA NO 1º QUADRIMESTRE EM PARCERIA COM A FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE QUE REALIZOU A DOAÇÃO DE COMPUTADORES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SIPNI.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
PREVENIR A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 95% EM VACINAS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO	CRIANÇAS COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA	95.00%	28,57%	25,00%	88,89%	88,89%	DEVAE/GEVEP	4 - Meta Parcialmente Alcançada. ALCANÇADA COBERTURA VACINAL EM DUAS (BCG = 118,50% E POLIOMIELITE = 106%), DAS SETE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO (BCG, MENINGOC[OCICA CONJ C, PENTAVALENTE, PNEUMOCÓCICA 10V, POLIOMIELITE, ROTAVÍRUS E FEBRE AMARELA).
VACINAR CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 05 ANOS CONTRA A POLIOMIELITE NA CAMPANHA NACIONAL	VACINAR 95% DAS CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 05 ANOS COM A VACINA CONTRA A POLIOMIELITE	CRIANÇAS VACINADAS	95.00%	0,00%	101,70%	0,00%	101,70%	DEVAE/GEVEP	6 - Meta Superada. META SUPERADA NO 2º QUADRIMESTRE. CAMPANHA REALIZADA EM MAIO DE 2015.
VACINAR CRIANÇAS DE 01 ANO CONTRA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA	VACINAR 95% DAS CRIANÇAS DE 01 ANO COM A VACINA TRÍPLICE VIRAL	CRIANÇAS VACINADAS	95.00%	87,37%	77,81%	77,65%	77,65%	DEVAE/GEVEP	4 - Meta Parcialmente Alcançada. DADOS DO 3º QUADRIMESTRE PASSÍVEIS DE ALTERAÇÃO EM FUNÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO NOVO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO.
META: 2.	ESTRUTURAR E/OU REESTRUTURAR E EQUIPAR 05 CENTRAIS DE REDE DE FRIO DE IMUNOBIOLÓGICO, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A ESTRUTURA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS	ELABORAR 01 PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE 02 REDES DE FRIO	PROJETO ELABORADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GEVEP	2 - Meta Não Alcançada. META REPROGRAMADA PARA 2016, COM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS (CÂMARAS REFRIGERADAS)

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 3.	REDUZIR EM 1% A INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS, PASSANDO DE 4,73 EM 2013 PARA 4,68, ATÉ 2017. (INDICADOR DE QUALIDADE)								
AMPLIAR A REDE DE DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	IMPLEMENTAR EM 15% O NÚMERO DE TESTES RÁPIDOS PARA HIV	TESTES RÁPIDOS DE HIV IMPLEMENTADOS	15.00%	68,00%	46,90%	58,66%	58,66%	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	6 - Meta Superada. RESULTADO DO 3º QUADRIMESTRE PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO. A TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV FOI AMPLIADA DE 03 EM 2012 PARA 89 UNIDADES DE SAÚDE.
AMPLIAR O ACESSO E A MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	DISPONIBILIZAR 200 MIL UNIDADES DE GEL LUBRIFICANTE	GEL LUBRIFICANTE DISPONIBILIZADO	200.000	900	26.600	58.250	85.750	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. QUANTITATIVO RECEBIDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
AMPLIAR O ACESSO E A MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	DISPONIBILIZAR 3 MILHÕES DE PRESERVATIVOS MASCULINOS	PRESERVATIVO DISPONIBILIZADO	3.000.000	2.119.152	1.338.064	2.390.464	5.847.680	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	6 - Meta Superada. QUANTITATIVO RECEBIDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE MAIS A CONTRAPARTIDA DO MUNICÍPIO
APOIAR PROJETOS DE ORGANIZAÇÕES DE SOCIEDADE CIVIL, REDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E MOVIMENTOS SOCIAS DE LUTA CONTRA A AIDS	APOIAR 15 PROJETOS DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS	PROJETOS APOIADOS	15	0	3	8	11	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. TRÊS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NÃO TIVERAM PROJETOS APOIADOS POR NÃO CUMPRIREM OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HEPATITES VIRAIS	APOIAR 100% DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AQUISIÇÃO DE INSUMOS E MATERIAIS TIPOGRÁFICOS	AÇÕES APOIADAS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	1 - Meta Alcançada. AÇÕES APOIADAS, PRINCIPALMENTE COM A DISPONIBILIZAÇÃO MATERIAIS TIPOGRÁFICOS E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS	ADQUIRIR 6.720 UNIDADES DE FÓRMULA INFANTIL	FÓRMULA INFANTIL ADQUIRIDA	6.720	0	0	0	0	DEVAE/GEVEP/DCDAT/NUDSTAIDS	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. AS FÓRMULAS INFANTIS PASSARAM A SER ADQUIRIDAS NO ÂMBITO DO PROGRAMA LEITE DO MEU FILHO
META: 4.	MANTER O MUNICÍPIO LIVRE DO VÍRUS DA RAIVA HUMANA E ANIMAL								
AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE REALIZAM ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO.	IMPLANTAR O PROGRAMA DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO EM 06 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AMPLIANDO DE 31 PARA 37 UNIDADES COM PROGRAMA IMPLANTADO.	UNIDADES COM PROGRAMA IMPLANTADO	6	0	2	2	4	DEVAE/GEVEP/DCDAT	4 - Meta Parcialmente Alcançada. DEVIDO O RACIONAMENTO NOS ÚLTIMOS MESES DE IMUNOBIOLÓGICOS DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O PROGRAMA FOI IMPLANTADO EM 02 UBS; VISANDO FORTALECER O PROGRAMA, AS AÇÕES FORAM IMPLEMENTADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE, AS QUAIS O PROGRAMA JÁ ESTÁ
MONITORAR A CIRCULAÇÃO DO VÍRUS DA RAIVA NO MUNICÍPIO DE MANAUS	COLETAR E ENCAMINHAR PARA ANÁLISE 100% DAS AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO DE CÃES SUSPEITOS DE RAIVA ANIMAL	AMOSTRAS COLETADAS E ANALISADAS	100.00%	31,51%	38,70%	32,25%	102,46%	DEVAE/CCZCD	6 - Meta Superada. HOUVE CORREÇÕES NOS RESULTADOS DO 1ºQDM (DE:94,50 P/ 31,51% - 127 AMOSTRAS), 2º QDM (DE: 116,40 P/ 38,7% - 156 AMOSTRAS), NO 3ºQDM FORAM ANALISADAS 132 AMOSTRAS. META ANUAL PREVISTA: 403 AMOSTRAS; META ALCANÇADA: 415 AMOSTRAS. TOTAL: 102,46%

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
MONITORAR A CIRCULAÇÃO DO VÍRUS DA RAIVA NO MUNICÍPIO DE MANAUS.	COLETAR E ENCAMINHAR PARA ANÁLISE 100% DAS AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO DE QUIRÓPTEROS SUSPEITOS (MORCEGOS).	AMOSTRAS COLETADAS E ANALISADAS	100.00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/CCZCD	1 - Meta Alcançada. COLETA É REALIZADA MEDIANTE DEMANDA: NO 1º QDM 01 AMOSTRA, NO 2º QDM NÃO HOUVE DEMANDA, NO 3° QDM: APENAS 02 AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO DE QUIRÓPTEROS SUSPEITOS FORAM COLETADAS E ENCAMINHADAS PARA ANÁLISE.
REALIZAR A VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA EM CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS	VACINAR 80% DA POPULAÇÃO CANINA ESTIMADA COM A VACINA ANTIRRÁBICA ANIMAL	POPULAÇÃO CANINA VACINADA	80.00%	0,27%	4,09%	81,03%	85,39%	DEVAE/CCZCD	6 - Meta Superada. 3º QDM: FORAM VACINADOS 163.180 CÃES DURANTE A CAMPANHA DE VACINAÇÃO 2015, QUE SOMADOS AOS 554 ANIMAIS VACINADOS NO 1º QDM, MAIS 8.238 ANIMAIS VACINADOS NO 2º QUADRIMESTRE TOTALIZAM 171.972 CÃES VACINADOS (ATUALIZADO EM MARÇO DE 2016)
REALIZAR A VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA EM CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS	VACINAR 100% DA POPULAÇÃO FELINA ESTIMADA COM A VACINA ANTIRRÁBICA ANIMAL	POPULAÇÃO FELINA VACINADA	100.00%	0,37%	4,08%	90,33%	94,78%	DEVAE/CCZCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3º QDM: FORAM VACINADOS 51.534 GATOS DO TOTAL DE 57.047.
META: 5.	MANTER PROGRAMA PERMANENTE DE CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS CONFORME LEI MUNICIPAL 161/2005.								
AMPLIAR AS AÇÕES DE CASTRAÇÃO DE CÃES E GATOS. (CONFORME LEI 161/2005)	CASTRAR ANUALMENTE 10.000 ANIMAIS	CASTRAÇÕES REALIZADAS	10.000	1.964	3.609	3.292	8.865	DEVAE/CCZCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3º QDM: AS UNIDADES MÓVEIS SÓ FORAM IMPLANTADAS NO FINAL DO PRIMEIRO QUADRIMESTRE (ABRIL).

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AMPLIAR AS AÇÕES DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO ELETRÔNICA DE CÃES E GATOS. (CONFORME LEI 1.590/2012)	IMPLANTAR ANUALMENTE 10.000 MICROCHIPS	MICROCHIPS IMPLANTADOS	10.000	1.964	3.609	3.292	8.865	DEVAE/CCZCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3° QDM: AS UNIDADES MÓVEIS SÓ FORAM IMPLANTADAS NO FINAL DO 1º QUADRIMESTRE (ABRIL)
DESCENTRALIZAR AS AÇÕES DE CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS E VIGILÂNCIA DE ZOONOSES	IMPLANTAR 2 UNIDADES MÓVEIS DE CASTRAÇÃO, REGISTRO, IDENTIFICAÇÃO, VACINAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A GUARDA RESPONSÁVEL	UNIDADE MÓVEL IMPLANTADA	2	2	0	0	2	DEVAE/CCZCD	1 - Meta Alcançada. 3° QDM: UNIDADES IMPLANTADAS EM ABRIL/2015
META: 6.	AMPLIAR NÚMERO DE AMBULATÓRIOS DE TABAGISMO, PASSANDO DE 13 EM 2013 PARA 60, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A COBERTURA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO	IMPLANTAR 15 AMBULATÓRIOS DE TRATAMENTO DE FUMANTES	AMBULATÓRIO IMLANTADO	15	0	10	0	10	DEVAE/GPROS/ NPHVS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. O remanejamento de RH constante e contenção de despesas apenas 10 novos Ambulatórios foram implantados no 2º QDM. Os esforços foram direcionados para manter os 14 Ambulatórios já existentes em funcionamento.
AMPLIAR A COBERTURA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO	IMPLANTAR EM 11 UNIDADES DE SAÚDE A ABORDAGEM BREVE AO FUMANTE	UNIDADE COM ABORDAGEM IMPLANTADA	11	0	0	0	0	DEVAE/GPROS/ NPHVS	2 - Meta Não Alcançada. A capacitação estava prevista para ocorrer na Exposaúde. Após seu cancelamento não houve tempo hábil para realização em Dezembro.
META: 7.	IDENTIFICAR PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO, EM 100% DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA ESF, ANUALMENTE ATÉ 2017.								
IDENTIFICAR A PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO NA POPULAÇÃO	CONTRATAR INSTITUTO DE PESQUISA PARA DIAGNÓSTICO DA PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO	INSTITUTO DE PESQUISA CONTRATADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GPROS/ NPHVS	2 - Meta Não Alcançada. Necessidade de reavaliação da abrangência da pesquisa e adequação dos recursos orçamentários disponíveis.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 8.	IMPLANTAR 14 ACADEMIAS DE SAÚDE, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR ESPAÇOS PÚBLICOS PARA REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS E CORPORAIS	IMPLANTAR 1 ACADEMIA DE SAÚDE QUE DISPONIBILIZE PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS E CORPORAIS	ACADEMIA IMPLANTADA	1	0	0	0	0	DEVAE/GPROS/ NPHVS	2 - Meta Não Alcançada. Segundo a Semef a Municipalidade não dispõe de recursos orçamentários e financeiros para acolher a proposta de construção da academia da saúde.
META: 9.	REDUZIR EM 5% A MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS POR ACIDENTE DE TRÂNSITO EM MANAUS, PASSANDO DE 234 ÓBITOS EM 2013 PARA 222 ATÉ 2017.								
FOMENTAR E COORDENAR AS AÇÕES DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO.	IMPLEMENTAR O PLANO DE MÍDIAS DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO	PLANO DE MÍDIA IMPLEMENTADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: O PLANO DE MÍDIAS DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO NÃO FOI IMPLEMENTADO, TENDO EM VISTA QUE O INVESTIMENTO FINANCEIRO NECESSÁRIO É SUPERIOR AO QUE SE TEM DISPONÍVEL PELO PROJETO.
FOMENTAR E COORDENAR AS AÇÕES DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO.	ELABORAR E PUBLICIZAR 02 BOLETINS SOBRE INDICADORES DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO	BOLETIM PRODUZIDO E PUBLICIZADO	2	0	0	0	0	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: FOI SOLICITADA A IMPRESSÃO DO BOLETIM, ENTRETANTO COM A DEMORA PARA IMPLANTAÇÃO DO OBSERVATÓRIO DE TRÂNSITO DE MANAUS, NÃO CONSEGUIMOS FECHAR OS DADOS PARA O BOLETIM EM TEMPO HÁBIL.
FOMENTAR E COORDENAR AS AÇÕES DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO.	IMPLANTAR 1 OBSERVATÓRIO DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE MANAUS	OBSERVATÓRIO IMPLANTADO	1	0	0	1	1	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: OBSERVATÓRIO DE TRÂNSITO DE MANAUS IMPLANTADO ATRAVÉS DA PUBLICAÇÃO DO DECRETO Nº 3.203, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2015, Edição 3765 (ART 6º).

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 10.	AMPLIAR O NUMERO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO, QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ, PASSANDO DE 61% EM 2012 PARA 100%, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO	ANALISAR 100% DO NÚMERO ESTIMADO DE AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS ESCHERICHIA COLI, COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	AMOSTRAS DE ÁGUA ANALISADAS	750	613	708	992	2.313	DEVAE/SEVASAR	6 - Meta Superada. 3 QDM: META SUPERADA POIS NO 1 QUADRIMESTRE FORAM REALIZADAS 613 ANALISES, NO 2 QUADRIMESTRE MAIS 708 E NO 3º QUADRIMESTRE MAIS 992 TOTALIZANDO NO ANO 2313 ANÁLISES REALIZADAS SUPERANDO O VALOR ANUAL ESTIPULADO.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO	RECADASTRAR E REINSPECIONAR 360 MODALIDADES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (PÚBLICA E ALTERNATIVA)	MODALIDADES DE ABASTECIMENTO REINSPECIONADAS E RECADASTRADAS	360	200	200	480	880	DEVAE/SEVASAR	6 - Meta Superada. 3º QDM: META SUPERADA POIS NO 1 QUADRIMESTRE FORAM REALIZADAS 200 REINSPECAO E RECASTRAMENTO DE MODALIDADES DE ABASTECIMENTO, NO 2 QUADRIMESTRE MAIS 200 E NO 3 QUADRIMESTRE 480 TOTALIZANDO 880 MODALIDADES DE ABASTECIMENTO
META: 11.	ENCERRAR 80% DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA REGISTRADAS NO SINAN, EM ATÉ 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO.								
AMPLIAR A CAPACIDADE DE DETECÇÃO E MONITORAMENTO DAS EMERGÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS,INCLUINDO AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI).	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA DETECTAR E MONITORAR EM TEMPO OPORTUNO AS DNCI.	EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS	40	0	13	0	13	DEVAE/CIEVS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. PROCESSOS NÃO FORAM ATENDIDOS EM SUA TOTALIDADE, SENDO ADQUIRIDOS APENAS 13 EQUIPAMENTOS NO 2º QDM.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
COORDENAR A BUSCA ATIVA E A INVESTIGAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI)	ENCERRAR OPORTUNAMENTE 80% DAS DNCI	DNCI COM INVESTIGAÇÃO ENCERRADA	80.00%	77,42%	79,68%	79,99%	79,03%	DEVAE/CIEVS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. DEMORA NA LIBERAÇÃO DOS EXAMES PELO IEC, PODENDO HAVER ALTERAÇÕES NO RESULTADO ANUAL.
QUALIFICAR TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ANÁLISE DE DADOS E SITUAÇÃO DE SAÚDE	REALIZAR 02 CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO EM ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS SECUNDÁRIOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CURSO REALIZADO	2	1	1	0	2	DEVAE/GEVEP	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA NO 2º QUADRIMESTRE
QUALIFICAR TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ANÁLISE DE DADOS E SITUAÇÃO DE SAÚDE	INSTITUIR COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE 01 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO	COOPERAÇÃO TÉCNICA INSTITUÍDA	1	0	0	0	0	DEVAE/GEVEP	2 - Meta Não Alcançada. TERMO DE COOPERAÇÃO EM PROCESSO DE FINALIZAÇÃO E ASSINATURA. EXECUÇÃO DO CURSO PREVISTA PARA 2016.
META: 12.	IMPLANTAR O PROGRAMA VIGIDESASTRES E VIGIAR ATÉ 2017. (VIGIAR À PARTIR DE 2015)								
IMPLANTAR O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO AR - VIGIAR	SELECIONAR E CADASTRAR 100% DAS ÁREAS ESTIMADAS COMO PRIORITÁRIAS PARA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO AR	ÁREAS SELECIONADAS E CADASTRADAS	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DEVAE/SEVASAR	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM :META DIRETAMENTOE LIGADA A IMPLANTACAO DA UNIDADE SENTINELA DE VIGILANCIA DA QUALIDADE DO AR.
IMPLANTAR O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO AR - VIGIAR	IMPLANTAR 01 UNIDADE SENTINELA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DA QUALIDADE DO AR	UNIDADE SENTINELA IMPLANTADA	1	0	0	0	0	DEVAE/SEVASAR	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: NÃO EXISTE UMA FONTE DE RECEITA ESPECIFICA PARA AQUISICAO DO EQUIPAMENTO QUE ESTÁ EM VALOR SUPERESTIMADO DEVIDO A COTAÇÃO DO DÓLAR.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 13.	AMPLIAR EM 60% O NÚMERO DE CADASTROS DE ÁREAS COM POPULAÇÃO EXPOSTA OU POTENCIALMENTE EXPOSTA A SOLO CONTAMINADO (VIGISOLO), ATÉ 2017.								
IDENTIFICAR POPULAÇÃO EXPOSTA OU POTENCIALMENTE EXPOSTA A SOLO CONTAMINADO	AMPLIAR O NÚMERO DE ÁREAS CADASTRADAS DE 326 PARA 489	ÁREAS CADASTRADAS	163	60	60	68	188	DEVAE/SEVASAR	6 - Meta Superada. 3º QDM: META SUPERADA POIS NO 1 QUADRIMESTRE FORAM CADASTRADAS 60 ÁREAS, NO 2º QUADRIMESTRE FORAM CADASTRADAS 60 ÁREAS E NO 3º QUADRIMESTRE FORAM CADASTRADAS MAIS 68 ÁREAS, TOTALIZANDO 188 ÁREAS CADASTRADAS SUPERANDO A META ANUAL ESTABELECIDA.
META: 14.	AUMENTAR A PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA PASSANDO DE 75% EM 2013 PARA 90%, ATÉ 2017.								
AUMENTAR A PROPORÇÃO DE REGISTROS DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	REALIZAR 05 TREINAMENTOS PARA ESTUDANTES DE MEDICINA DO ÚLTIMO ANO DE GRADUAÇÃO E MÉDICOS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA NO PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS	TREINAMENTO REALIZADO	5	2	2	1	5	DICAR	1 - Meta Alcançada. REALIZADO TREINAMENTO DE FORMA CONTINUADA VISANDO A QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS.
META: 15.	AMPLIAR EM 10% O NÚMERO NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO CEREST EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR, ATÉ 2017.								
PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	AMPLIAR AS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO PASSANDO DE 868 EM 2014 PARA 954 EM 2015	NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS AMPLIADAS	86	318	345	802	1.465	DEVAE/CEREST	6 - Meta Superada. para superação da meta: acompanhamento das notificações dos DISAS, quanto o campo OCUPAÇÃO das fichas do SINAN dos agravos relacionados ao trabalho: recebimento da via/sus da CAT, dos sindicatos (principalmente dos metalúrgicos).
REESTRUTURAR A SEDE DO CEREST	REESTRUTURAR 01 SEDE DO CEREST	SEDE DO CEREST REESTRUTURADA	1	0	0	0	0	DEVAE/CEREST	2 - Meta Não Alcançada. Espaço fisico nao disponibilizado(seria bloco onde funciona DVISA).

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 16.	GARANTIR QUE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR SEJAM EFETIVADAS NAS UNIDADES QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR, NA REGIÃO METROPOLITANA, EM PARCERIA COM OS DISA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATÉ 2017.								
CAPACITAR FISCAIS DE SAÚDE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT)	REALIZAR 01 CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT) PARA FISCAIS DE SAÚDE.	CURSO DE VISAT REALIZADO	1	1	0	0	1	DEVAE/CEREST	1 - Meta Alcançada. Meta realizada no 1º quadrimestre.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	REALIZAR 36 INSPEÇÕES EM AMBIENTES DE TRABALHO	INSPEÇÕES REALIZADAS	36	24	18	9	51	DEVAE/CEREST	6 - Meta Superada. 1º QDM 24, 2º QDM 18. A SUPERAÇÃO DA META SE DEU POR 3 MOTIVOS: SENSIBILIZAÇÃO DOS FISCAIS DE SAÚDE EM VIG. EM SAÚDE DO TRAB. NO 1º QDM; 2 ESCOLHA DO PROC. PROD PARA INSP. EM AMBIENTE DE TRAB 3X AO MÊS. 3 ATENDER DEMANDA ESPONTÂNEA DA VIG. SANITÁRIA
META: 18.	AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO CONTINUA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS, PASSANDO DE 55 EM 2013 PARA 80, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS	REALIZAR 1 FÓRUM INTEGRADO PARA FOMENTAR A ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL	FORUM REALIZADO	1	0	0	1	1	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: FORUM FOI REALIZADO COM UNIDADES DO DISTRITO DE SAÚDE LESTE.
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS	PRODUZIR E DISTRIBUIR 100.000 UNIDADES DE MATERIAL TIPOGRÁFICO COM ENFOQUE NA REDUÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E TURISMO SEXUAL	MATERIAL TIPOGRÁFICO PRODUZIDO E DISTRIBUÍDO	100.000	0	0	100.000	100.000	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS PELO NÚCLEO E DISTRIBUIDOS PARA OS DISTRITOS DE SAÚDE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS	REALIZAR 1 FÓRUM PARA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA VIVA INQUÉRITO E PREMIAÇÃO DOS SERVIÇOS E SERVIDORES PARTICIPANTES	FÓRUM REALIZADO	1	0	0	1	1	DEVAE/GPROS/ NPRSCE	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: COM O CANCELAMENTO DA EXPOSAÚDE O FORUM FOI REALIZADO EM DEZEMBRO NA ALEAM, COM A PARTICIPAÇÃO DOS SERVIDORES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA.
OBJETIVO:7.2.	REDUZIR A MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS ENDÊMICAS.								
META: 19.	ALCANÇAR A PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA NA COORTE DE AVALIAÇÃO, PASSANDO DE 75% EM 2012 PARA 85%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAME DE CULTURA DE ESCARRO PARA TUBERCULOSE	IMPLANTAR SERVIÇO DE PRODUÇÃO DO MEIO DE CULTURA NO LABORATÓRIO DISTRITAL LESTE	SERVIÇO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	2 - Meta Não Alcançada. PROCESSO ESTÁ EM ANDAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE KITS COM MEIO DE CULTURA PRONTO QUE SERÁ CONCLUÍDO EM 2016.
AMPLIAR O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	CONTRATAR SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE MOTOCICLETAS COM MOTORISTA PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE ESCARRO PARA OS LABORATÓRIOS DISTRITAIS	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE ESCARRO CONTRATADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	2 - Meta Não Alcançada. PROCESSO ESTÁ EM ANDAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO E SERÁ CONCLUÍDO EM 2016.
AMPLIAR O ACESSO ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA	REALIZAR 01 INQUÉRITO DE TUBERCULOSE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DO RIO TARUMÃ-AÇU	INQUÉRITO REALIZADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	2 - Meta Não Alcançada. O INQUÉRITO NÃO FOI REALIZADO EM FUNÇÃO DO EQUIPAMENTO E DOS CARTUCHOS DO TESTE RÁPIDO MOLECULAR A SEREM UTILIZADOS NA AÇÃO, TEREM SIDO RECEBIDOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PERÍODO DE SECA DO RIO

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AMPLIAR O ACESSO ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	REALIZAR INQUÉRITOS DE TUBERCULOSE EM 09 UNIDADES PRISIONAIS	INQUÉRITO REALIZADO	9	0	2	0	2	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. FORAM REALIZADOS 2 INQUÉRITOS NO 2º QDM. CALENDÁRIO DE ATIVIDADES FOI SUSPENSO EM FUNÇÃO DA INSTABILIDADE DA SEGURANÇA NAS UNIDADES PRISIONAIS, PORÉM SERÁ DADA CONTINUIDADE EM 2016 POR SE TRATAR DE PROJETO ESPECÍFICO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE.
FORTALECER AS ATIVIDADES DE BUSCA ATIVA E EXAME DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS DE TUBERCULOSE	IDENTIFICAR E EXAMINAR, NO MÍNIMO, 85% DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ESTIMADOS	SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO EXAMINADO	85.00%	63,80%	70,10%	56,50%	63,47%	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADO PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO EM FUNÇÃO DA ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS UNIDADES PRISIONAIS, FEDERAIS E ESTADUAIS. (ATUALIZADO EM MARÇO DE 2016)
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA DA TUBERCULOSE	REALIZAR 02 SEMINÁRIOS DE MANEJO CLÍNICO E VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE	SEMINÁRIO REALIZADO	2	0	0	1	1	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. SEGUNDO SEMINÁRIO REPROGRAMADO PARA 2016
IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS DE ADESÃO E BUSCA ATIVA DE CASOS FALTOSOS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	CURAR, NO MÍNIMO, 85% DOS CASOS NOVOS DE TB BACILÍFERA RESIDENTES EM MANAUS	CASOS NOVOS DE TB BACILÍFERA CURADOS	85.00%	73,10%	72,80%	73,19%	73,19%	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADO PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO EM FUNÇÃO DA ATUALIZAÇÃO DA BASE DE DADOS E TEMPO (ATUALIZADO EM MARÇO DE 2016) DE TRATAMENTO DOS CASOS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 20.	ALCANÇAR A REALIZAÇÃO DE 90% DE EXAMES ANTI-HIV NOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, ATÉ 2017.								
IMPLEMENTAR O DIAGNÓSTICO DA COINFECÇÃO TB/HIV	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE 90% DE TESTAGEM PARA HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TB NOTIFICADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM TESTE RÁPIDO ANTI-HIV IMPLANTADO	CASO NOVO DE TUBERCULOSE TESTADO PARA HIV	90.00%	66,10%	53,90%	70,70%	70,70%	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. AMPLIOU-SE O NÚMERO DE UNIDADES COM TESTE RÁPIDO IMPLANTADO, PORÉM OS SERVIÇOS AINDA NÃO SE ORGANIZARAM PARA DISPONIBILIZAR OFERTA DIÁRIA.
IMPLEMENTAR O DIAGNÓSTICO DA COINFECÇÃO TB/HIV	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE, NO MÍNIMO, 75% DE TESTAGEM ANTI-HIV ENTRE OS CASOS NOVOS DE TB RESIDENTES EM MANAUS	CASO NOVO DE TUBERCULOSE TESTADO PARA HIV	75.00%	54,10%	49,00%	57,93%	57,93%	DEVAE/GVEPI/DCDAT/NUTUB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADO PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO EM FUNÇÃO DA ATUALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS NO 3º QUADRIMESTRE. (ATUALIZADO EM MARÇO/2016)
META: 21.	ALCANÇAR A PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE PASSANDO DE 85% EM 2012 PARA 90%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR AS AÇÕES PARA DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE E REDUÇÃO DA CARGA PARASITÁRIA DAS GEOHELMINTÍASES	REALIZAR CAMPANHA DE HANSENÍASE E GEOHELMINTÍASE EM 100% DAS UBS COM PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA IMPLANTADO	CAMPANHA REALIZADA	1	0	1	0	1	DEVAE/NUHUANS	1 - Meta Alcançada. CAMPANHA INICIOU EM AGOSTO E ENCERROU EM 29/11/2015, COM ÊXITO.
FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA HANSENÍASE E EXAME DOMICILIAR DE CONTATOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE 80% DE CONTATOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	CONTATOS EXAMINADOS	80.00%	81,00%	83,09%	84,15%	84,15%	DEVAE/NUHUANS	6 - Meta Superada. A ESTRATÉGIA DE REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA DE CONTATOS EM PARCERIA COM AS FUNDAÇÕES, QUE DETEM O MAIOR NÚMERO DE CASOS, AMPLIOU A PROPORÇÃO DE EXAMINADOS.(ATUALIZADO EM MARÇO/2016)

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLEMENTAR O ACOMPANHAMENTO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE E DA BUSCA ATIVA DOMICILIAR DE FALTOSOS AO TRATAMENTO	ALCANÇAR PROPORÇÃO DE CURA DE 87,6% NA COORTE DE CASOS NOVOS DE HANSENIÁSE	CASOS NOVOS DE HANSENÍASE CURADOS	87.60%	80,60%	82,60%	85,42%	85,42%	DEVAE/NUHUANS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. RESULTADO PASSÍVEL DE ALTERAÇÃO. ALGUNS CASOS AINDA ESTÃO SEM INFORMAÇÃO. (ATUALIZADO EM MARÇO/2016)
META: 22.	IMPLANTAR O PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE OUTRAS ZOONOSES (LEISHMANIOSE VISCERAL, LARVAS MIGRANS VISCERAL E CUTÂNEA, E LEPTOSPIROSE), ATÉ 2017.								
MONITORAR A OCORRÊNCIA DE LARVAS MIGRANS VISCERAL E CUTÂNEA NAS ÁREAS DE LAZER NO MUNICÍPIO DE MANAUS	IMPLANTAR SERVIÇO DE COLETA E ANÁLISE DE OCORRÊNCIA DE LARVAS MIGRANS EM 05 ÁREAS PÚBLICAS DE LAZER NO MUNICÍPIO DE MANAUS	SERVIÇO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	DEVAE/CCZCD	2 - Meta Não Alcançada. PENDENTE A ESTRUTURAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO.
REDUZIR A OCORRÊNCIA DE LEPTOSPIROSE NO MUNICÍPIO DE MANAUS	REALIZAR INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL EM 100% DAS ÁREAS DE OCORRÊNCIA DE LEPTOSPIROSE	INVESTIGAÇÕES REALIZADAS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/CCZCD	1 - Meta Alcançada. 1º QDM: 15 INVESTIGAÇÕES REALIZADAS. 2º QDM: 61 INVESTIGAÇÕES REALIZADAS. 3° QDM: 20 INVESTIGAÇÕES REALIZADAS, TOTALIZANDO 96 INVESTIGAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO.
REDUZIR A OCORRÊNCIA DE LEPTOSPIROSE NO MUNICÍPIO DE MANAUS	REALIZAR O CONTROLE DE ROEDORES EM 100% DAS ÁREAS PÚBLICAS DE RISCO PARA LEPTOSPIROSE	CONTROLE DE ROEDORES REALIZADO	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/CCZCD	1 - Meta Alcançada. CONTROLE REALIZADO 100% DAS ÁREAS SELECIONADAS: 1º QDM:(32 ÁREAS); 2º QDM: (32 ÁREAS); 3º QDM: (6 ÁREAS), TOTALIZANDO 70 ÁREAS DE RISCO

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 23.	IMPLANTAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA PARA ÁREAS DE RISCO DE OCORRÊNCIA DE DOENÇA DE CHAGAS, ATÉ 2017.								
IMPLANTAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS	ELABORAR PLANO DE CONTINGÊNCIA DE SURTOS DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	PLANO ELABORADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GEVAM/ DCDTV	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: PLANO ELABORADO NO 1º QDM SOMENTE COM AÇÕES DE CONTROLE VETORIAL, PORÉM DEVE SER INTERSETORIAL E INTERINSTITUCIONAL - PROGRAMADO OFICINA PARA 2016.
META: 24.	REDUZIR EM 60% OS CASOS DE MALÁRIA, PASSANDO DE 9.728 EM 2012 PARA 3.891, ATÉ 2017.								
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	LOCAR 35 PICK-UP CABINE DUPLA COM TRAÇÃO 4X4	VEÍCULO LOCADO	35	11	0	0	11	DEVAE/GEVAM/ NCM	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 1º QDM: DE 35 VEÍCULOS COM TRAÇÃO 4X4 SOLICITADOS FORAM ATENDIDOS 11 VEÍCULOS 2X2 SEM TRAÇÃO. 3º QDM: PROCESSO PARA LOCAÇÃO DE 24 VEÍCULOS COM TRAÇÃO 4X4 EM ANDAMENTO PROCESSO Nº 2015 1637 5992.
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	LOCAR 54 MOTOCICLETAS 150CC TIPO CROSS PARA OS RAMAIS DE DIFÍCIL ACESSO	VEÍCULO LOCADO	54	0	0	0	0	DEVAE/GEVAM/ NCM	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: PROCESSO INDEFERIDO AGUARDANDO ATA SEMEF
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	ADQUIRIR 20 MICROSCÓPIOS PARA ÁREAS DE TRANSMISSÃO DA MALÁRIA	MICROSCÓPIO ADQUIRIDO	20	0	43	14	57	DEVAE/GEVAM/ NCM	6 - Meta Superada. 3º QDM: NO 2º QUADRIMESTRE FORAM ADQUIRIDOS 43 MICROSCÓPIOS E NO 3º QUADRIMESTRE FORAM ADQUIRIDOS MAIS 14 MICROSCÓPIOS DOS 20 SOLICITADOS, SUPERANDO A META ESTIPULADA .

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	CONTRATAR SERVIÇO DE MANEJO AMBIENTAL DIRECIONADO AO CONTROLE OU ELIMINAÇÃO DO VETOR DA MALÁRIA EM ÁREAS URBANAS DO MUNICÍPIO	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GEVAM/NCM	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: PROCESSO EM ANDAMENTO PARA CONTRATAÇÃO SE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DIRECIONADO A DESTRUIÇÃO DE AMBIENTES EM ÁREAS ALAGADIÇAS PROPICIOS A PROLIFERAÇÃO DO VETOR DA MALÁRIA NA FORMA IMATURA E ALADA. PROC Nº 2015 1637 5984
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	CONTRATAR SERVIÇO PARA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS DE ASPERSÃO DE INSETICIDA	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	1	0	1	DEVAE/GEVAM/NCM	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS DE ASPERSÃO DE INSETICIDA REALIZADA NO 2º QUADRIMESTRE
ESTRUTURAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA	CONTRATAR SERVIÇO DE VIGILÂNCIA PREDIAL PARA BASES DA MALÁRIA	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	0	0	0	DEVAE/GEVAM/NCM	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: META REPROGRAMADA PARA 2016.
PROMOVER AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA MALÁRIA.	REDUZIR 15% DOS CASOS DE MALÁRIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS.	CASOS DE MALÁRIA REDUZIDOS	15.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DEVAE/GEVAM/NCM	2 - Meta Não Alcançada. 3º QDM: META EPIDEMIOLÓGICA DIRETAMENTE LIGADA A META ESTRUTURANTE. FATORES: LOGÍSTICA, EQUIPAMENTOS, INVASÕES, MOBILIDADE POPULACIONAL. AO INVÉS DE REDUÇÃO AUMENTOU 11,22% NO 1 QUADRIMESTRE, 53,09% NO 2º QUADRIMESTRE E 59% NO 3º QUADRIMESTRE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 25.	REDUZIR A MENOS DE 1% A MALÁRIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM, ATÉ 2017.								
PROMOVER AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA MALÁRIA	REDUZIR PARA MENOS DE 2% O ÍNDICE DE MALÁRIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM.	CASOS DE MALÁRIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM REDUZIDOS	2.00%	0,70%	0,20%	0,20%	0,20%	DEVAE/GEVAM/NCM	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: IMPLANTADO O PROTOCOLO DE NORMAS E PROCEDIMENTOS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE MALARIA POR P. FALCIPARUM NOS DISTRITOS DE SAÚDE.
META: 26.	REDUZIR O NÚMERO DE ÓBITOS DE DENGUE, PASSANDO DE 17 ÓBITOS EM 2011 PARA 7 ÓBITOS, ATÉ 2017.								
REALIZAR INSPEÇÕES DOMICILIARES EM 20% DOS IMÓVEIS SORTEADOS PARA CADA AMOSTRA.	REALIZAR 3 LIRAA	LIRAA REALIZADO	3	1	0	1	2	DEVAE/GEVAM/NCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3º QUAD - LIRAa REALIZADO NO MÊS DE NOVEMBRO
REALIZAR VISITA EM PONTOS ESTRATÉGICOS (PE) INFESTADOS EM PARCERIA COM A VIGILÂNCIA SANITÁRIA.	ALCANÇAR COBERTURA DE 100% DE VISITA NOS PONTOS ESTRATÉGICOS (PE) INFESTADOS.	PONTOS ESTRATÉGICOS VISITADOS	100.00%	0,00%	32,00%	15,00%	47,00%	DEVAE/GEVAM/NCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. PE VISITADOS: 0% NO 1º QDM, 32% NO 2° QDM E 15% NO 3º QDM. META ANUAL DE 47%. CONSIDERANDO A PARCERIA COM VISA MANAUS FORAM VISITADOS 140 PEs DE GRANDE E MÉDIO PORTE NOS DISTRITOS NORTE E LESTE (2º QDM=95 E 3º QDM=45; TOTAL=140).
REDUZIR O ÍNDICE DE INFESTAÇÃO DE AEDES AEGYPTI EM 25% NOS EXTRATOS COM INFESTAÇÃO ACIMA DE 3	IMPLANTAR CHECK LIST 10 MINUTOS CONTRA O AEDES AEGYPTI NOS DOMICÍLIOS DOS BAIRROS PRIORITÁRIOS DE MANAUS	DOMICÍLIOS COM CHECK LIST 10 MINUTOS IMPLANTADO	579.113	138.174	87.998	57.233	283.405	DEVAE/GEVAM/NCD	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 3º QDM:Processo de empenho do material informativo tipo Check List 10 minutos recebido na segunda quinzena de dezembro.
OBJETIVO:7.4.	PREVENIR DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES.								

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 27.	REALIZAR 100% DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
ANALISAR PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE	REALIZAR ANÁLISE DA DEMANDA DE PROJETO BÁSICO DE ARQUITETURA DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE À SAÚDE	PROJETOS ANALISADOS	70	23	32	34	89	DVISA	6 - Meta Superada. SENDO 23 PROJETOS ANALISADOS NO 1º QDM, 32 PROJETOS ANALISADOS NO 2º QDM e 34 no 3º QDM, TOTALIZANDO 89 PROJETOS ANALISADOS.
DISPONIBILIZAR CANAL DE ESCUTA DISK DENÚNCIA DO VISA MANAUS (RÁDIO, JORNAL, TV, INTERNET)	DIVULGAR DISK DENÚNCIA DO VISA MANAUS (RÁDIO, JORNAL, TV, INTERNET) JUNTAMENTE COM AS AÇÕES DE VISA	DIVULGAÇÃO REALIZADA	12	0	0	12	12	DVISA	1 - Meta Alcançada. POR MEIO DO PROGRAMA "MOMENTO CIDADÃO DA PREFEITURA" E DE AÇÕES DE VISA DIVULGADAS EM MÍDIAS (TV, RÁDIO E INTERNET) E JORNAIS IMPRESSOS.
DIVULGAR NO ÂMBITO MUNICIPAL AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	DISPONIBILIZAR INFORMAÇÕES SOBRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS AÇÕES NA PÁGINA DO VISA MANAUS NO SITE DA SEMSA	PÁGINA ALIMENTADA	1	1	0	0	1	DVISA	1 - Meta Alcançada. NO 1º QDM, INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS NO CANAL DA REDESIM (PORTAL DO EMP. JUCEA). LINKS PARA O SITE DA SEMSA.
PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE INTEGRAIS.	PROMOVER CAPACITAÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE AGENTES DE ENDEMIAS EM AÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.	CAPACITAÇÃO REALIZADA	2	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. POR EXCESSO DE DEMANDAS PARA AÇÕES DA VISA. SERÁ DEFINIDA A CAPACITAÇÃO COM A DIRETORIA DO DVAE. REPROGRAMADA NA PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
PROMOVER ATIVIDADES EDUCATIVAS POR MEIO DE EVENTOS (SETORES REGULADOS COMO: INSTITUIÇÕES DE ENSINO, SHOPPINGS E OUTROS) PARA ORIENTAR QUANTO À QUALIDADE DOS PRODUTOS E SERVIÇOS OFERECIDOS NOS AMBIENTES DAS COMPETÊNCIAS DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.	EXECUTAR ATIVIDADES EDUCATIVAS COM O SETOR REGULADO, DISTRIBUINDO MATERIAL INSTRUCIONAL EDUCATIVO. (BALCÕES DE ORIENTAÇÕES)	ATIVIDADES EXECUTADAS	12	2	4	20	26	DVISA	6 - Meta Superada. FORAM EXECUTADAS 02 ATIVIDADES EDUCATIVAS NO 1º QDM (EM BARES E BLOCOS DE CARNAVAL), 04 ATIVIDADES NO 2º QDM E 20 ATIVIDADES NO 3º QDM, TOTALIZANDO 26 ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS NO PERÍODO.
PROMOVER EVENTOS DE EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SHOPPINGS E OUTROS LUGARES DE ACESSO DA POPULAÇÃO EM GERAL PARA ESCLARECER SOBRE AS ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS DA VISA MANAUS.	EXECUTAR EVENTOS, CONFECCIONAR, IMPRIMIR E DIVULGAR MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE A ATUAÇÃO DO VISA MANAUS PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	EVENTOS REALIZADOS	4	2	48	0	50	DVISA	6 - Meta Superada. FORAM REALIZADOS 02 EVENTOS NO 1º QDM E 48 NO 2º QDM (SEMANA NACIONAL DE VISA, AÇÕES EDUC. POP EM GERAL - MERCADOS E FEIRAS, SUPERM, LOCAIS MANIP. ALIM. E USUÁRIOS DE SERV. DE SALÕES, ODONTO, ACADEMIA, FACULD. E FAPEAM). TOTALIZANDO 50 AÇÕES.
PROMOVER INSPEÇÕES SANITÁRIAS	REALIZAR INSPEÇÕES SANITÁRIAS PARA FINS DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO, DE INVESTIGAÇÃO DE DENÚNCIA E POR SOLICITAÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS	INSPEÇÕES REALIZADAS	10.050	2.426	3.012	2.799	8.237	DVISA	4 - Meta Parcialmente Alcançada. POR MOTIVO DO CANCELAMENTO DAS BLITZ NOTURNAS E EXTRAORDINÁRIAS, SENDO 2.426 NO 1º QDM, 3.012 NO 2º QDM E 2.799 NO 3º QDM, TOTALIZANDO 8.237 INSPEÇÕES DAS 10.050 PROGRAMADAS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
REALIZAR AÇÕES DE COERÇÃO, INVESTIGAÇÃO E INSPEÇÃO CONJUNTAS COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SAÚDE DO TRABALHADOR E ASSISTÊNCIA	REALIZAR AÇÕES CONJUNTAS DEMANDADAS COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SAÚDE DO TRABALHADOR E ASSISTÊNCIA	AÇÕES CONJUNTAS REALIZADAS	6	3	24	8	35	DVISA	6 - Meta Superada. AÇÕES CONJUNTAS REALIZADAS COM O DVAE, PRINCIPALMENTE NAS AÇÕES DE COMBATE A DENGUE E CHICKUNGUNYA, COM O CEREST EM MARMORARIAS DE MANAUS, SENDO 3 NO 1ºQDM, 24 NO 2ºQDM E 8 NO 3ºQDM, TOTALIZANDO 35 AÇÕES.
REALIZAR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DE FORMA INTERSETORIAL	REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE À FALSIFICAÇÃO E FRAUDE DE MEDICAMENTOS, JUNTAMENTE COM AS AUTORIDADES POLICIAIS DE TODAS AS ESFERAS	AÇÕES CONJUNTAS REALIZADAS	2	2	0	0	2	DVISA	1 - Meta Alcançada. NO 1º QUADRIMESTRE. AÇÃO DESENVOLVIDA EM CONJUNTO COM A POLÍCIA FEDERAL
META: 28.	REESTRUTURAR A VIGILÂNCIA SANITÁRIA APRIMORANDO A ESTRUTURA FÍSICA, ADMINISTRATIVA, FLUXOS, PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS SERVIDORES, ATÉ 2017.								
ADQUIRIR EQUIPAMENTOS PARA O VISA MANAUS	DOTAR A VISA MANAUS DE EQUIPAMENTOS: 20 TABLETS, 20 COMPUTADORES; 20 NOBREAKS; 03 DATASHOW	EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS	63	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. TENDO EM VISTA A NÃO CONCRETIZAÇÃO DA MUDANÇA PARA A NOVA SEDE DA VISA.
ADQUIRIR MATERIAIS E INSTRUMENTOS INERENTES À ATIVIDADE FISCALIZATÓRIA	DOTAR A VISA MANAUS DE: 40 TERMÔMETROS SEM CONTATO; 10 TRENAS ELETRÔNICAS; 02 EQUIPAMENTOS PARA MEDIÇÃO DE RADIAÇÃO	MATERIAIS E INSTUMENTOS ADQUIRIDOS	52	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. TENDO EM VISTA A NÃO CONCRETIZAÇÃO DA MUDANÇA PARA A NOVA SEDE DA VISA.
ADQUIRIR MOBILIÁRIO PARA ATENDER A NOVA ESTRUTURA DO VISA MANAUS	DOTAR A VISA MANAUS DE MOBILIÁRIO PARA ATENDER A DEMANDA DA NOVA ESTRUTURA	VISA MANAUS MOBILIADA	1	1	0	0	1	DVISA	1 - Meta Alcançada. MOBILIÁRIO USADO NA ESTRUTURA ANTIGA DA VISA. META ALCANÇADA NO 1º QDM, TENDO EM VISTA A NÃO CONCRETIZAÇÃO DA MUDANÇA PARA A NOVA SEDE DA VISA.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
ATUALIZAR CÓDIGO SANITÁRIO MUNICIPAL	REVISAR A MINUTA DO CÓDIGO SANITÁRIO	MINUTA REVISADA	1	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. LEGISLAÇÃO ESTADUAL AINDA EM DISCUSSÃO, COM REFLEXOS NO LICENCIAMENTO DE VISA. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.
CAPACITAR GESTORES E SERVIDORES DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VISANDO O FORTALECIMENTO DA GESTÃO, DE ACORDO COM SUA ÁREA DE ATUAÇÃO E CONFORME POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO	CAPACITAR GESTORES E SERVIDORES DA VISA MANAUS	SERVIDORES CAPACITADOS	30	0	0	3	3	DVISA	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NO 3º QUADRIMESTRAIS 03 GESTORES DA VISA CAPACITADOS NO PDG SEMSA. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.
CONTRATAR CONSULTORIA PARA REORGANIZAR OS FLUXOS E PROCESSOS DE TRABALHO NO ÂMBITO DA VISA MANAUS	REORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO NO ÂMBITO DA VISA MANAUS	PROCESSOS REORGANIZADOS	100.00%	0,00%	0,00%	20,00%	20,00%	DVISA	4 - Meta Parcialmente Alcançada. CRIADA COMISSÃO INTERNA PARA O CUMPRIMENTO DA META. NO 3 ºQDM 20% DOS TRABALHOS DE PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E FLUXOS FORAM CONCLUÍDOS (ROTEIROS DE INSPEÇÕES).
IMPLANTAR SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - MOBILIDADE, GEORREFERÊNCIA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA E GERAL.	INSTALAR E UTILIZAR SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - MOBILIDADE, INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA GEORREFERENCIADA E GERAL	SISTEMA IMPLANTADO	3	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. META SENDO DESENVOLVIDA EM CONJUNTO COM O COMITÊ DE DESBUROCRATIZAÇÃO DA PMM, EM CONJUNTO COM AS SECRETARIAS LICENCIADORAS. META REPROGRAMADA NA PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
LOCAR VEÍCULOS AUTOMOTORES	LOCAR VEÍCULOS AUTOMOTORES DO TIPO PICK-UP	VEÍCULOS LOCADOS	5	0	0	0	0	DVISA	2 - Meta Não Alcançada. DEVIDO AOS VEÍCULOS ATUAIS AINDA APRESENTAREM BOAS CONDIÇÕES DE USO.
META: 29.	ALCANÇAR 95% DA TAXA DE CURA DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NOTIFICADOS NO ANO ANTERIOR.								
IMPLEMENTAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA PARA CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.	ELABORAR 01 PLANO DE CONTROLE DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.	PLANO ELABORADO	1	1	0	0	1	DEVAE/GEVAM/ DCDTV	1 - Meta Alcançada. 3º QDM - PLANO ELABORADO NO 1º QUADRIMESTRE
IMPLEMETAR AÇÕES DE VIGILÂNCIA PARA CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.	REALIZAR A BORRIFAÇÃO INTRA DOMICILIAR EM 100% DAS ÁREAS DE TRANSMISSÃO.	BORRIFAÇÃO INTRA DOMICILIAR REALIZADA	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DEVAE/GEVAM/ DCDTV	1 - Meta Alcançada. FORAM REALIZADAS BORRIFAÇÃO INTRADOMICILIAR EM 60 ÁREAS PRIORITÁRIAS DE ACORDO COM MAPEAMENTO DE RISCO SENDO: 20 NO 1º QDM, 33 NO 2º QDM E 14 NO 3º QDM .
DIRETRIZ:08.	GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS.								
OBJETIVO:8.1.	AMPLIAR A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HORUS COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.								
META: 1.	IMPLANTAR UM SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HÓRUS OU COMPATÍVEL, EM 100% DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DA ATENÇÃO BÁSICA, ATÉ 2017.								
QUALIFICAR A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - HÓRUS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO	SISTEMA HÓRUS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	DRA/GEASF	2 - Meta Não Alcançada. NÃO OCORREU A CAPACITAÇÃO PRESENCIAL DO SISTEMA HÓRUS COM A EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM NOVEMBRO/2015. ESTÁ PROGRAMADA A CAPACITAÇÃO PRESENCIAL DO SISTEMA HÓRUS COM A EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ABRIL DE 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
QUALIFICAR A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - HÓRUS EM 10 FARMÁCIAS GRATUITAS	FARMÁCIAS GRATUITAS COM SISTEMA HÓRUS IMPLANTADO	10	1	2	2	5	DRA/GEASF	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NÃO OCORREU A CAPACITAÇÃO PRESENCIAL DO SISTEMA HÓRUS COM A EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM NOVEMBRO/2015. ESTÁ PROGRAMADO A CAPACITAÇÃO PRESENCIAL DO SISTEMA HÓRUS COM A EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ABRIL DE 2016.
OBJETIVO:8.2.	APRIMORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA VISANDO O ATENDIMENTO HUMANIZADO E MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO À POPULAÇÃO PROPORCIONANDO ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS.								
META: 2.	IMPLANTAR 01 NOVA CENTRAL DE ABASTECIMENTO E LOGÍSTICA, ATÉ 2017.								
REESTRUTURAR A CENTRAL DE ABASTECIMENTO	IMPLANTAR 01 (UMA) NOVA ESTRUTURA DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO	NOVA ESTRUTURA CENTRAL DE ABASTECIMENTO IMPLANTADA	1	0	1	0	1	DRA/GEASF	1 - Meta Alcançada. NO 2º QUADRIMESTRE.
META: 3.	IMPLANTAR SERVIÇOS DE FARMÁCIA CLÍNICA EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, ATÉ 2017.								
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE DA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES AO REPASSE FEDERAL, NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXOS I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (9.345.362,40)	RECURSO FEDERAL APLICADO	100.00%	81,92%	0,37%	17,71%	100,00%	DRA/GEASF	1 - Meta Alcançada. RECURSO FEDERAL APLICADO: 81,92% NO 1º QDM, 0,37% NO 2º QDM E 17,71 NO 3º QDM, TOTALIZANDO 100% DO RECURSO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE DA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES A CONTRAPARTIDA ESTADUAL, NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXOS I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (2.897.062,34)	RECURSO ESTADUAL APLICADO	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DRA/GEASF	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. NÃO HOUVE REPASSE DA CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DESDE 2010.
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE DA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA ESTADUAL, PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA OS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES ESTABELECIDOS NA PORTARIA Nº 2.583/GM/MS, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 (916.212,00)	RECURSO ESTADUAL APLICADO	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DRA/GEASF	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. NÃO HOUVE REPASSE DA CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DESDE 2010.
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE DA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA MUNICIPAL, PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA OS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES ESTABELECIDOS NA PORTARIA Nº 2.583/GM/MS, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 (916.212,00)	RECURSO MUNICIPAL APLICADO	100.00%	229,11%	0,00%	98,50%	327,61%	DRA/GEASF	6 - Meta Superada. RECURSO APLICADO: 229,11 NO 1º QDM, 0% NO 2º QDM E 98,50% NO 3º QDM. SENDO SUPERADA COM 327,61%.
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE DA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES À CONTRAPARTIDA MUNICIPAL, NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CONSTANTES NOS ANEXOS I E IV DA RENAME VIGENTE NO SUS (2.897.062,34)	RECURSO MUNICIPAL APLICADO	100.00%	70,33%	206,88%	83,19%	360,40%	DRA/GEASF	6 - Meta Superada. RECURSO APLICADO: 70,33% NO 1º QDM, 206,88% NO 2º QDM E 83,19% DA PREVISÃO DO RECURSO ANUAL FOI EMPENHADO NO 3º QDM. E A APLICAÇÃO DE RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL FOI SUPERIOR À PACTUAÇÃO DE RECURSOS PROGRAMADO NO 3º QDM.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE NA PORTARIA 1.555/2012 DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES ÀS CONTRAPARTIDAS ESTADUAL E MUNICIPAL, PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DE ACORDO COM O ART. 4º DA PORTARIA 1.555/2012 (255.623,15)	RECURSO ESTADUAL E MUNICIPAL APLICADO	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DRA/GEASF	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. NÃO HOUVE REPASSE DA CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DESDE 2010. PORTANTO, A CONTRAPARTIDA MUNICIPAL PRIORIZOU A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.
APLICAR OS RECURSOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CONSTANTE NA PORTARIA 1.555/2012, DE ACORDO COM PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB	APLICAR 100% DOS RECURSOS PACTUADOS NA CIB REFERENTES ÀS CONTRAPARTIDAS ESTADUAL E MUNICIPAL, PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MOBÍLIA PARA ATIVIDADES DE APOIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, DE ACORDO COM O ART. 4º DA PORTARIA 1.555/2012 (766.869,53)	RECURSO ESTADUAL E MUNICIPAL APLICADO	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DRA/GEASF	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. NÃO HOUVE REPASSE DA CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DESDE 2010. PORTANTO, A CONTRAPARTIDA MUNICIPAL PRIORIZOU A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.
UTILIZAR DE MECANISMOS QUE PROPICIEM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE QUE REALIZAM A DISPENSAÇÃO SUPERVISIONADA POR FARMACÊUTICOS DE 35 PARA 45 UNIDADES	UNIDADES COM DISPENSAÇÃO SUPERVISIONADA POR FARMACÊUTICOS AMPLIADAS	10	0	1	4	5	DRA/GEASF	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NENHUMA UNIDADE NO 1º QDM, 1 (UMA) NO 2º E 04 NO 3º QDM, TOTALIZANDO COM 05 UNIDADES. AGUARDANDO REVISÃO DA LEI DE QUE NORMATIZA O QUADRO DE RH DA SEMSA. FOI REALIZADO REMANEJAMENTO DE FARMACÊUTICOS PARA AS NOVAS UNIDADES INAUGURADAS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
UTILIZAR DE MECANISMOS QUE PROPICIEM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	OFERECER CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FARMÁCIA CLÍNICA	CURSO OFERECIDO	1	0	0	0	0	DRA/GEASF	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. NÃO HOUVE REPASSE DA CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DESDE 2010.PORTANTO, A CONTRAPARTIDA MUNICIPAL PRIORIZOU A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.
DIRETRIZ:11.	CONTRIBUIÇÃO À ADEQUADA FORMAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DO SUS.								
OBJETIVO: 11.1.	INVESTIR EM QUALIFICAÇÃO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS.								
META: 1.	IMPLANTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA QUALIFICAÇÃO DE 100% DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE DE SAÚDE MANAUARA, ATÉ 2017.								
FORTALECER A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	REALIZAÇÃO DE 01 SEMINÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE	SEMINÁRIO REALIZADO	1	0	2	0	2	DEVAE/GPROS	6 - Meta Superada. 3º QDM - O SEMINÁRIO FOI DESMEMBRADO EM DUAS FORMAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE AGOSTO.
IMPLANTAR O PLANO OPERATIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	REALIZAR O I ENCONTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	ENCONTRO REALIZADO	1	0	0	1	1	DTRAB/GESAU	1 - Meta Alcançada. I Encontro realizado dia 30 de novembro na Escola de Serviço Público Municipal.
NORMATIZAR OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA INSERIDOS NA SEMSA ATÉ 2014	ELABORAR PLANOS DE TRABALHO PARA 100% DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR CONVENIADAS	PLANOS DE TRABALHO ELABORADOS	100.00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	DTRAB/GESAU	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 2 Programas de Residência oficializados, com 1 Plano de Trabalho construído conjuntamente entre Instituição de Ensino Conveniada, 1ª turma de Residentes e Preceptores da UBS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
PROMOVER A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM - MAEA	REALIZAR 5 OFICINAS DE CAPACITAÇÃO EM MAEA	OFICINAS REALIZADAS	5	0	0	0	0	DTRAB/GESAU	2 - Meta Não Alcançada. O público-alvo inscrito via LNC não foi adequado aos objetivos das oficinas. A equipe técnica da DIVEP decidiu não realizá-las e inserir o conteúdo no Curso de Instrumentos Didáticos em Educação para o trabalho com grupos constante na PAS 2016.
PROMOVER AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE MANAUS	PLANEJAR E EXECUTAR 150 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM ÁREAS DE MAIOR VULNERABILIDADE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS	AÇÕES PLANEJADAS E EXECUTADAS	150	124	102	59	285	DEVAE/GPROS	6 - Meta Superada. AÇOES EXECUTADAS: 1º QDM = 124; 2º QDM = 102; 3º QDM = 59, TOTALIZANDO 285 AÇÕES.
QUALIFICAR AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR MEIO DO PROGRAMA EDUCAESF	CAPACITAR 400 PROFISSIONAIS QUE INGRESSARAM NA ESF ATÉ 2014	PROFISSIONAIS CAPACITADOS	400	0	0	0	0	DTRAB/GESAU	2 - Meta Não Alcançada. Mudança na programação por outras prioridades da gestão.
QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE A PARTIR DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO E DEMANDAS ESPONTÂNEAS	CAPACITAR 2.000 PROFISSIONAIS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS	PROFISSIONAIS CAPACITADOS	2.000	1.258	557	746	2.561	DTRAB/GESAU	6 - Meta Superada. 1.258 no 1º QDM, 557 no 2º QDM e 746 no 3º QDM, totalizando 2.561 profissionais. Alcançado 128,05% da meta anual.
REALIZAR EVENTO DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM ESCOLARES, PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE	REALIZAR 01 CONCURSO DA DENGUE NAS ESCOLAS MUNICIPAIS	CONCURSO REALIZADO	1	0	1	0	1	DEVAE/GPROS	1 - Meta Alcançada. 3º QDM: META REALIZADA NO 2º QUADRIMESTRE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
REALIZAR TREINAMENTO (DISPONIBILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE) DE SUPORTE AVANÇADO PARA OS SERVIDORES DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAMU 192 MANAUS	REALIZAR TREINAMENTO PARA 50% DOS SERVIDORES DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAMU 192 MANAUS	SERVIDORES TREINADOS	50.00%	11,30%	11,30%	22,20%	44,80%	SAMU/GSAMU	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Meta de 44,8% alcançada com a somatória de 11,3% do primeiro quadrimestre com 11,3% do segundo quadrimestre mais 22,2 do terceiro quadrimestre. Meta Anual parcialmente alcançada, devido a não participação de todos os servidores por questões férias, l
REALIZAR TREINAMENTO (DISPONIBILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE) DE SUPORTE BÁSICO PARA OS SERVIDORES DE NÍVEL MÉDIO DO PROGRAMA SAMU 192 MANAUS	REALIZAR TREINAMENTO PARA 100% DOS SERVIDORES DE NÍVEL MÉDIO DO PROGRAMA SAMU 192 MANAUS	SERVIDORES TREINADOS	100.00%	37,35%	32,94%	21,00%	91,29%	SAMU/GSAMU	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Meta de 91,29% alcançada com a somatória de 37,35% do primeiro quadrimestre com 32,94% do segundo quadrimestre mais 21% do terceiro quadrimestre. Meta anual parcialmente alcançada, devido a não participação de todos os servidores por questões de feri
OBJETIVO: 11.2.	INVESTIR EM QUALIFICAÇÃO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS. DESPRECARIZAR O TRABALHO EM SAÚDE NOS SERVIÇOS DO SUS DA ESFERA PÚBLICA NA REGIÃO DE SAÚDE.								
META: 2.	AMPLIAR PARA 100% O PERCENTUAL DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS COM VÍNCULOS PROTEGIDOS, ATÉ 2017.								
PROMOVER O DESENVOLVIMENTO NA CARREIRA DOS SERVIDORES EM EFETIVO EXERCÍCIO.	EFETUAR AS PROGRESSÕES POR MÉRITO, POR TEMPO DE SERVIÇO E A PROMOÇÃO	PROGRESSÕES E PROMOÇÕES REALIZADAS	100.00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	DTRAB/GTRAB	7 - Meta Não Alcançada por Frustração de Receitas. Não realizado em razão dos limites orçamentários definidos pela SEMEF.
REALIZAR LEVANTAMENTO DO IMPACTO FINANCEIRO PARA DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	EFETUAR COMPARATIVO DE DESPESAS COM PESSOAL EM FACE DA SUBSTITUIÇÃO DE SERVIDORES TEMPORÁRIOS POR CONCURSADOS	ESTUDO DE IMPACTO FINANCEIRO REALIZADO	1	1	0	0	1	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Alcançado no 1º QDM.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
SUBSTITUIR PAULATINAMENTE O PESSOAL COM VÍNCULO PRECÁRIO POR SERVIDORES CONCURSADOS.	REALIZAR CONCURSO PÚBLICO	CONCURSO PÚBLICO REALIZADO	1	0	0	0	0	DTRAB/GTRAB	2 - Meta Não Alcançada. Previsão para o 1º Semestre de 2016.
OBJETIVO: 11.3.	CONSOLIDAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, DESENVOLVENDO AÇÕES ALINHADAS À NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EXIGIDA PARA A ATENÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
META: 3.	INSTITUIR O TEMPO PROTEGIDO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA 100% DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ATÉ 2017.								
DISSEMINAR O CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS SERVIDORES DA SEMSA	ELABORAR O CADERNO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - VOL. 01 E 02	CADERNOS ELABORADOS	2	0	0	1	1	DTRAB/GESAU	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 1 volume do Caderno elaborado e lançado pela falta de recursos para a impressão dos 2 Cadernos previstos.
GARANTIR ESPAÇOS DE QUALIFICAÇÃO EM SERVIÇOS AOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE.	IMPLANTAR O TEMPO PROTEGIDO EM 5 ESPAÇOS DE TRABALHO DA SEMSA.	ESPAÇOS COM TEMPO PROTEGIDO IMPLANTADO	5	0	0	5	5	DTRAB/GESAU	1 - Meta Alcançada. Espaços com Tempo Protegido implantado : N-58, N-59, L-44, O-37 e Divisão de Atenção à Saúde/OESTE.
OBJETIVO: 11.4.	FORTALECER A POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO.								
META: 4.	IMPLANTAR O SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS NA SEMSA, ATÉ 2017.								
ATUALIZAR AS LOTAÇÕES DE TODOS SERVIDORES.	INSTITUIR UMA COMISSÃO DE CADASTRO E ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS - SIGEP, PARA INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FUNCIONAIS, TORNANDO UM BANCO DE RH FIDEDIGNO.	COMISSÃO INSTITUÍDA	1	1	0	0	1	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 1º QDM.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
CONTROLAR RELOTAÇÕES E FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES DA SEMSA.	INTERLIGAR O SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS COM O SISTEMA DE PONTO ELETRÔNICO.	SISTEMAS INTERLIGADOS	2	0	0	0	0	DTRAB/GTRAB	2 - Meta Não Alcançada. Não realizado pelo fato dos sistemas apresentarem incompatibilidades de linguagens de máquina. Para aprimorar as relotações foi criado o módulo do padrão de RH.
IMPLANTAR CONTROLE AUTOMÁTICO DE LICENÇAS E AFASTAMENTOS, BEM COMO A PROSPECÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE FUTURAS LICENÇAS E AFASTAMENTOS.	AUTOMATIZAR OS REGISTROS DE TODOS OS TIPOS DE LICENÇAS E AFASTAMENTOS.	REGISTROS AUTOMATIZADOS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Controle implantado, pois o SIGEP retorna automaticamente a situação funcional após o término da licença ou afastamento.
IMPLEMENTAR O PROCESSO DO CONTROLE DE FÉRIAS DOS SERVIDORES DA SEMSA.	APRIMORAR O MÓDULO DE FÉRIAS DO SIGEP.	MÓDULO APRIMORADO	1	0	0	1	1	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Módulo aprimorado no 3º QDM.
META: 5.	READEQUAR OS RECURSOS HUMANOS DE 100% DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA ATENDER A PADRONIZAÇÃO NECESSÁRIA, ATÉ 2017.								
CONVOCAR CANDIDATOS DO CONCURSO PÚBLICO VIGENTE.	ATENDER 100% DO RH PARA 2 UBS FLUVIAIS, 9 UBS DO PROGRAMA REQUALIFICA /MS, 1 CEO LESTE, 3 CAPS, 2 UNIDADES DE ACOLHIMENTO E PARA PREENCHER AS VAGAS DOS SERVIDORES APOSENTADOS, EXONERADOS, FALECIDOS E OUTROS.	SERVIDOR NOMEADO	100.00%	0,00%	20,00%	60,00%	80,00%	DTRAB/GTRAB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Vagas preenchidas: CEO LESTE-10, CAPS III-13, CAPS AD III-12. 2 unidades de acolhimento em preenchimento. UBS Fluvial-concurso não preencheu. UBS Requalifica não inauguradas. Aposentados, exonerados e falecidos não substituídos.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DOTAR A SEMSA DE RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS AO SEU FUNCIONAMENTO, EM ÁREAS ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO À SAÚDE	DISPONIBILIZAR SERVIDORES EM ÁREAS ESTRATÉGICAS DA SEMSA	SERVIDORES DISPONIBILIZADOS	100.00%	90,00%	0,00%	4,00%	94,00%	DTRAB/GTRAB	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 90% da meta alcançada no 1º QDM. Nomeados até janeiro/2016 2.274 candidatos, estando 1.712 em exercício. PSS Vacinadores contratou e exonerou 159. PSS Téc.Enfermagem contratou 199 no 3º QDM e demais vagas para 2016.
EFETUAR LEVANTAMENTO DE SERVIDORES QUE ESTÃO PRESTES A SE APOSENTAR, COM INTUITO DE INTERMEDIAR O PROCESSO DE DESLIGAMENTO DO TRABALHADOR DA SEMSA	IMPLANTAR O PROJETO "VIDA NOVA" - PLANEJANDO A APOSENTADORIA	PROJETO IMPLANTADO	1	1	0	0	1	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Implantado no 1º QDM. Os eventos vêm ocorrendo de acordo com a demanda dos aposentados.
REVISAR E REDISTRIBUIR O QUANTITATIVO DE RECURSOS HUMANOS DO QUADRO PERMANENTE DA SEMSA, DE ACORDO COM QUANTITATIVO POR CARGO CONSTANTE NO PCCS, ADEQUANDO-OS ÀS NOVAS REALIDADES E NECESSIDADES.	REVISAR OS PCCS DOS SERVIDORES DA SAÚDE E DOS ESPECIALISTAS MÉDICOS.	PCCS REVISADO	2	2	0	0	2	DTRAB/GTRAB	1 - Meta Alcançada. Revisado no 1º QDM. Pendente de aprovação pela CGOF/SEMEF por falta de recursos orçamentários.
REVISAR E REDISTRIBUIR O QUANTITATIVO DE RECURSOS HUMANOS DO QUADRO PERMANENTE DA SEMSA, DE ACORDO COM QUANTITATIVO POR CARGO CONSTANTE NO PCCS, ADEQUANDO-OS ÀS NOVAS REALIDADES E NECESSIDADES.	INSTITUIR PCCS PARA OS SERVIDORES FISCAIS DE SAÚDE DA SEMSA.	PCCS INSTITUÍDO	1	0	0	0	0	DTRAB/GTRAB	2 - Meta Não Alcançada. Não realizado, pois a categoria profissional está incluída no PCCS dos Servidores Públicos da Saúde.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIRETRIZ:12.	IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO MODELO DE GESTÃO E INSTRUMENTOS DE RELAÇÃO FEDERATIVA, COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DO ACESSO, GESTÃO PARTICIPATIVA COM FOCO EM RESULTADOS, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E FINANCIAMENTO ESTÁVEL.								
OBJETIVO: 12.1.	FORTALECER O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE MANAUS.								
META: 1.	PLANO DE SAÚDE 2014-2017, ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE E DELIBERADO PELA PLENÁRIA DO CMS, EM 2014.								
DELIBERAR SOBRE A PAS 2016	APROVAR PAS 2016	PAS 2016 APROVADA	1	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Transferida para a Aprovação na 1ª Assembleia do CMS 2016.
DELIBERAR SOBRE O RAG 2014	APROVAR O RAG 2014	RAG 2014 APROVADO	1	0	1	0	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada no 2º Quadrimestre
DELIBERAR SOBRE O RELATÓRIO DO 3º QUADRIMESTRE 2014	APROVAR O RELATÓRIO DO 3º QUADRIMESTRE 2014	RELATÓRIO APROVADO	1	0	1	0	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada no 2ºQuadrimestre
DELIBERAR SOBRE OS RELATÓRIOS DOS 1º E 2º QUADRIMESTRES 2015	APROVAR RELATÓRIOS DOS 1º E 2º QUADRIMESTRES 2015.	RELATÓRIOS APROVADOS	2	0	0	1	1	DIR. EXEC. CMS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Relatório 1º Quadrimestre 2015 aprovado no 3º Quadrimestre. Relatório 2015 foi transferido para 1º Assembleia do CMS 2016
RECEBER PROPOSTA E DELIBERAR SOBRE O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE - COAP-MANAUS.	RECEBER A PROPOSTA E DELIBERAR SOBRE O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA.	PROPOSTA DELIBERADA	1	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. NÃO FOI RECEBIDA A PROPOSTA PARA DELIBERAÇÃO PELO CMS, NO PERÍODO. REPROGRAMADA NA PAS 2016.
META: 2.	CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SIACS, ATÉ 2017.								
ATUALIZAR AS INFORMAÇÕES DO CMS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	RECADASTRAR O CMS NO SIACS	CMS RECADASTRADO	1	0	0	1	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada no 3º Quadrimestre.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 3.	MANTER 100% DOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS) EM PLENO FUNCIONAMENTO, ATÉ 2017.								
ADEQUAR O QUADRO DE RH DO CMS	LOTAR NO CMS 01 ASSISTENTE SOCIAL E 02 ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS	SERVIDOR LOTADO	3	0	0	1	1	DIR. EXEC. CMS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Lotado 01 Servidor do CMS Assistente Administrativo. Reprogramada na PAS 2016.
ASSEGURAR A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CMS NO SITE DA SEMSA	ENCAMINHAR MENSALMENTE AS INFORMAÇÕES DO CMS AO DECOM	INFORMAÇÕES ENCAMINHADAS	12	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS. Reprogramada na PAS 2016, como atividade no Plano de Comunicação.
ASSEGURAR A ENTREGA DE DOCUMENTOS DO CMS.	MANTER 01 SERVIÇO DE TRANSPORTE PARA A ENTREGA DE DOCUMENTOS DO CMS.	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	0	1	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada no 3º Quadrimestre.
ASSEGURAR A PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS E SERVIDORES EM EVENTOS DE INTERESSE DO CMS	MANTER CONTRATO DE SERVIÇOS DE PASSAGENS AÉREAS	CONTRATO MANTIDO	1	1	0	0	1	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Contrato não renovado, venceu em Julho/15. Reprogramada na PAS 2016.
ASSEGURAR A PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS E SERVIDORES EM EVENTOS DE INTERESSE DO CMS	DISPONIBILIZAR DIÁRIAS PARA ATENDER AS VIAGENS PROGRAMADAS	DIÁRIAS DISPONIBILIZADAS	100.00%	15,00%	0,00%	0,00%	15,00%	DIR. EXEC. CMS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Por força do decreto Municipal que suspendeu esse tipo de despesa. Foi corrigido o resultado do 1º QDM de 52% para 15%, referente às 8 diárias do total de 52 diárias programadas.
DISPONIBILIZAR VALE ALIMENTAÇÃO PARA O CMS	CONTRATAR SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Reprogramada na PAS 2016.
DISPONIBILIZAR VALE TRANSPORTE PARA O CMS	CONTRATAR SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE	SERVIÇO CONTRATADO	1	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Reprogramado na PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIVULGAR AS AÇÕES DO CMS PARA O CONTROLE SOCIAL	ELABORAR UM PLANO DE COMUNICAÇÃO	PLANO DE COMUNICAÇÃO ELABORADO	1	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS. Reprogramada na PAS 2016.
ESTRUTURAR CLS COM EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS PARA OS CLS	EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS ADQUIRIDOS	4	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS. Reprogramada na PAS 2016.
ESTRUTURAR O CMS COM EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS - SETEC	EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS ADQUIRIDOS	8	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Processo transferido para o Exercício de 2016.
ESTRUTURAR O CMS COM EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS - COMISSÃO	EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS ADQUIRIDOS	46	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS, que ocorreu no 2º Quadrimestre. Reprogramada na PAS 2016.
GARANTIR SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO CMS	MANTER O CONTRATO PARA FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO PARA CMS	SERVIÇO CONTRATADO	1	1	0	0	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. NO 1º QUADRIMESTRE. SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO MANTIDO DURANTE TODO O PERÍODO DE 2015.
GARANTIR SERVIÇOS DE TRANSPORTE PARA AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE CONTROLE SOCIAL	MANTER CONTRATOS DE LOCAÇÃO DE VEÍCULOS PARA O CMS	VEÍCULOS LOCADOS	3	2	1	1	1	DIR. EXEC. CMS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. NO 1º QDM FOI MANTIDO 2 CONTRATOS COM 1 VEÍCULO CADA. NO 2º E 3º QDM MANTIDO 1 CONTRATO, COM RENOVAÇÃO APENAS DE 1 CONTRATO NO 3º QDM.
LOCAR SERVIÇO DE TRANSPORTE FLUVIAL PARA ATENDER A DEMANDA DO CMS	CONTRATAR 02 SERVIÇOS DE TRANSPORTE FLUVIAL	SERVIÇO CONTRATADO	2	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS. Reprogramado na PAS 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
PROMOVER A DISCUSSÃO SOBRE AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, INTEGRANDO O CMS AOS SEGUIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS	REALIZAR A X SEMANA DO CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE DE MANAUS	SEMANA REALIZADA	1	0	1	0	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 2º quadrimestre.
PROMOVER INCLUSÃO DIGITAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO PID DO MS	CAPACITAR CONSELHEIROS DE SAÚDE PELO PID	CONSELHEIROS CAPACITADOS	200	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Aguardando resposta do Ministério da Saúde. Reprogramadas na PAS 2016.
PROVER O ASSESSORAMENTO CONTÁBIL, JURÍDICO E DE COMUNICAÇÃO PARA O CMS.	CONTRATAR CONSULTORIAS	CONSULTORIAS CONTRATADAS	3	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não houve recurso de custeio para contratação de serviço de consultoria. Reprogramada na PAS 2016.
REALIZAR AS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIAS PARA GARANTIR O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL	REALIZAR 12 ASSEMBLEIAS ORDINÁRIAS	ASSEMBLEIAS REALIZADAS	12	4	4	4	12	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada.
REALIZAR O 1º ENCONTRO PARA CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE	CAPACITAR 700 CONSELHEIROS DE SAÚDE	CONSELHEIROS CAPACITADOS	700	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Atraso na Composição das Comissões do CMS. Reprogramada na PAS 2016.
META: 4.	IMPLANTAR 05 CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE, ATÉ 2017.								
DESCENTRALIZAR AS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL	IMPLANTAR CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE	CONSELHOS IMPLANTADOS	5	0	0	0	0	DIR. EXEC. CMS	2 - Meta Não Alcançada. Projeto de implantação não foi viabilizado por insuficiência de recursos. Reprogramada na PAS 2016.
META: 5.	REALIZAR A VII COMUS EM 2015.								
PROMOVER DISCUSSÃO SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS	REALIZAR A VII COMUS	CONFERÊNCIA REALIZADA	1	0	1	0	1	DIR. EXEC. CMS	1 - Meta Alcançada. Meta Alcançada no 2º Quadrimestre.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
OBJETIVO: 12.2.	FORTALECER A GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO BUSCANDO A EXCELÊNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE.								
META: 6.	APRIMORAR A GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SEMSA, IMPLEMENTANDO A GOVERNANÇA DE TI, ATÉ 2017.								
OTIMIZAR O MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SEMSA.	ADQUIRIR 3 TVS DE LCD PARA MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS REALIZADOS: REDE, SISTEMAS E CHAMADOS.	EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS	3	0	0	2	2	DTI	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Foram obtidos dois monitores LCD que estavam em bom estado, e que poderiam atender a necessidade.
PROMOVER MELHORIAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO DO DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.	MAPEAR 100% DOS PROCESSOS DE TRABALHO DO DEPARTAMENTO DE TI.	PROCESSOS MAPEADOS	100.00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	DTI	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada em dezembro de 2015.
QUALIFICAR A EQUIPE DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM GOVERNANÇA DE TI.	CAPACITAR 6 PROFISSIONAIS DE TI EM GOVERNANÇA DE TI.	PROFISSIONAIS CAPACITADOS	6	0	0	0	0	DTI	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não foi possível capacitar devido à falta de recursos financeiros.
REALIZAR CAPACITAÇÃO EM MAPEAMENTO DE PROCESSOS DE TRABALHO	CAPACITAR 10 SERVIDORES EM MAPEAMENTO DE PROCESSOS	SERVIDORES CAPACITADOS	10	0	0	0	0	DTI	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não foi possível realizar devido à falta de recursos financeiros.
META: 7.	EXPANDIR A ESTRUTURA COMPUTACIONAL DA SEMSA EM 100% DAS UNIDADES, ATÉ 2017.								
ADEQUAR A ESTRUTURA DE REDE DE DADOS NAS UNIDADES DA SECRETARIA (SEDES ADMINISTRATIVAS E UNIDADES DE SAÚDE).	INSTALAR 900 PONTOS LÓGICOS NAS UNIDADES DA SECRETARIA.	PONTOS LÓGICOS INSTALADOS	900	0	138	129	267	DTI	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Pontos Instalados: 0 no 1º QDM, 138 no 2º QDM e 129 no 3º QDM, totalizando 267 pontos. Foram implantados através da equipe do DTI e do DAI - Manutenção.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
IMPLANTAR O CONCEITO DE ALTA DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE TI E RECUPERAÇÃO DOS DADOS DA SECRETARIA EM CASO DE DESASTRES.	ADEQUAR 2 LOCAIS (ESTRUTURA FÍSICA,EQUIPAMENTOS E SOFTWARES) PARA PERMITIR A ALTA DISPONIBILIDADE E RECUPERAÇÃO DE DESASTRE.	LOCAIS ADEQUADOS	2	2	0	0	2	DTI	1 - Meta Alcançada. Meta atingida no 1o. QDM.
OTIMIZAR A ESTRUTURA COMPUTACIONAL DA SEMSA (SEDE ADMINISTRATIVA E UNIDADES DE SAÚDE), VISANDO AUMENTO DE PRODUTIVIDADE E MINIMIZAÇÃO DO NÚMERO DE PARALISAÇÕES NOS SISTEMAS UTILIZADOS.	ADQUIRIR 300 COMPUTADORES.	COMPUTADORES ADQUIRIDOS	300	150	17	477	644	DTI	6 - Meta Superada. Foram adquiridos 150 no 1º QDM, 17 no 2º QDM e 477 no 3º QDM, totalizando 644 computadores.
OTIMIZAR AS ROTINAS DE TRABALHO DOS USUÁRIOS (SERVIDORES DA SEMSA) ATRAVÉS DO USO DE SOFTWARE ESPECÍFICO. (SOFTWARE DE ESCRITÓRIO E OUTROS SOFTWARES ESPECIALIZADOS).	ADQUIRIR 200 LICENÇAS DE SOFTWARE.	LICENÇAS DE SOFTWARE ADQUIRIDAS	200	0	0	0	0	DTI	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não foi possível realizar devido à falta de recursos financeiros.
OTIMIZAR O ACESSO À INTERNET EM TODAS AS UNIDADES DA SEMSA.	INSTALAR 1 LINK DE INTERNET DE VELOCIDADE DE 200 MBPS.	LINK DE INTERNET INSTALADO	1	0	0	0	0	DTI	2 - Meta Não Alcançada. Processo licitatório não concluído no período.
PROMOVER A REDUÇÃO DE CUSTO E AUMENTAR A DISPONIBILIDADE DOS RECURSOS DE IMPRESSÃO.	CONTRATAR SERVIÇO DE IMPRESSÃO PARA 80 LOCAIS DA SECRETARIA.	SERVIÇO DE IMPRESSÃO CONTRATADO	1	1	0	0	1	DTI	1 - Meta Alcançada. Meta alcançada no 1o. QDM.
PROMOVER A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E CONFIABILIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS COMPUTACIONAIS.	ADQUIRIR 3500 LICENÇAS DE SOFTWARE ANTIVÍRUS.	LICENÇAS DE SOFTWARE ADQUIRIDAS	3.500	0	0	2.500	2.500	DTI	4 - Meta Parcialmente Alcançada. Licitação foi concluída e originou uma Ata de Registro de Preço. Não foi possível solicitar toda a quantidade de licenças devido à falta de recursos financeiros . O restante será solicitado em 2016.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
PROMOVER MELHORIA NO ATENDIMENTO DE SUPORTE DE INFORMÁTICA EM TODAS AS UNIDADES DA SECRETARIA(SEDE, DISTRITOS E UNIDADES DE SAÚDE)	REALIZAR CHAMADA DE 20 PROFISSIONAIS DE INFORMÁTICA, SENDO 15 TÉCNICOS E 5 ANALISTAS	PROFISSIONAIS CONTRATADOS	20	0	0	0	0	DTI	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não foi possível realizar devido à falta de recursos financeiros.
REALIZAR ATUALIZAÇÃO DE SOFTWARES DOS EQUIPAMENTOS SERVIDORES PARA PERMITIR MAIOR SEGURANÇA E MELHORIA DE DESEMPENHO.	ADQUIRIR 20 LICENÇAS DE SOFTWARES.	LICENÇAS DE SOFTWARE ADQUIRIDAS	20	0	0	0	0	DTI	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. Não foi possível realizar devido à falta de recursos financeiros.
OBJETIVO: 12.3.	FORTALECER A GESTÃO DE COMUNICAÇÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.								
META: 11.	ESTRUTURAR O DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO, ATÉ 2017.								
ACOMPANHAR E ANALISAR PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO JORNALÍSTICA DA SEMSA.	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM CLIPPING ELETRÔNICO DE TV, RÁDIO E JORNAL PARA ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DOS RELEASES DA SEMSA E NOTÍCIAS DE SAÚDE.	CLIPPING PRODUZIDO E ACOMPANHADO.	1	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. AÇÃO SENDO REALIZADA DE FORMA PARCIAL PELO DECOM. PRODUZIDO INTERNAMENTE POR SERVIDOR. NO TOTAL 106 CLIPPING.
AMPLIAR A DIVULGAÇÃO DA SEMSA POR MEIO DE GRAVAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE VÍDEOS RELEASES ÀS EMISSORAS DE TV.	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM VÍDEOS RELEASES.	VÍDEOS RELEASES PRODUZIDOS.	1	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. EMPRESA NÃO LICITADA EM RAZÃO DA ATIVIDADE TER SIDO ASSUMIDA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO (SEMCOM), COM A PRODUÇÃO DE 60 VÍDEOS POR MÊS, TOTALIZANDO 240 VÍDEOS POR QUADRIMESTRE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DESENVOLVER ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE COMUNICAÇÃO PARA DIVULGAR AS AÇÕES, PROCEDIMENTOS, ÍNDICES ESTABELECIDOS, CARTEIRAS DE SERVIÇOS E TODA A LOGÍSTICA DOS PROGRAMAS DA SEMSA, POR MEIO DO SUS.	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA EM PESQUISA DE SATISFAÇÃO PARA SUBSIDIAR AS METAS E DIRETRIZES DA SEMSA.	EMPRESA LICITADA	1	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	2 - Meta Não Alcançada. EMPRESA NÃO LICITADA.
DESENVOLVER ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE COMUNICAÇÃO PARA DIVULGAR AS AÇÕES, PROCEDIMENTOS, ÍNDICES ESTABELECIDOS, CARTEIRAS DE SERVIÇOS E TODA A LOGÍSTICA DOS PROGRAMAS DA SEMSA, POR MEIO DO SUS.	LICITAR EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAR CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS, EDUCATIVAS, INFORMATIVAS E PREVENTIVAS AOS AGRAVOS DA SAÚDE.	ESPRESA LICITADA	1	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	2 - Meta Não Alcançada. EMPRESA NÃO LICITADA.
DIVULGAR OS PRODUTOS, SERVIÇOS E PROGRAMAS DA SEMSA E VALORIZAR O SERVIDOR, PARA QUE ESTE SEJA UM AGENTE PROPAGADOR DAS AÇÕES DA SECRETARIA E UM FORMADOR DE OPINIÃO POSITIVA.	PUBLICAR MENSALMENTE UMA EDIÇÃO DO BOLETIM INTERNO.	BOLETIM INTERNO PUBLICADO	12	4	4	4	12	DECOM/GVJMS	1 - Meta Alcançada. FORAM PUBLICADO 04 BOLETINS A CADA QUADRIMESTRE. META ESTABELECIDA DENTRO DO CRONOGRAMA.
DIVULGAR OS PRODUTOS, SERVIÇOS E PROGRAMAS DA SEMSA E VALORIZAR O SERVIDOR, PARA QUE ESTE SEJA UM AGENTE PROPAGADOR DAS AÇÕES DA SECRETARIA E UM FORMADOR DE OPINIÃO POSITIVA.	REFORMULAR A INTRANET E O JORNAL MURAL.	INTRANET E JORNAL MURAL REFORMULADOS	2	0	0	2	2	DECOM/GVJMS	1 - Meta Alcançada. INTRANET E JORNAL MURAL REFORMULADOS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
FORTALECER A ÁREA DE EVENTOS DENTRO DA GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA ATENDER DE FORMA SATISFATÓRIA AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMAÇÕES DA SEDE E DISAS.	CONTRATAR MESTRE DE CERIMÔNIA	MESTRE DE CERIMÔNIA CONTRATADO	1	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. COM A IMPOSSIBILIDADE DE CONTRATAR PESSOA FÍSICA A AÇÃO É REALIZADA POR SERVIDORES.
FORTALECER A ÁREA DE EVENTOS DENTRO DA GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA ATENDER DE FORMA SATISFATÓRIA AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMAÇÕES DA SEDE E DISTRITOS DE SAÚDE	PADRONIZAR JUNTO AO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E INFRAESTRUTURA O CERIMONIAL DE TODOS OS EVENTOS PROMOVIDOS PELA SEMSA	CERIMONIAL DOS EVENTOS PADRONIZADOS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DECOM/GVJMS	1 - Meta Alcançada. FORAM PROMOVIDOS 26 EVENTOS NO 1º QDM, 23 EVENTOS NO 2º QDM E 34 EVENTOS NO 3º QDM, TOTALIZANDO 83 EVENTOS PROMOVIDOS NO PERÍODO.
IMPLANTAR O SISTEMA INTEGRADO DE COMUNICAÇÃO DA SEMSA.	LICITAR EMPRESA PARA INSTALAR TELEVISÕES NA SEDE DA SEMSA E EM 200 UNIDADES DE SAÚDE (COMODATO) PARA OPERAR O SISTEMA ON LINE DO TELEJORNAL DA SEMSA.	UNIDADES COM SISTEMA IMPLANTADO.	201	0	0	0	0	DECOM/GVJMS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. O TELEJORNAL JÁ É PRODUZIDO PELA SEMCOM DUAS VEZES POR MÊS E DISTRIBUÍDO DE FORMA PILOTO EM DEZ UNIDADES DE SAÚDE E VEICULADOS EM MÍDIAS SOCIAIS.
OBJETIVO: 12.5.	APRIMORAR O PROCESSO DE GESTÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MANAUS.								
META: 13.	IMPLEMENTAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL, ATÉ 2017.								
REORGANIZAR O PROCESSO DE TRABALHO DE GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO.	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO OPERATIVO DE GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO EM 100% DOS EAS.	PLANO OPERATIVO ELABORADO E IMPLANTADO.	1	0	0	1	1	DICAR/DGASS	1 - Meta Alcançada. ELABORADO E IMPLANTADO O PLANO DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES NORMATIZANDO PROCESSO DE TRABALHO.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
OBJETIVO: 12.6.	SUBSIDIAR A ÁREA TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DAS METAS DEFINIDAS NA COBERTURA E QUALIDADE DA INFORMAÇÃO, VISANDO FACILITAR A TOMADA DE DECISÃO.								
META: 14.	PUBLICIZAR 100 % DOS PRODUTOS DAS ANÁLISES EM SAÚDE, RETROALIMENTANDO AS UNIDADES DE SAÚDE PARA FACILITAR A TOMADA DE DECISÃO, ATÉ 2017.								
FORTALECER O SERVIÇO DE ANÁLISE DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE COM DESTAQUE PARA AS EPIDEMIOLÓGICAS E DE PRODUÇÃO.	CAPACITAR 10 SERVIDORES EM ANÁLISE DE DADOS, VISANDO MELHORIA DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES.	SERVIDOR CAPACITADO .	10	0	0	0	0	DICAR/DGASS	2 - Meta Não Alcançada. AÇÃO NÃO EFETIVA POR FALTA DE RECURSOS FINANCEIROS, NO ENTANTO META MANTIDA PARA 2016.
OBJETIVO: 12.7.	PREPARAR A SEMSA PARA EVENTOS DE MASSA.								
META: 15.	IMPLANTAR O PLANO DE PREPARAÇÃO DE RESPOSTA AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE E EVENTOS DE MASSA.								
COORDENAR E EXECUTAR ARTICULAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS	REALIZAR REUNIÕES INTERINSTITUCIONAIS PARA ATENDER AS DEMANDAS RELACIONADAS A CATÁSTROFES, CALAMIDADES E EVENTOS DE MASSA NO ÂMBITO MUNICIPAL	REUNIÃO REALIZADA	12	32	48	128	208	DRUE	6 - Meta Superada. A decisão de Manaus ser escolhida como uma das cidades do futebol dos Jogos Olímpicos Rio 2016 e a decisão tomada pelo Estado do Amazonas de planejar o atendimento de maneira global dos Eventos de Massa na capital e no interior.
CRIAR PROTOCOLO EM AÇÃO CONJUNTA COM A SEGURANÇA PÚBLICA, DEFESA CIVIL E FORÇAS ARMADAS	ELABORAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM EVENTOS DE MASSA	PROTOCOLO ELABORADO	1	10	15	40	65	DRUE	6 - Meta Superada. Cada Evento de Massa é planejado e culmina com a elaboração de um Plano de Trabalho Integrado que é obedecido religiosamente por todos os órgãos envolvidos.
INTEGRAR COMITÊS E GRUPOS GESTORES PARA DIRIGIR E MONITORAR OS ASSUNTOS RELACIONADOS A SAÚDE	INTEGRAR O GRUPO GESTOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO ESTADUAL	GRUPO GESTOR INTEGRADO	1	1	2	0	3	DRUE	6 - Meta Superada. Um (01) Grupo Gestor integrado no 1º QDM. Com o advento dos Jogos Olímpicos Rio 2016, a SEMSA foi designada para integrar o Comitê Organizador Municipal e Estadual (02 Grupos) no 2º QDM. Totalizando 03 Grupo Gestor integrados.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
DIRETRIZ:13.	QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.								
OBJETIVO: 13.1.	QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS. AMPLIAR OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO DA SEMSA COM A POPULAÇÃO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, TRABALHADORES E A MÍDIA.								
META: 1.	AMPLIAR EM 9,76% AS RESPOSTAS DAS MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA OUVIDORSUS, SAINDO DE 68,33% EM 2013 PARA 75%, ATÉ 2017.								
AMPLIAR A RESOLUTIVIDADE DAS MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA OUVIDORSUS.	AMPLIAR EM 2,44% A RESOLUTIVIDADE DAS MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS NO SISTEMA OUVIDORSUS, SAINDO DE 69,99% PARA 72,43% EM 2015	DEMANDAS FINALIZADAS	72.43%	98,58%	95,10%	74,93%	89,54%	OUVMSUS	6 - Meta Superada. "META ANUAL SUPERADA - AMPLIAMOS A RESOLUTIVIDADE DAS MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS (DEMANDAS FINALIZADAS) NO SISTEMA OUVIDORSUS, ALCANÇANDO O RESULTADO ANUAL DE 87,65% EM 2015.
AMPLIAR O ACESSO AOS PROVEDORES DE CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA EM TODOS OS EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA QUE COMPÕEM A REDE DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.	LIBERAR TODOS OS EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA DA REDE DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS NÍVEL 2, PARA ENVIO DE E-MAILS SEM RESTRIÇÃO DE PROVEDORES	EQUIPAMENTOS LIBERADOS	19	20	0	0	20	OUVMSUS	6 - Meta Superada. META ANUAL SUPERADA - NO 1º QUADRIMESTRE FORAM LIBERADOS 20 EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS NÍVEL 2 PARA ENVIO DE E-MAILS SEM RESTRIÇÃO DE PROVEDORES
DISPONIBILIZAR PARA O PÚBLICO INTERNO E EXTERNO MATERIAL INFORMATIVO DOS SERVIÇOS E CANAIS DE ACESSO DA OUVIDORIA MUNICIPAL DOS SUS.	PRODUZIR MATERIAL INFORMATIVO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA OUVIDORIA MUNICIPAL DOS SUS	MATERIAL PRODUZIDO	1	0	0	0	0	OUVMSUS	2 - Meta Não Alcançada. META NÃO ALCANÇADA - ESTA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS OPTOU PELA DISTRIBUIÇÃO DOS CARTAZES CONFECCIONADOS NO FINAL DE 2014, DEIXANDO A PRODUÇÃO DE UM NOVO MATERIAL INFORMATIVO PARA 2016

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
ELABORAR RELATÓRIO ANALÍTICO, REFERENTE ÀS DEMANDAS ACOMPANHADAS PELA OUVIDORIA, COM VISTAS A DISSEMINAR INFORMAÇÕES E SUBSIDIAR TOMADAS DE DECISÃO.	ELABORAR E APRESENTAR AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE E DEMAIS INTERESSADOS O RELATÓRIO ANALÍTICO DO 3º QUADRIMESTRE DE 2014, E OS RELATÓRIOS ANALÍTICOS DOS 1º E 2º QUADRIMESTRES DE 2015.	RELATÓRIOS ELABORADOS E APRESENTADOS	3	1	1	1	3	OUVMSUS	1 - Meta Alcançada. META ANUAL ALCANÇADA - 3 RELATÓRIOS QUADRIMESTRAL ELABORADOS E DISTRIBUÍDOS AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE E DEMAIS INTERESSADOS.
FORTALECER A REDE DE OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS, COM A IMPLANTAÇÃO DE MAIS 03 SUB-REDES, TOTALIZANDO 19 SUB-REDES, EM 2015.	IMPLANTAR 03 SUB-REDES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.	SUB-REDES IMPLANTADAS	3	4	0	0	4	OUVMSUS	6 - Meta Superada. " META ANUAL SUPERADA - NO 1º QUADRIMESTRE FORAM IMPLANTADAS 4 SUB-REDES NOS SEGUINTES DEPARTAMENTOS: DECOM, DPLAN, GABIN E SUBGS
PROPORCIONAR CAPACITAÇÃO AOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM A SUB-REDE (NÍVEL 2) DA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS, PARA O APERFEIÇOAMENTO DE SUAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA OUVIDORIA.	OPORTUNIZAR A CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES EM ATIVIDADES DE OUVIDORIA.	SERVIDORES CAPACITADOS	34	8	2	12	22	OUVMSUS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. 8 SERVIDORES NO 1º QDM E 02 NO 2º QDM. PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA OUVIDORIA, AS CAPACITAÇÕES FORAM FEITAS INDIVIDUALMENTE DE ACORDO COM A DIFICULDADE DE CADA INTERLOCUTOR. SENDO 12 INTERLOCUTORES CAPACITADOS NESTE 3º QDM E 22 NO ANO.
REESTRUTURAR AS FERRAMENTAS DE ACESSO À OUVIDORIA NA INTERNET, PARA ACOLHIMENTO DE MANIFESTAÇÕES.	ADEQUAR A SEÇÃO DA OUVIDORIA NA PÁGINA DA SEMSA, E ALINHAR O FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DAS MANIFESTAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS PELO USUÁRIO À OUVIDORIA, ATENDENDO AO PADRÃO DO SISTEMA OUVIDORSUS	FERRAMENTAS REESTRUTURADAS	2	1	0	1	2	OUVMSUS	1 - Meta Alcançada. META ANUAL ALCANÇADA - ADEQUAMOS O ALINHAMENTO DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO E PUBLICIZAMOS NOVO LAYOUT DA SEÇÃO OUVIDORIA NA PÁGINA DA SEMSA.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 2.	IMPLEMENTAR A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, ATÉ 2017 .								
ASSEGURAR O ACESSO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	IMPLANTAR 1 (UM) SERVIÇO DE ACESSO À INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SERVIÇO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	OUVMSUS	2 - Meta Não Alcançada. "META ANUAL NÃO ALCANÇADA - AINDA NÃO FOI POSSÍVEL ESTRUTURAR A LAI DENTRO DA OUVIDORIA QUANTO SERVIÇO DEVIDO CONTENÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS, ESCASSEZ DE RECURSOS HUMANOS. "
PUBLICIZAR E MANTER ATUALIZADAS AS INFORMAÇÕES REFERENTES À TRANSPARÊNCIA ATIVA, PREVISTAS NA LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO, NO PORTAL DE ACESSO À INFORMAÇÃO AO CIDADÃO/PMM.	PUBLICIZAR 100% DAS INFORMAÇÕES REFERENTES À TRANSPARÊNCIA ATIVA PREVISTAS NA LAI.	INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS	100.00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	OUVMSUS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. META PARCIALMENTE ALCANÇADA - COM O AVANÇO DA PUBLICIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES REFERENTES À TRANSPARÊNCIA ATIVA PREVISTAS NA LAI NO PORTAL DE ACESSO À INFORMAÇÃO AO CIDADÃO DA PREFEITURA NESTE 3º QDM ATENDEMOS 90% DO SOLICITADO ANUALMENTE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
META: 3.	IMPLANTAR AÇÕES DE OUVIDORIA ATIVA, NO ÂMBITO DA SEMSA, ATÉ 2017.								
DESENVOLVER AÇÕES DE OUVIDORIA ATIVA NO ÂMBITO DA SEMSA.	IMPLANTAR 1 (UM) SERVIÇO DE OUVIDORIA ITINERANTE NA SEMSA.	SERVIÇO IMPLANTADO	1	0	0	0	0	OUVMSUS	2 - Meta Não Alcançada. "META ANUAL NÃO ALCANÇADA - DEVIDO TER SIDO UM ANO CARACTERIZADO POR CONTENÇÃO DE DESPESAS ESTA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS AINDA NÃO CONSEGUIU ESTRUTURA ADEQUADA PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA INTINERANTE NA SEMSA.
META: 4.	ESTRUTURAR O COMPONENTE MUNICIPAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS, COMO MECANISMO DE CONTROLE INTERNO ASSISTENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, QUALIFICANDO OS PROFISSIONAIS E AÇÕES DE AUDITORIA, ATÉ 2017.								
AUDITAR CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE	REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS E OPERACIONAIS NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE AUDITADOS	72	12	19	16	47	AUDSUS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. FORAM AUDITADOS 12 NO 1º QDM, 19 NO 2º QDM E 16 NO 3º QDM, TOTALIZANDO 47 CONTRATOS AUDITADOS PELA AUDITORIA DO SUS.
AUDITAR DENÚNCIAS.	REALIZAR AUDITORIAS DE DENÚNCIAS DEMANDADAS PELA OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.	DENUNCIAS DEMANDADAS PELA OUVIDORIA AUDITADAS	100.00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	AUDSUS	1 - Meta Alcançada. FORAM AUDITADAS TODAS AS DENÚNCIAS ENVIADAS A ESTA AUDITORIA DO SUS.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AUDITAR ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE	REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS E OPERACIONAIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM ACOMPANHAMENTO INICIAL E ENCAMINHAMENTO PARA A ÁREA DE MONITORAMENTO.	ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE AUDITADOS	120	12	15	6	33	AUDSUS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. FORAM AUDITADOS 12 EAS NO 1º QDM, 15 NO 2ºQDM E 6 NO 3ºQDM. 01 AUDITORA PEDIU EXONERAÇÃO, 01 AUDITORA FOI DISPOSICIONADA PARA A PGM E POSTERIORMENTE PARA O ESTADO, 01 AUDITORA EM LICENÇA MÉDICA POR 3 MESES E POSTERIORMENTE CEDIDA AO CMS POR 5 MESES
QUALIFICAR OS AUDITORES PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCESSO LICITATÓRIO	ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO LICITATÓRIO, A FIM DE CAPACITAR OS AUDITORES PARA REALIZAR AUDITORIA EM LICITAÇÃO	AUDITORES CAPACITADOS	10	1	1	3	5	AUDSUS	4 - Meta Parcialmente Alcançada. FORAM CAPACITADOS 01 NO 1º QDM, 01 NO 2º QDM E 03 NO 3º QDM, TOTALIZANDO 05 AUDITORES CAPACITADOS. QUALIFICAÇÃO EM ANDAMENTO.
QUALIFICAR OS AUDITORES PARA REALIZAR AUDITORIA DE RECURSOS FINANCEIROS	CAPACITAR OS AUDITORES PARA REALIZAR AUDITORIAS ANALÍTICAS SOBRE A APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO	AUDITORES QUALIFICADOS	10	0	0	0	0	AUDSUS	8 - Meta Não Alcançada por Insuficiência de Receitas. FALTA DE RECURSOS FINANCEIROS
REALIZAR VISITAS TÉCNICAS PARA CADASTRAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO SCNES, CONFORME DEMANDADO	REALIZAR VISITAS TÉCNICAS DE AUDITORIA PARA VALIDAR AS INFORMAÇÕES CADASTRAIS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS NO SCNES	VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS	100.00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	AUDSUS	1 - Meta Alcançada. FORAM AUDITADOS TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CONSULTÓRIOS) ENCAMINHADOS A ESTA AUDITORIA DO SUS.
META: 5.	ELABORAR INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO PARA O PERÍODO 2015-2017.								
AVALIAR A EXECUÇÃO DO PPA VIGENTE NO ANO DE 2014, PARA ENVIAR À SEMEF.	REALIZAR A AVALIAÇÃO DO PPA, REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2014.	PPA AVALIADO	1	1	0	0	1	DPLAN/GERGO	1 - Meta Alcançada. PPA AVALIADO E ENVIADO À SEMEF NO 1º QUADRIMESTRE.

Ação	Metas	Produto	Meta Programada	Resultado 1º Qdm	Resultado 2º Qdm	Resultado 3º Qdm	Resultado Anual	Área Responsável	Justificativa + Nota Explicativa 3º QDM / ANUAL
AVALIAR OS RESULTADOS ALCANÇADOS COM A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.	ELABORAR O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) 2014.	RAG ELABORADO	1	0	1	0	1	DPLAN/DIPLA	1 - Meta Alcançada. META ALCANÇADA NO 2º QUADRIMESTRE.
DEFINIR AS PRIORIDADES E METAS DO SETOR SAÚDE PARA INSERÇÃO NA LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO) 2016.	ENVIAR À SEMEF A PROPOSTA DA SEMSA PARA COMPOR A LDO 2016.	PROPOSTA ENVIADA	1	1	0	0	1	DPLAN/GERGO	1 - Meta Alcançada. PROPOSTA ENVIADA À SEMEF NO 1º QUADRIMESTRE.
ELABORAR A PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE PARA COMPOR A LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) 2016.	ENVIAR À SEMEF A PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA COMPOR A LOA 2016.	PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA ENVIADA	1	0	1	0	1	DPLAN/GERGO	1 - Meta Alcançada. PROPOSTA ENVIADA À SEMEF NO 2º QUADRIMESTRE.
ELABORAR PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) 2016, BASEADA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017.	ELABORAR A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2016.	PAS ELABORADA	1	0	0	1	1	DPLAN/DIPLA	1 - Meta Alcançada. REALIZADA DENTRO DO PERÍODO PLANEJADO.
REALIZAR A PRESTAÇÃO DE CONTAS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).	ELABORAR RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS.	RELATÓRIO QUADRIMESTRAL ELABORADO	3	1	1	1	3	DPLAN/DIPLA	1 - Meta Alcançada. ENVIADOS PARA O CMS 3 RELATÓRIOS QDM DE 2014 NO 1º QDM, SENDO QUE O 3º QDM 2014 ESTÁ CONTABILIZADO NA META; O 1º RELATÓRIO QDM DE 2015 NO 2º QDM E O 2º RELATÓRIO QDM 2015 NO 3º QDM. TOTALIZANDO 5 RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS.

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

ANEXO II

ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE

SISPACTO

2015

MUNICÍPIO DE MANAUS – METAS 2015

INDICADORES DE SAÚDE (SISPACTO) – RELATÓRIO DE GESTÃO (RG) 2015

***ATENÇÃO BÁSICA*- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Nº	TIPO	INDICADORES	META 2015	RESULTADO 2015	UNIDADE	ANÁLISE
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	53,00	52,03	%	A cobertura da APS vem apresentando tendência de crescimento desde 2013, aumentando de 45,15% para 52,03% em 2015. Mesmo assim a meta de 53% de cobertura em 2015 não foi alcançada devido ao expressivo numero de equipes inativadas no SCNES. Dessa forma, vale ressaltar que a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica potencial é de 55,26%, desde que sanados os problemas de inclusão de profissionais de enfermagem e médicos nas equipes de saúde.
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	30,00	*29,36	%	O resultado em 2015 foi de 29,36%, observando-se uma redução de 12,5% em relação a 2013 (33,54%). O resultado em números absolutos sugere a tendência de alternância entre aumento e queda do número das ICSAB, apesar de em 2015 ter havido um discreto aumento do número absoluto de internações, este dado não é tão significativo se considerarmos a redução ocorrida no Total de Internações Clínicas. Assim como no ano anterior, os agravos que mais contribuem para as internações são as Pneumonias bacterianas, as Gastrenterites Infecciosas e complicações; a Insuficiência cardíaca; as Infecções no rim e trato urinário e as Infecções da pele e tecido subcutâneo. O objetivo deste indicador é monitorar as internações causadas por esses agravos, subsidiando ações para melhoria da resolutividade da atenção básica de modo a prevenir essas hospitalizações.
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	80,00	66,76	%	Esse indicador foi contemplado em 2015 nos 21 indicadores prioritários desta Secretaria para reforçar o monitoramento junto às equipes de saúde, o que potencializou o seu desempenho quando comparado ao ano anterior. As dificuldades para ampliação do acompanhamento das Condicionalidades de saúde são reflexos da baixa cobertura das equipes de estratégia saúde da família (ESF) no município, outro entrave administrativo que não faz parte da governabilidade desta secretaria é a não aplicação de bloqueio dos benefícios para as famílias que não cumprem o acompanhamento nas vigências anuais, sendo necessária a descentralização da gestão desse componente para as secretarias municipais. Apesar dessas dificuldades, a SEMSA vem aumentando progressivamente a cobertura de acompanhamento das Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família passando de 59,19% em 2013 para valores acima de 66% até 2015.
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	35,00	33,50	%	Este indicador apresentou redução de 2,4% quando comparado ao ano anterior, esse resultado é influenciado pela cobertura de 52,03% de atenção primária e a dificuldade da adesão de profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família para composição e ativação/habilitação das equipes de saúde pelo Ministério da Saúde.
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00	*0,67	%	Apesar de haver um incremento de 0,07% em relação a 2014, ocorreram problemas na geração das informações no período da migração do sistema de informação utilizado pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (SIAB para SISAB), resultando no sub-registro de informações no âmbito da esfera Municipal. Outro entrave

						é a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal que ainda se apresenta insuficiente para o alcance da meta.
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	4,00	*4,23	%	Esse indicador sofreu aumento de 0,7% quando comparado ao ano anterior, sendo afetado diretamente pela cobertura de atenção primária de 52,03% no município de Manaus. Estratégias para redução desse indicador estão sendo realizada através da atualização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, elaboração de um novo plano de metas de produção, priorizando dentre os procedimentos curativos a realização de procedimentos menos invasivos. Além da ampliação de ações de promoção através de atividades preventivas junto com o Programa Saúde na Escola.

*Dados em vermelho sujeitos à alteração.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DEPARTAMENTO DE REDES DE ATENÇÃO

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

Nº	TIPO	INDICADORES	META 2015	RESULTADO 2015	UNIDADE	ANÁLISE
7	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE.	1,55	*1,44	/100	A razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade no ano de 2015 apresentou redução de 5,26% em relação a 2014 e representa o alcance de 92,9% da meta pactuada. O resultado indica que houve redução de cobertura desses procedimentos no município de Manaus e, consequentemente, de acesso à atenção de média complexidade, em geral. Considerando o parâmetro nacional de 2,6 procedimentos para 100 habitantes, torna-se necessário, portanto, melhorar o acesso à atenção ambulatorial de média complexidade de acordo com as necessidades da população atendida, bem como implementar políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de média complexidade de responsabilidade do SUS. (Obs.: o resultado 2015 está sujeito à alteração)
8	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE.	3,00	*2,74	/100	A razão de internações clínico-cirúrgicas no ano de 2015 aumentou 5,38% em relação a 2014 e representa o alcance de 91,33% da meta pactuada. Mesmo não alcançando a meta, o resultado indica que houve aumento de cobertura de tais procedimentos hospitalares no município de Manaus e, consequentemente, de acesso à atenção hospitalar de média complexidade, em geral. Considerando o parâmetro nacional de 6,3 internações clínico-cirúrgicas de média complexidade por 100 habitantes, torna-se necessário, portanto, melhorar o acesso à atenção hospitalar de média complexidade de acordo com as necessidades da população atendida, bem como implementar políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS. (Obs.: o resultado 2015 está sujeito à alteração)
~~9~~	~~E~~	~~RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE.~~	~~N/A~~		~~/100~~	
~~10~~	~~E~~	~~RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE.~~	~~N/A~~		~~/1000~~	
~~11~~	~~E~~	~~PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.~~	~~N/A~~		~~%~~	

*Dados em vermelho sujeitos à alteração.

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.						
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO.	69,00	64	N. Absoluto	A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, por meio da Vigilância Ambiental e Epidemiológica é responsável pelo monitoramento de todas as unidades inseridas no território Municipal. Portanto, este resultado corresponde a todas as unidades de saúde (atenção primária, secundária, urgência/emergência, hospitais e maternidades) que compõe o município de Manaus, independente da gestão administrativa. A mensuração do indicador supracitado é impreciso, pois de acordo com a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, a Violência doméstica e/ou outras violências enquadra-se como agravo de notificação **compulsória semanal**, sendo a violência sexual ou tentativa de suicídio um agravo de notificação imediata para **todos os profissionais de saúde** que tiverem contato com tais situações. Fator este que automaticamente enquadra todos os serviços de Manaus como unidades de saúde com notificação de violência implantada, levando-se em consideração também que os mesmos, em sua totalidade, já receberam capacitação voltada para referida notificação. -No entanto, a meta não foi alcançada, pois ainda existe resistência dos profissionais de saúde em realizar a notificação do agravo violência **continuamente,** tornando o monitoramento do indicador impreciso e flutuante. Vale lembrar que esse indicador não tem continuidade, ou seja, todo ano ele zera e recomeça a contagem.

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS – SAMU 192/DRUE

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.						
OBJETIVO: Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192).	100,00	100,00	%	O Programa SAMU 192 Manaus alcançou a meta de cobertura de 100% realizando um total de 62.680 atendimentos efetivo, e recebendo na central do 192 um total de 570.869 ligações. O Programa SAMU 192 Manaus no ano de 2015 contou com uma frota de 30 USB, 07 USAS, 2 USAF, 14 Motolâncias.

SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.						
OBJETIVO: Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA.	0,55	0,46	RAZÃO	Mesmo não tendo atingido a meta programada, a razão de exames cresceu em 12,19% em relação ao ano anterior. Devido a cobertura da APS ser de 52% e a meta ser em cima de 100% de 1/3 da população de mulheres entre 25 a 64 anos, a Secretaria vem ampliando a oferta de coleta de exames nas unidades de saúde. Contudo o alcance desta meta é algo desafiador considerando a cobertura da APS e para isso a Secretaria adotou como suporte a oferta por meio das Unidades Móveis. Além de outras ações que estão sendo tomadas para ampliar a coleta, tais como: capacitar mais profissionais, ampliar acesso, implantar rastreio organizado, etc.
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA.	0,44	0,43	RAZÃO	Mesmo não alcançando a meta programada, em relação ao ano anterior obtivemos um acréscimo de 5,8%. Apesar da boa cobertura de exames, existe a necessidade de aumentar a adesão da população apta para realização do exame e a redução do absenteísmo.

*Dados em vermelho sujeitos à alteração.

SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.						
OBJETIVO: Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL.	50,00	52,26	%	Ultrapassar a meta pactuada deve-se as ações intersetoriais que foram realizadas ao longo do ano, tais como Fóruns de Vinculação entre as UBS e as 8 Maternidades Públicas, Fórum Perinatal, as reuniões do Comitê de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal, entre outros.
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	43,00	46,6%	%	Em todos os Fóruns e reuniões do Comitê, além das reuniões com as Responsáveis Técnicas de cada DISA, foi bastante enfatizado não só a importância da realização de no mínimo 7 consultas, mas também acesso ao pré-natal e registro na caderneta. Essa ação foi efetiva e por isso conseguimos ultrapassar a meta pactuada.
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	1,17	RAZÃO	Mesmo não tendo alcançado a meta programada, a razão de exames cresceu significativamente em relação ao ano anterior. As ações de capacitação e o apoio das técnicas dos Distritos de Saúde, com ênfase no registro dos exames, foram fundamentais para esse resultado. Em 2014 havia 60 UBS com Teste Rápido de Sífilis em gestante e em 2015 passou para 89, com o incremento de 48%.
23	U	NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	25,00	19	N.Absoluto	Ao longo do ano foram realizados Fóruns de Vinculação entre as UBS e as 8 Maternidades Públicas, além das reuniões do Comitê de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal. Em todas as oportunidades o tema em questão foi abordado, estimulando o profissional a realizar uma avaliação mais criteriosa a fim de prevenir agravos maiores. As maternidades também foram receptivas, mesmo diante de alguns desafios. Em comparação com o ano anterior, houve uma queda de 54%.

NOTA: Indicador foi questionado pela Câmara Técnica, segue justificativa da área técnica: "A base de dados utilizada para indicar a meta de 30 óbitos, foi o ano de 2012 que já está fechado no sistema, pois os dados de 2013 ainda são preliminares. Por outro lado, estamos melhorando a notificação de óbito materno e a codificação das causas de morte no SIM. Acreditamos que vai haver um aumento dos óbitos maternos e até os infantis porque temos sub- informação no sistema SIM.Esta avaliação foi conjunta entre a área técnica e a coordenação do SIM".						
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	13,00	12,99	/1000	Este resultado mostra uma redução de 6,24% em relação ao ano anterior. E uma redução de 17,78% em relação ao ano 2013. Considera-se para este resultado as ações de saúde ofertadas no município de Manaus, a promoção ao Aleitamento Materno, a implantação da estratégia amamenta e alimenta nas equipes de saúde de Manaus, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 01 ano, o fortalecimento dos ambulatórios de segmento para bebês de alto risco, somadas ao trabalho integrado das Políticas Socioeconômicas das esferas Municipal, Federal e Estadual.
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS.	65,00	68,91	%	Durante o ano de 2015 conseguimos superar a meta programada, devido ao trabalho de treinamento e acompanhamento das equipes de investigação dos Distritos de Saúde e o envolvimento das equipes da estratégia de saúde da família nas investigações.
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS.	100,00	100,00	%	Como todo ano conseguimos investigar todos os óbitos maternos principalmente com as investigações domiciliares faltando em algumas as investigações hospitalares, pois os óbitos ocorreram em unidades particulares que ainda não realizam e não permitem que realizemos as investigações hospitalares. Um desafio que esperamos alcançar em 2016 em parceria com a FVS e o Comitê Municipal de Mortalidade Materna Infantil e Fetal.
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS.	70,00	64,33	%	Temos dificuldade de conseguir alcançar a meta pactuado devido principalmente a dois fatores: 1. - Os endereços nas Declarações de óbito não são encontradas, e 2.- temos um número elevado de óbitos por causas externas que não são investigadas para proteger a integridade dos nossos profissionais que realizam as investigações. Quanto aos endereços não encontrados, trabalharemos junto a FVS para que as unidades hospitalares atualizem os cadastros dos usuários.
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE.	90,00	266	N.Absoluto	Das ações implementadas em 2015, destaca-se a integração com o Núcleo de Saúde da Mulher do Departamento de Atenção Primária para capacitação dos profissionais em assistência pré natal e abordagem do protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Além disso, em fevereiro de 2015 foi implantado no âmbito da SEMSA o Grupo Técnico de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, como parte das ações do plano de trabalho da Cooperação Interfederativa do Amazonas, simultaneamente ao processo de ampliação do número de Unidades da Atenção Primária com Teste Rápido para Sífils que saiu de 03 em 2012 e chegou a 89 em 2015. Por outro lado, durante todo o ano de 2015 houve descontinuidade no abastecimento da Penicilina Benzatina (medicamento de primeira escolha pro tratamento) por conta da falta de matéria prima no mercado mundial. Como conseqüência da falta de tratamento das gestantes com sífilis, ocorreu aumento de 118% dos casos de Sífilis Congênita em relação ao ano de 2014, quando foram registrados 122 casos.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – DEPARTAMENTO DE REDES DE ATENÇÃO

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Nº	TIPO	INDICADORES	META 2015	RESULTADO 2015	UNIDADE	ANÁLISE
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (CAPS).	0,22	0,28	%	A META 2015 FOI ALCANÇADA DEVIDO A IMPLANTAÇÃO DE 01 CAPS AD III E A QUALIFICAÇÃO DE 01 CAPS TIPO II PARA TIPO III.

DEPARTAMENTO DE REDES DE ATENÇÃO

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Nº	TIPO	INDICADORES	META 2015	RESULTADO 2015	UNIDADE	ANÁLISE
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS).	258,00	259,89	/100.000	A taxa de mortalidade prematura apresentou redução de 5,3% em relação a 2014. A implementação de ações de promoção e prevenção impactarão no resultado deste indicador a longo e médio prazos. Foram adotados estratégias em grupos de apoio, campanhas alusivas pontuais, orientações sobre mudanças de estilo de vida e estimulação a hábitos de vida saudável. Além dessas, a SEMSA investiu na qualificação de equipes multiprofissionais sobre programa de automonitoramento (usuários diabéticos insulinodependentes), sobre obesidade, sobre violência contra a pessoa idosa, sobre Avaliação Neuromotora do Pé Diabético e Cuidador Informal do Idoso, no Projeto Educando Educadores sem Fronteiras e na dispensação de medicamentos para controle da hipertensão, diabetes, asma, rinite e obesidade. A área de apoio de diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem), a aquisição de equipamentos para aferição de pressão arterial e avaliação neuromotora foram fortalecidas garantindo com isso a melhoria na qualidade da assistência aos portadores dessas patologias. Contudo, apesar das estratégias utilizadas, não foi possível alcançar a meta pactuada sendo um dos fatores agravantes a baixa adesão da população ao autocuidado.

VIGILÂNCIA À SAÚDE - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.						
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	88,89	88,89	%	No ano de 2015 houve um avanço neste indicador sendo atingida cobertura vacinal adequada em oito das nove vacinas que compõem o indicador (**BCG = 122,51%, Meningo C = 98,48%, Pentavalente = 97,56%, Pólio = 112,13%, Rotavírus = 93,37%, Febre Amarela = 101,82%, Tríplice Viral = 96,20% e Influenza = 82,01%)**. Somente a vacina **Pneumocócica** não atingiu cobertura vacinal adequada, cujo resultado foi de **89,18%**. Em 2014, apenas três vacinas tiveram cobertura adequada. Atribui-se este avanço à inclusão deste indicador no rol de indicadores prioritários da SEMSA, com monitoramento mensal por unidades de saúde, Distritos e Coordenação Municipal de Imunização, o que implementou o planejamento das ações para intensificação da vacinação na abrangência das Unidades de Saúde da Família, nas áreas descobertas de Estratégia de Saúde da Família e busca ativa das crianças faltosas ao agendamento da vacinação nas Unidades Básicas de Saúde.
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85,00	73,19	%	O maior prejuízo para implementação das ações de controle da tuberculose foi nas ações de detecção de casos, cujo diagnóstico aumentou principalmente nas populações mais vulneráveis: população vivendo em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. Esses pacientes são detectados principalmente em hospitais e prontos-socorros quando apresentam complicação da doença. Em função dessas situações de vulnerabilidade não procuram a unidade de saúde para continuar o tratamento com isso vem aumentando significativamente o abandono de tratamento, fechando em 17% no ano de 2015. Outras estratégias de articulação com a rede de atenção psicossocial e serviços de assistência social estão programadas para o ano de 2016.
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	75,00	57,93	%	No ano de 2015 foram diagnosticados 2.182 casos novos de tuberculose de todas as formas, sendo que 1.264 realizaram o teste anti-HIV (57,93%). No entanto, ratifica-se que esse resultado ainda está passível de alteração em função da atualização da base de dados referente aos casos diagnosticados no 3º quadrimestre de 2015. Esse indicador vem melhorando significativamente desde o ano de 2013 em função das ações integradas com o Programa Municipal de Controle das DST/HIV/AIDS para ampliação do número de Unidades de Saúde que realizam testagem rápida para HIV. Em 2014 o resultado desse indicador foi de 65,5%.
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	90,00	86,97	%	Com relação a 2014, em 2015 a proporção de registros de óbitos com causa básica definida diminuiu 1,1%. Infelizmente, no município de Manaus não existe o Serviço de Verificação de Óbito – SVO, previsto em legislação, que deveria contribuir para a redução do número de óbitos classificados como mal definidos a partir de investigação desses óbitos. Mesmo com os treinamentos de preenchimento de DO realizados com o objetivo de melhorar o preenchimento da DO, não conseguimos atingir a meta. Registre-se que o resultado informado pode sofrer alteração.
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80,00	79,00	%	O caso de Febre de Chikungunya inclusos no SINAN não foram encerrados em tempo oportuno, devido demora na liberação do exame específico pelo Instituto Evandro Chagas (IEC).

40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS. (INDICADOR DO ESTADO) NÚMERO DE CASOS DE DOENÇA OU AGRAVO RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA. (INDICADOR PARA O MUNICÍPIO)	1,00 ou 1617	**2.483	N.Absoluto	Não foram realizadas as vistas técnicas aos municípios da área da abrangência do CEREST Manaus, que tem núcleo de saúde do trabalhador implantado, objetivando o aumento de municípios com notificações compulsórias dos agravos relacionados o trabalho, por falta de logística e RH.
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	8,00	6,00	N.Absoluto	Em 2015, foram notificados 06 casos de AIDS em menores de 5 anos (sendo todos na faixa etária de 1 a 4 anos), o que representou redução de 62,5% em relação ao ano de 2014, quando ocorreram 16 casos, sendo 8 em menores de 1 ano, inclusive. Das ações implementadas em 2015, destaca-se a integração com o Núcleo de Saúde da Mulher do Departamento de Atenção Primária para discussão nas Maternidades do Protocolo de Atendimento às Grávidas com HIV, capacitação dos profissionais da atenção primária em assistência pré natal e abordagem do tema da transmissão vertical do HIV nas assembléias do Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil. Além disso, em fevereiro de 2015 foi implantado no âmbito da SEMSA o Grupo Técnico de Investigação da Transmissão Vertical, como parte das ações do plano de trabalho da Cooperação Interfederativa do Amazonas.
44	E	~~NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS~~	~~N/A~~		~~N.Absoluto~~	
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	85,42	%	Um grande avanço na proporção de cura já foi alcançado pelo município, entretanto a meta ainda não está alcançada, haja vista a necessidade de implementação da busca ativa de pacientes faltosos identificados pela Média Complexidade, busca esta realizada em parceria entre a atenção primária em saúde e média complexidade. Outra estratégia importante para alcançar melhoria no indicador está voltada para o acompanhamento e gerenciamento sistemático do banco de dados informados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.(SINAN).
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS.	80,00	84,15	%	A proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados vem aumentando significativamente desde o ano de 2013 a partir da implantação da visita domiciliar para exame de contato em parceria com a Fundação Alfredo da Matta (FUAM) e a partir de 2015, com a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Além disso, esse indicador integra o rol de indicadores prioritários da SEMSA o que implementou o monitoramento e respectiva operacionalização das atividades de exame de contatos principalmente entre os casos em acompanhamento nas unidades municipais de saúde. O resultado do ano de 2015 representa um incremento de 79% em relação ao ano de 2012, quando foi de 47%.
47	E	~~NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL~~	~~N/A~~		~~N.Absoluto~~	
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	80,00	85,39	%	Foram vacinados 171.972 cães no município de Manaus, superando a meta pactuada na PAS 2015 (80% da população canina estimada).
49	E	~~PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS~~	~~N/A~~		~~%~~	

**Dados fornecidos pela área técnica (CEREST).

50	E	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) DE MALÁRIA	2,80	9,70	/1000	O retrocesso nesse indicador deu-se, principalmente, devido à grande movimentação de pessoas em áreas de transmissão, nas regiões do Rio Tarumã Grande, Estrada Vivenda Verde, Estrada do Brasileirinho, Estrada do Puraquequara e Bairros João Paulo II, Santa Inez e Nova Vitória, motivados pelas invasões de terras. Nesses locais existe fluxo de água corrente e vegetação nativa, ambiente favorável à proliferação do Anopheles darlingi, principal vetor da malaria. Com o desmatamento, a ocupação desordenada e o fluxo de pessoas vindo de diversas áreas de Manaus e de outros municípios, contribuiu para o aumento da infestação vetorial e a instalação da epidemia de malária na área à partir de janeiro/2015. A dispersão da doença para diversas áreas de influencia foi inevitável devido ao deslocamento populacional, que favorece a disseminação do parasita. As principais áreas de ocupação desordenada em zonas de transmissão: Cidade das Luzes (Estrada da Vivenda Verde, acesso pelo Ramal do Bancrévea), Acampamento Coliseu e Jéferson Peres (Bairro João Paulo II – Zona Leste), Novo Paraíso (Estrada do Brasileirinho, acesso pelo Ramal do Amazonas) e Distrito II (Puraquequara) além de pequenos focos nas regiões do Tarumã Grande, AM – 010 e BR – 174. A Secretaria Municipal de Saúde desencadeou um conjunto de ações com vista a minimizar os fatores de risco à transmissão. Essas ações tiveram inicio à partir do momento em que as pessoas começaram as atividades de desmatamento e construção de residências: Educação em Saúde com ênfase nos métodos de proteção individual e coletivas; instalação de mosquiteiros impregnados com inseticida; busca de casos de pacientes suspeito de malária; diagnóstico e tratamento supervisionado; aplicação de inseticida residual. Apesar dos esforços empreendidos, o reordenamento da força de trabalho e a priorização de ações nos Aglomerados de maior importância epidemiológica As ações realizadas nestas localidades não foram suficientes para conter a escalada de transmissão, devido aos riscos permanentes causados pelo fluxo de pessoas, a alta infestação e a presença de criadouros de mosquitos dentro do perímetro ocupado. A resolução depende de parcerias intersetoriais e interinstitucionais para o desenvolvimento de ações que eliminem ou minimizem os fatores de risco que determinam e condicionam a transmissão da malária nessas localidades.
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE.	4,00	3	N.Absoluto	Em 2015, foram confirmados 1.125 casos novos de Dengue em Manaus, o que representou uma redução de 34% em relação ao ano de 2014, sendo que nenhum dos casos de 2015 desenvolveu complicações graves da doença, o que contribuiu para o alcance da meta.
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	25,64	%	Em Manaus o numero de imóveis urbanos e de 666.346, e não temos recursos humanos suficientes para conseguir realizar esta cobertura de visitas.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA – DVISA

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.						
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS À TODOS OS MUNICÍPIOS. Indicador Municipal - PERCENTUAL DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS EXECUTADAS	100,00	100%	%	O município de Manaus realiza 100% das 7 ações de vigilância consideradas necessárias. No ano de 2015, o município realizou 26 atividades educativas para o setor regulado, cadastrou 1.154 estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, inspecionou 8.237 estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, realizou 39 atividades educativas para a população, recebeu 1.303 denúncias/reclamações, atendeu 1.010 denúncias/reclamações e instaurou 2.911 processos administrativos sanitários, com o objetivo de contribuir para a redução dos riscos e agravos à saúde a partir do fortalecimento da promoção e proteção da saúde da população.

VIGILÂNCIA À SAÚDE – DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.						
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ.	100,00	277,40	%	Número de amostras da Diretriz Nacional obrigatória para Manaus em relação a população atendida pelo SAA 900. Total de amostras analisadas por parâmetro: *Coliformes Totais/E.coli* = 3.464 (379,82%); Turbidez = 2.334 (255,92%); Cloro Residual Livre = 1.605 (175,99%).

EDUCAÇÃO NA SAÚDE - DEPARTAMENTO GESTÃO DO TRABALHO

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.						
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS.	70,00	81,08	%	Em 2015 foram preenchidas 7.297 vagas em capacitações ofertadas pela Secretaria. Desse total, 5.915 servidores concluíram a capacitação. Alcançamos 81,08% de ações realizadas ultrapassando a meta 2015 que era de 70%.
~~58~~	~~E~~	~~FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA.~~	~~N/A~~		~~%~~	
~~59~~	~~E~~	~~PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL.~~	~~N/A~~		~~%~~	
~~60~~	~~E~~	~~NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS.~~	~~N/A~~		~~N.Absoluto~~	

GESTÃO DO TRABALHO – DEPARTAMENTO GESTÃO DO TRABALHO

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.						
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS.	77,00	76,26	%	O resultado se deu por exonerações de servidores com vínculo protegido por interesse próprio em face de outros concursos públicos, falecimento e aposentadoria de servidores.
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO.	1,00	1,00	N.Absoluto	A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS, foi instituída através da Resolução nº006 de 01 de março de 2007, publicada no DOM 1697 de 11 de abril de 2007.

CONTROLE SOCIAL – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.						
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE.	1,00	0	N.Absoluto	O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 encontra-se em vigência até 2017. Sendo aprovado por este conselho em 27.12.2013.
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE – SIACS.	1,00	1	N.Absoluto	Estruturado e instalado.

OUVIDORIA DO SUS

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS.	1,00	1,00	N.Absoluto	A **Ouvidoria Municipal de Saúde do SUS** encontra-se estruturada atualmente por **20 sub-redes,** sendo cinco (5) implantadas nos Distritos de Saúde e quinze (15) nas diversas áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde. Registre-se que todas as manifestações são acolhidas pela **OUVMSUS**, localizada na sede da SEMSA, que representa o **Nível Central**, após registro, as demandas são encaminhadas, pelo Sistema OuvidorSUS, às diversas sub-redes, que representam o **Nível Distrital ou Administrativo**, este responsável pela resolução das referidas demandas e finalização das mesmas junto ao Sistema OuvidorSUS oferecendo resposta aos cidadãos. Para registrar uma manifestação, o cidadão, usuário dos serviços municipais de saúde, pode entrar em contato através dos cinco (5) canais de acolhimento disponibilizados: telefone; carta/correspondência oficial; email; formulário web; pessoalmente. Acolhendo também, o recebimento e registro das demandas de pedidos de acesso à informação em atendimento a Lei Federal 12.527 de Acesso a Informação.

AUDITORIA DO SUS

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Nº	**TIPO**	**INDICADORES**	**META 2015**	**RESULTADO 2015**	**UNIDADE**	**ANÁLISE**
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO.	1,00	1	N.Absoluto	Estruturado e instalado.

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

ANEXO III

ITEM 10. AUDITORIAS

RELATÓRIO DAS AUDITORIAS REALIZADAS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

2015

SARGSUS - ITEM 10. AUDITORIAS

1º QUADRIMESTRE

PERÍODO: JANEIRO A ABRIL

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE AUDITORIAS DO SUS

PERÍODO DE MAIO A AGOSTO - 2015

ÓRGÃO DEMANDANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

RESPONSÁVEL: AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
780	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	CLC - CONSULTORIO MEDICO - ROCHA E MAIA LTDA - ME	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
781	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	CLINICA ODONTOLOGICA RIO NEGRO - JUCILEI RIBEIRO LIMA - ME	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
782	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	**A Divisão de Apoio e Diagnóstico** para que promova um controle maior na Declaração da UBS referente aos profissionais que executaram os serviços.	Gerência de Liquidação.
783	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	**A Divisão de Apoio e Diagnóstico** juntamente com os Fiscais do Contrato para que dê conhecimento a Contratada afim de que esta se manifeste quanto a situação acima mencionada. Para que promovam um efetivo controle no horário dos profissionais que executam os serviços de imagens nas Unidades desta SEMSA afim que não ultrapassem a carga horária estipulada pelo Decreto supracitado. Para conhecimento das situações apontadas afim de que providências sejam tomadas uma vez que tais inconformidades não são recentes e que cabe a esta Secretária a solução da problemática apresentadas.	Gerência de Liquidação.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
784	Proceder auditoria do serviço de odontologia no PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	**Ao Sr. diretor do Disa Rural:** Apresentar justificativas e plano de intervenção à gestão a fim de adquirir uma caixa dágua para a UBS e instalação de nova rede hidráulica. E ainda que seja corrigida a situação da voltagem de energia elétrica da unidade. Apresentar justificativas e plano de intervenção à gestão a fim de promover os ajustes necessários. Apresentar à gestão plano de intervenção a fim de atender o que a norma (RDC 050/ANVISA) preconiza e ajustar o espaço físico do consultório odontológico às necessidades dos profissionais. Apresentar inspeção técnica e parecer especializado quanto a falta da referida peça da embarcação. e ainda evitar o deslocamento de profissionais a fim de não por em risco a integridade física e/ou a vida dos mesmos. Atualizar o CNES da referida unidade de saúde (cadastrar e excluir profissionais). Justificar a ausência da cirurgiã-dentista referida em que encontra-se lotada na unidade mas não presta serviço. Verificar a possibilidade de lotar 01 (um) profissional de serviços gerais e 01 (um) assistente social.	GABIN.
784	Proceder auditoria do serviço de odontologia no PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	Justificar a necessidade em se manter 03 cirurgiões-dentistas (01 CD/40h e 02CD/20h) lotados na referida UBS haja vista que existe somente 01 equipo na Unidade e as condições estruturais e insumos não coadunam com tal possibilidade. Verificar a situação da unidade quanto ao planejamento para construção de nova unidade de saúde no local tendo em vista que há um projeto arquitetônico para tal fim (com a direção) e que segundo os profissionais de saúde da unidade este projeto encontra-se em desacordo com as necessidades para qual a unidade de saúde se propõe. A UBS faz parte da rede saúde manauara como unidade-laboratório. Quando da reforma construção ou ampliação da referida UBS sugestionar que ela seja cercada a fim de evitar passagem de animais tais como bovinos equinos suínos aves etc os quais causam sujidade nos arredores. OBS.: Apesar das condicionalidades estruturais existentes os profissionais desempenham seus ofícios não havendo demanda reprimida por conta de atendimento médico e odontológico. A principal reclamação assistencial é quanto a realização de exames laboratoriais pois não há posto de coleta e os comunitários têm que se deslocar para Manaus para realizá-los.	GABIN

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
784	Proceder auditoria do serviço de odontologia no PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	PSR NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	Justificar a necessidade em se manter 03 cirurgiões-dentistas (01 CD/40h e 02CD/20h) lotados na referida UBS haja vista que existe somente 01 equipo na Unidade e as condições estruturais e insumos não coadunam com tal possibilidade. Apresentar justificativas quanto a este processo de trabalho. Que este translado seja realizado conforme critério técnico de tratamento conservação e transporte de imunobiológicos verificando-se ainda a possibilidade deste transporte ocorrer 02 vezes por semana ou a critério padronizado desta Gestão. **A Gerência de Apoio e Diagnóstico/SEMSA:** Apresentar manifestação quanto a viabilidade para implantação de um posto de coleta na comunidade Nossa Sra. do Livramento e se possível estimar prazo para a referida implantação. **Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação (DICAR)** para apresentar justificativas e procedimentos que estão sendo tomados para que se tenham os relatórios de produtividade das unidades de saúde públicos e com os devidos dados de produção realizados. **Ao diretor do Disa Rural** para conhecimento e orientações aos diretores de unidades de saúde e profissionais quanto a mudança do sistema de informação para o e-SUS.	GABIN
785	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS L 32, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	UBS L 32 - FMS DE MANAUS	**Ao Departamento de Atenção Básica-DAP para:** Providências para instalação da autoclave de maneira que permita um fluxo adequado na lavagem preparo e esterilização dos instrumentais atendendo as regras de biossegurança. Estudo de viabilidade de construção de uma lixeira na área interna da unidade com acesso pela parte externa (calçada da unidade) através de porta com chave conforme recomendação da RDC 306 visando cumprir a legislação bem como diminuir os transtornos causados pela utilização da lixeira atual. Realizar estudo técnico de viabilidade para ao momento de uma reforma ou construção de outras unidades de saúde construir um espaço para educação coletiva e escovódromo. **Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e aos fiscais do contrato para:** Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde providenciando a instalação de uma pequena cuba para higienização das mãos deixando as existentes apenas para lavagem dos instrumentais e ainda de torneiras com acionamento sem o contato manual no consultório da UBS em referência.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
785	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS L 32, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	UBS L 32 - FMS DE MANAUS	**Ao Distrito de Saúde Leste (DISA Leste) e Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para:** Orientar aos profissionais da equipe de saúde bucal quanto à necessidade de se cumprir o que rege a Lei 1.118 de 01/09/1971 visando facilitar o trabalho em equipe. **À Diretora do Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação (DICAR) para:** Apresentar justificativas e procedimentos que estão sendo tomados para que se tenham os relatórios de produtividade das unidades de saúde e com os devidos dados de produção realizados disponíveis e publicados. **Ao diretor do DISA Leste** para conhecimento e orientações aos diretores de unidades de saúde e profissionais quanto a mudança do sistema de informação para o e-SUS.	GABIN.
786	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	ALMIR DE MATOS BRAGA	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
788	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA	**Ao DISAO e Gerência de Saúde Bucal** para providências quanto à adequação das pias para lavagem exclusiva das mãos e materiais odontológicos. Para providências quanto à adequação do local. **Ao DISAO e setor de manutenção predial** para diligências quanto à questão elencada. **À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá** para providências e adequação da ocorrência. **Ao Departamento deVigilância Sanitária - DVISA, DISAO setor de manutenção predial e direção da Policlínica Franco de Sá** para diligências quanto às questões elencadas na evidência. **À DIATS e Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal** para análise e resolução. **Ao DIATS/DISAO** providenciar manutenção do refrigerador e resolução. **À Direção da Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá e DIATS/DISAO** para verificação das pendências elencadas na evidência.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
788	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	POLI DR RAIMUNDO FRANCO DE SA	**Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal** providenciar suporte para o dispositivo do material pérfuro-cortante. **Ao Departamento de Logística (DELOG) para:** -Efetivação de controle/fiscalização dos insumos e/ou medicamentos colocados à disposição dos usuários a fim de coibir o uso de produtos vencidos nas unidades de saúde SEMSA. **Ao Departamento de Redes de Atenção/Gerência de Odontologia e DIATS/DISAO para:** Orientação aos distritos de saúde bem como às unidades de saúde quanto à efetivação de controle rigoroso dos estoques de insumos e/ou medicamentos visando assim à oferta deste dentro dos padrões de conformidades exigidos. **Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR** para que promova a atualização no CNES no tocante ao registro correto do nome da servidora em questão. **Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DISAO** para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma. Para conhecimento reordenamento dos padrões de programação e aplicação da norma.	GABIN.
789	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	LAERTE CARLOS MONTEIRO MAUES	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
790	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
791	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
792	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR ANTONIO REIS, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	POLI DR ANTONIO REIS	Processo Conforme.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
793	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR JOSE ANTONIO DA SILVA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	POLICLINICA DR JOSE ANTONIO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS	**Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia Gerência de Gestão do Trabalho e ao DISA Norte para:** Definição quanto a realização ou não de atividades coletivas/grupos nas escolas. Desenvolver ações de controle e avaliação da produção que permitam a percepção de eventuais desvios de sua eficiência e efetividade oportunizando as correções necessárias. Promover adequação e o controle efetivo do ponto eletrônico. **Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia DISA Norte e Policlínica José Antonio da Silva para:** Definição quanto a realização ou não de atividades coletivas/grupos nas escolas. Orientação aos profissionais/membros da equipe de saúde bucal (Policlínica José Antônio da Silva) quanto à necessidade de tramitação do prontuário em conjunto com o odontograma no momento da consulta dos pacientes visto que a prática ora aplicada na Unidade não se coaduna com a ordenação estabelecida na RDC 063/11.	GABIN.
793	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR JOSE ANTONIO DA SILVA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	POLICLINICA DR JOSE ANTONIO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS	**Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal Departamento de Infraestrutura DISA Norte para:** Promover estudo de viabilidade quanto a adequação do consultório odontológico da policlínica José Antonio da Silva às normas de biossegurança conforme a RDC 050 e NR 032 incluindo a retirada da ilha e demais ajustes necessários evitando transtornos futuros à SEMSA. **À Policlínica Antônio da Silva para:** Providênciar a limpeza da lixeira e cadeado para o compartimento de lixo hospitalar a fim de manter o local seguro com vistas ao resguardo da segurança e da saúde dos usuários bem como dos profissionais de saúde. **Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e Departamento de Logistíca para:** Conhecimento e vigilância quanto aos prazos de validade dos produtos enviados às unidades bem como aos pedidos realizados pelos profissionais evitando assim estoque de insumos nos consultórios. **Ao Departamento de Atenção Primária Departamento de Administração e Infraestrutura Departamento de Logistica e DISA Norte para:** Realizar estudo de viabilidade de novo projeto arquitetônico para o ambiente de odontologia. Atualização do CNES no tocante a quantidade de equipos existentes na policlínica. Adequação do quantitativo de equipamentos odontológicos para quatro equipos. Promover o tombamento dos equipamentos da policlínica de maneira permanente a fim de facilitar a identificação dos bens móveis pertencentes ao patrimônio da SEMSA. Solicitar junto a empresa que realiza serviços de manutenção agilidade na devolução dos equipamentos retirados para conserto.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
793	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR JOSE ANTONIO DA SILVA, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	POLICLINICA DR JOSE ANTONIO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS	**Ao Departamento de Atenção Primária, Departamento de Administração e Infraestrutura Departamento de Logistica e DISA Norte para:** Realizar estudo de viabilidade de novo projeto arquitetônico para o ambiente de odontologia. Atualização do CNES no tocante a quantidade de equipos existentes na policlínica. Adequação do quantitativo de equipamentos odontológicos para quatro equipos. Promover o tombamento dos equipamentos da policlínica de maneira permanente a fim de facilitar a identificação dos bens móveis pertencentes ao patrimônio da SEMSA. Solicitar junto a empresa que realiza serviços de manutenção agilidade na devolução dos equipamentos retirados para conserto. **Ao DISA Norte para:** Atualização do CNES da Unidade com inclusão do nome da servidora Adriana Ivone de Araújo Laborda-auxiliar de saúde bucal bem como do segundo vínculo do odontólogo Armando Enrique Alegria Chacon.	GABIN.
795	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI CASTELO BRANCO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Andamento	POLI CASTELO BRANCO	**Ao Departamento de Atenção Primária (DAP) e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para:** Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde implem entando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios da policlínica em referência bem como viabilizem a ressolutividade dos problemas citados acima (piso/paredes/suporte do deskarpack). **Ao Departamento Atenção Primaria (DAP) /Gerência de Odontologia:** Para dar conhecimento ao Núcleo de Manutenção dos Equipamentos Hospitalares (NUMEH) bem como aos fiscais do contrato firmado entre a SEMSA e a empresa Acadêmica da situação relacionada às canetas afim de que a contratada atenda com mais rapidez as manutenções destes instrumentais evitando assim prejuízo ao serviço ofertado. Para que viabilize através do setor competente a substituição dos materiais acima citados bem como promovam os ajustes necessários às situações apontadas em destaque a fim de que a Policlínica Castelo Branco proporcione uma melhor condição de trabalho aos profissionais e uma assistência de qualidade aos usuários.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
795	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI CASTELO BRANCO, tendo a finalidade de subsidiar ações e medidas necessárias a uma melhor gestão em saúde bucal.	Encerrada	POLI CASTELO BRANCO	**Á Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul:** Dê conhecimento ao DELOG das situações de falta de materiais acima apontadas visando assim o abastecimento adequado a execução do serviço de odontologia. Para que promovam os ajustes necessários na programação das ações de odontologia da Policlínica Castelo Branco afim de evitar uma análise irreal de baixa produção em determinados procedimentos como também verificar o motivo pelo qual a evidenciação de placa bacteriana apresenta um quantitativo mínimo de procedimentos Já que esta ação é de grande importância na promoção da saúde bucal. Verifiquem as situações apontadas com destaque para as ações de escovação que em razão da falta de escovodromo é realizado individualmente no consultório bem como os motivos que levam a grande demanda oriunda do bairro da União aos serviços de odontologia da policlínica uma vez que este bairro possui uma unidade de saúde com oferta deste serviço.	GABIN.
797	Auditoria para avaliar o funcionamento do Sistema de Ponto Eletrônico da SEMSA na UBS Balbina Mestrinho.	Andamento	SPA BALBINA MESTRINHO	**Ao Diretor da USA** em questão para conhecimento e apresentação de justificativas quanto às irregularidades apresentadas. **Ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde** para verificação da irregularidade apresentada e tomada de providências legais. **Ao DISA Norte** para conhecimento e manifestação quanto à impontualidade dos servidores da unidade de saúde. e ainda apresentar a esta auditoria no prazo de 01 mês do recebimento deste relatório medidas adotadas para redução dos índices de atrasos e saídas antecipadas ao serviço bem como cadastrar 100% dos servidores no ponto eletrônico instrumento oficial de registro de entrada e saída dos profissionais. Para conhecimento e promoção quanto à regularização da situação evidenciada devendo apresentar no prazo de 30 dias após o recebimento do presente relatório as providências efetivas em relação ao saneamento da inconformidade apontada.	GABIN.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
797	Auditoria para avaliar o funcionamento do Sistema de Ponto Eletrônico da SEMSA na UBS Balbina Mestrinho.	Andamento	SPA BALBINA MESTRINHO	**Ao DISA Norte** para conhecimento da inconformidade e regularização da situação elencada devendo apresentar no prazo de 30 dias a contar da data do recebimento deste relatório providências efetivas para regularização da situação acima exposta. 1. Atualizar o SCNES da referida unidade de saúde (cadastrar e excluir profissionais). 2. Remeter resposta a esta Auditoria das providências tomadas no prazo de 30 dias após o recebimento do relatório de auditoria. Para conhecimento da diretora da USA referente a situação apontada a fim de apresentação de justificativas quanto às irregularidades apresentadas. **À direção da unidade de saúde** para conhecimento e apresentação de justificativas quanto à situação apresentada.	GABIN.
797	Auditoria para avaliar o funcionamento do Sistema de Ponto Eletrônico da SEMSA na UBS Balbina Mestrinho.	Encerrada	SPA BALBINA MESTRINHO	**Ao Distrito de Saúde Norte** para conhecimento e apresentação de justificativas referente a não apresentação das faltas no mapa mensal de frequência conforme demonstrado no ponto eletrônico. **Para diretora da USA** em questão a fim de implementar medida educativa (ordem de serviço) visando orientar os servidores sobre a importância de utilizarem o ponto eletrônico para registro de suas jornadas de trabalho. Para diretora da USA Balbina Mestrinho para implementação de procedimento operacional padrão que defina o processo de trabalho no acolhimento do usuário desde a recepção até o encaminhamento final dado pela unidade de saúde.	GABIN.
798	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
799	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
800	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	LIFE & SAUDE - R M NEVES ASSISTENCIA MEDICA E ODONTOLOGICA EIRELI	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
801	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.

Nº ATIVIDADE	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
802	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
803	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	ODONTO VIP - ANTONIA OCICLEIDE ARAUJO VIEIRA - ME	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.
804	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
804	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
805	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
805	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
806	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Processo Conforme.	Gerência de Liquidação.
807	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	NORTE IMAGEM LTDA	Entrar em contato com a Contratada para que a mesma providencie as assinaturas necessárias para cumprimento da Portaria nº 880/2014-GABIN/SEMSA.	Gerência de Liquidação.
808	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	FAVIANE CAUPER VIANA VASCONCELOS	Processo Conforme.	Gerência de Controle e Avaliação.

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

2015

SARGSUS - ITEM 10. AUDITORIAS

2º QUADRIMESTRE

PERÍODO: MAIO A AGOSTO

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE AUDITORIAS DO SUS

PERÍODO DE MAIO A AGOSTO - 2015

ÓRGÃO DEMANDANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

RESPONSÁVEL: AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
809	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
809	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/03/2015 a 31/03/2015, com o quantitativo de produção totalizando 3.567 (Três mil,quinhentos e sessenta e sete) exames realizados	Em conformidade com planilha apresentada.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
809	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) estabelecimentos assistenciais de saúde.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Alguns itens dos consultórios do CEO Oeste não atendem aos requisitos da RDC 050/02, NR 032 e Manual de Biossegurança.	Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios do CEO Oeste, bem como viabilizem a resolutividade dos problemas citados (teto, rede elétrica, troca de florescentes, suporte do deskarpack e instalação de exaustor).	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Abrigo de resíduos sólidos (lixeira) utilizada pelo CEO Oeste pertence ao DISA Oeste.	A Direção do DISA Oeste para: Conhecimento da situação a fim de que verifique a possibilidade de adquirir equipamentos de proteção individual para o servidor responsável pela coleta do lixo das UBSF, como também verifique junto a Subsecretaria de Assistência em Saúde (SUBGS) a viabilidade de recolhimento do lixo hospitalar pela empresa competente duas vezes na semana em razão da grande quantidade de resíduos abrigados.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Centro Especializado Odontológico-CEO Oeste encontra-se bem localizado.	Em conformidade.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Deficiência no abastecimento dos insumos odontológicos.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal para: Dar conhecimento ao DELOG das situações de falta de materiais apontadas, visando assim o abastecimento adequado a execução do serviço de odontologia.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	As manutenções preventivas e corretivas de alguns Equipamentos odontológicos não tem resposta em tempo hábil.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal-GESAB para: Dar conhecimento a empresa terceirizada e divisão de contratos da situação apontada a fim de que providências sejam tomadas no sentido de reposição das peças aos equipamentos danificados para que não haja prejuízo na prestação dos serviços odontológicos.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Regularidade na frequência da equipe odontológica do CEO Oeste no período de julho a dezembro/2014.	Em conformidade.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Cadastro do CNES do CEO Oeste apresenta-se desatualizado em algumas situações.	A direção do CEO Oeste para: Conhecimento da situação mencionada afim de que promova as correções devidas no cadastro do Centro de Especialidades odontológicas-CEO Oeste.	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Unidade sem demanda reprimida e sinalizando melhoria nos serviços de prótese e endodontia.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal para: Verificar a possibilidade junto aos especialistas da ampliação do quantitativo de consultas. Dessa maneira maiores oportunidades seriam oferecidas aos pacientes que necessitassem dos serviços de prótese e endodontia.	Enviado para o Gabinete do Secretário
810	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA.	Em andamento	**CEO OESTE PROF JOAO LUIS RIBEIRO MENDONCA**	Programação dos procedimentos odontológicos do CEO Oeste baseada em portaria do Ministério da Saúde.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerencia de Saúde Bucal-GESAB para: Que solicite ao Departamento de Logística-DELOG, maior atenção quanto o abastecimento dos insumos odontológicos do CEO Oeste com vistas a evitar ou diminuir a realização do serviço prestado como também certifique a contratada da importância da manutenção dos equipamentos odontológicos em tempo hábil a fim de que o CEO Oeste execute suas ações atingindo a meta que lhe é pactuada.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	O CEO sul contempla os padrões estabelecidos pelo Ministério de Saúde, no que diz respeito à estrutura física, recursos humanos e materiais.	Em conformidade.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Resíduos hospitalares armazenados em sacos pretos comuns; lixeira necessitando de limpeza.	A direção do DISA Sul para: Observância das regras de acondicionamento adequado dos resíduos comum e infectados. Providenciar cadeado para a lixeira, limpeza da mesma, bem como da área externa e aquisição de lixeira de pedal tamanho médio para os consultórios odontológicos. Orientar a unidade de saúde quanto à utilização dos sacos brancos com o símbolo de advertência de lixo hospitalar.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Torneiras com acionamento manual; falta de suporte para alocar o descarpack, não atendendo aos requisitos da RDC 50 e NR 032; consultório de realização das cirurgias com apenas uma pia para lavagem de materiais e mãos.	Gerencia de Saúde Bucal-GESAB e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios e suporte do deskarpack.	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Inconformidades pela empresa contratada na execução da manutenção dos equipamentos. Instalação irregular dos compressores de ar e bomba à vácuo.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP para: Providências quanto à instalação dos compressores e a bomba à vácuo, a fim de evitar que os servidores tenham contato direto com os líquidos provenientes desse equipamento. Orientar aos fiscais do contrato a promoção de fiscalização e acompanhamento das manutenções corretivas dos equipamentos, a fim de verificar a razão do volume de equipamentos com avaria e maior agilização na realização do conserto dos mesmos.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Consultórios relativamente equipados.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP para: Verificar junto à direção do CEO a necessidade de adequar o quantitativo de equipamentos dos consultórios em conformidade com o estabelecido na relação padrão da Gerencia de Saúde Bucal.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Informações desatualizadas junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	Ao Diretor do CEO Sul para : Promover atualização do CNES.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Insumos odontológicos fora do prazo de validade e casos de não recebimento de alguns insumos necessários para atendimento dos usuários do CEO Sul.	Ao Departamento de Logística - DELOG para: Efetivar controle/fiscalização dos insumos a fim de evitar o envio dos mesmos para as Unidades de Saúde com prazo de vencimento próximo da data de validade.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	O CEO realiza as modalidades de procedimentos em conformidade com a legislação pertinente.	Em conformidade	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Os usuários são referenciados pela rede de atenção básica e também são oriundos de demanda espontânea.	Ao Departamento de Atenção Primária e Gerência de Saúde Bucal para: Conhecimento e discussão sobre o reordenamento do fluxo de referência assistencial.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Produtividade geral do CEO Sul abaixo da programação estabelecida pela Gerência de Saúde Bucal. O CEO Sul no período de julho a dezembro/14, encontrava-se em reforma. Nesse período os cirurgiões dentistas foram remanejados para outras unidades de saúde.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Gerência de Saúde Bucal para: Conhecimento e reordenação dos parâmetros de produtividade, a fim de atingir a ampliação da cobertura assistencial, conforme preconiza a Portaria nº 1464/2011 e as metas de produtividade SEMSA.	Enviado para o Gabinete do Secretário
811	Proceder auditoria do serviço de odontologia do CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA.	Em andamento	**CEO SUL DR JOSE FORTUNATO DE OLIVEIRA**	Produtividade do CEO SUL abaixo dos parâmetros assistenciais de produtividade, elencados na Portaria GM/MS nº 1464/2011.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Gerência de Saúde Bucal para: Conhecimento e reordenação dos parâmetros de produtividade, a fim de atingir a ampliação da cobertura assistencial, conforme preconiza a Portaria nº 1464/2011.	Enviado para o Gabinete do Secretário
812	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A carga horária diária dos Técnicos em Radiologia é de 4 horas com um máximo de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
812	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	Em conformidade com o valor limite para cada EAS	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
812	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
812	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
812	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme	Em conformidade com o contrato.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
813	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos Técnicos em Radiologia é de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
813	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal de R$ 13.004 87 (treze mil quatro reais e oitenta e sete centavos).	Em conformidade com o valor limite estabelecido	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
813	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A Contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficiente para realizar 20 (vinte) procedimentos de radiologia por turno perfazendo um total de 40 (quarenta) procedimentos por dia em cada estabelecimento assistencial de saúde.	Em conformidade com o contrato.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Não há separação das pias para lavagem das mãos e lavagem de material.	À direção da UBSF S-01 para adequação à norma, em referência à pias separadas para lavagem das mãos e lavagem de material.	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Alagamento do abrigo do compressor odontológico.	Ao Departamento de Atenção Primária -DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para providências referentes ao compressor odontológico.	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Instalação de equipo odontológico respeita espaçamento recomendado.	Em conformidade	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	A unidade não possui lixeira externa para armazenamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).	Ao Departamento de Atenção Primária - DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para adequação à norma armazenamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	O consultório odontológico da UBSF S-01 que oferece o serviço de atenção em saúde bucal classificação dentística no SCNES encontra-se alojado nas dependências da própria unidade de saúde.	Em conformidade	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Pias do consultório odontológico com mecanismo de fechamento inadequado.	Ao Departamento de Atenção Primária - DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para adequação à norma referente instalação de pias do consultório odontológico com mecanismo de fechamento inadequado.	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Fornecimento parcial de insumos odontológicos.	À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e Departamento de Logística (DELOG) para aplicação de ações corretivas quanto ao fornecimento parcial de insumos odontológicos.	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Correspondência entre a quantidade de equipamentos verificados em auditoria e o previsto para um consultório odontológico de UBS Porte I de acordo com projeto básico de Parceria Público Privada (PPP) - Equipamentos de odontologia.	Em conformidade	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Caixas para descarte de material pérfuro-cortante sem suporte.	Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal e DIATS/DISA Sul para: providenciar suporte para o dispositivo de material pérfuro-cortante.	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Os processos de trabalho em odontologia obedecem parcialmente os requisitos da Portaria nº 2488/11 que trata da Política Nacional da Atenção Básica.	À Gerência de Odontologia/SEMSA para: - Que em conjunto com a Divisão Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA verifiquem as situações apontadas a fim de promoverem as correções necessárias para realização das atividades do serviço de odontologia.	Enviado para o Gabinete do Secretário
814	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 01	Em andamento	**UBS S 01**	Imcompatibilidade de registros entre mapa de atendimentos odontológicos e série histórica.	À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Leste) e Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para avaliação e aplicação de ações corretivas com a finalidade de sanar as inconsistências de registros de atendimentos odontológicos.	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
815	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O quantitativo de 80 (oitenta) plantões referentes ao período de 12/12/2014 a 31/12/14 apresentados pela empresa/contratada está de acordo com o estipulado no projeto básico.	Em conformidade com o contrato.	Enviado para Divisão de Liquidação
815	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Profissionais médicos anestesiologistas cumprindo jornada de plantão acima de 12hs consecutivas.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para Divisão de Liquidação
815	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos termos contratuais.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação
815	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde- CNES.	Em conformidade com o registro no CNES	Enviado para Divisão de Liquidação
816	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos termos contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2264 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
816	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde- CNES.	Em conformidade com o registro no CNES.	Enviado para Divisão de Liquidação
816	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O quantitativo de 124 (cento e vinte e quatro) plantões realizados referentes ao período de 01.01.2015 a 31.01.2015 apresentados pela empresa/contratada está de acordo com o estipulado no projeto básico.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação
816	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Profissionais médicos anestesiologistas cumprindo jornada de plantão acima de 12h consecutivas	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para Divisão de Liquidação
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Inexistência de abrigo para lixo comum e do serviço de coleta do lixo reciclável.	Ao Distrito de Saúde Norte para: Conhecimento e providências quanto à instalação de lixeira para residos comuns e verificar possibilidade do recolhimento dos resíduos recicláveis.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	A lixeira hospitalar do CEO Norte não atende as normas do Ministério da Saúde.	Ao Departamento de Administração e Infraestrutura para: Providenciar a identificação da lixeira hospitalar a fim de atender a legislação vigente.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Pendências no tocante a reforma realizada no imóvel alugado para o desenvolvimento das atividades do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Rubim Sá.	A Gerência de Saúde Bucal e ao Departamento de Administração e Infraestrutura para: Que providenciem, junto à empresa responsável pela reforma do imóvel, as adequações que se fazem necessárias para o bom desempenho das atividades laborais no CEO Norte.	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Alguns itens dos consultórios do CEO Norte não atendem aos requisitos da RDC 050/02, NR 032, Manual de Prevenção e Controle de Riscos e Portaria 453/98.	A Gerência de Saúde Bucal e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, implementando as ações necessárias para corrigir as distorções estruturais e no processo de trabalho existentes no CEO Norte.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Falhas nas manutenções aplicadas no CEO Norte.	A Gerência de Saúde Bucal para: Dar conhecimento a empresa e Divisão de Contratos da situação apontada, para que providências sejam tomadas para a agilizar a reposição das peças dos equipamentos danificados a fim de evitar prejuízo na prestação dos serviços odontológicos. Ao Departamento Administração e Infraestrutura (Divisão de Manutenção) para: Conhecimento e providência da situação descrita.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Quantitativo de equipamentos disponíveis CEO Norte desatualizado, junto o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	Em conformidade de acordo com ofício 0984/15	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Processo de trabalho no expurgo fere as normas de biossegurança em saúde.	A Direção do CEO Norte para: Promover adequação do processo de trabalho no expurgo, visando atender as normas de biossegurança vigentes.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Equívocos no abastecimento dos insumos odontológicos.	Á Gerência de Saúde Bucal e Distrito de Saúde Norte para: Dar conhecimento ao Departamento de Logística da situação apontada, visando assim o abastecimento adequado à execução do serviço de odontologia.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Regularidade na frequência da equipe odontológica do CEO Norte no período de julho a dezembro/2014.	Em conformidade	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Cadastro de Profissionais no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde-SCNES do CEO Norte apresenta-se atualizado.	Em conformidade com o registro no CNES	Enviado para o Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Quantidade de vagas disponíveis para os serviços de endodontia do CEO Norte são insuficientes para atender a demanda existente.	Á Gerência de Saúde Bucal e ao Distrito de Saúde Norte para: Verificar a viabilidade de aumentar a oferta de vagas em endodontia no CEO Norte, visando atender a um maior número de usuários.	Enviado para o Gabinete do Secretário
817	Proceder auditoria do serviço de odontologia no CEO NORTE DR RUBIM SA	Em andamento	**CEO NORTE DR RUBIM SA**	Programação dos procedimentos odontológicos baseada nos dias úteis do mês, quantitativo de profissionais e equipamentos disponíveis.	Á Gerência de Saúde Bucal para: Conhecimento e providência sobre programação dos procedimentos odontológicos .	Enviado para o Gabinete do Secretário
818	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Profissionais médicos anestesiologistas realizaram procedimentos sem estarem escalados .	Apesar de não constarem em escala, os profissionais médicos anestesiologistas cumpriram a carga horário estabelecida no contrato.	Enviado para Divisão de Liquidação
818	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O quantitativo de 124 (cento e vinte e quatro) plantões realizados referentes ao período de 01.02.2015 a 28.02.2015 apresentados pela empresa/contratada conforme N.Fiscal e plantões efetuados.	Em conformidade com os registros apresentados.	Enviado para Divisão de Liquidação
818	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no CNES.	Em conformidade com o registro no CNES	Enviado para Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
818	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da Cobrança apresentada pela Contratada encontra previsão nos Termos Contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2264 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação
819	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Profissionais médicos anestesiologistas cumprindo jornada de plantão acima de 12hs consecutivas.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para Divisão de Liquidação
819	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O quantitativo de 122, 5 (cento e vinte e dois e meio) plantões realizados referentes ao período de 01/03/2015 a 31/03/2015 apresentados pela Empresa/Contratada está de acordo com o estipulado no Projeto Básico.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação
819	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da Empresa Contratada dispõem de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde- CNES.	Em conformidade com o registro no CNES	Enviado para Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
819	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da Cobrança apresentada pela Contratada encontra previsão nos Termos Contratuais.	Em conformidade com o contrato	Enviado para Divisão de Liquidação
820	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no CNES.	Em conformidade com o registro no CNES	Enviado para Divisão de Liquidação
820	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O quantitativo de 119 (cento e dezenove) plantões realizados referentes ao período de 01.04.2015 a 30.04.2015 encontra-se em conformidade com a N. Fiscal e quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
820	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da Cobrança apresentada pela Contratada encontra previsão nos Termos Contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2423 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
821	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**ODONTOGYN - L F DOS SANTOS ODONTOGYN - ME**	A solicitante supracitada não é consultório isolado.	Correção da descrição do tipo de estabelecimento item 2.6 da ficha nº 01.	Enviado para DICAR para correção da informação.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
822	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**J GRAMINHO OLIVEIRA - ME**	Veracidade das informações	Em conformidade com o SCNES	Enviado para o setor responsável - DICAR
823	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) estabelecimentos assistenciais de saúde.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
823	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
823	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) estabelecimentos assistenciais de saúde.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
823	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/04/2015 a 30/04/2015 com o quantitativo de produção totalizando 3.315 (Três mil trezentos e quinze) exames realizados.	Aos Diretores das Policlinicas , Unidades Básicas de Saúde e Fiscais do Contrato para: Promover maior controle interno do quantitativo de exames realizados mensalmente com a devida identificação dos usuários.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
824	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CLINICA OTORRINO CENTER MANAUS LTDA - ME**	São válidas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão no CNES.	Em conformidade com o SCNES	Enviado para o setor responsável - DICAR
824	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CLINICA OTORRINO CENTER MANAUS LTDA - ME**	Situação em conformidade de acordo com a descrição nas fichas cadastrais apresentadas e observação in loco	Em conformidade com o SCNES	Enviado para o setor responsável - - DICAR
824	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CLINICA OTORRINO CENTER MANAUS LTDA - ME**	Situação regular quanto à estrutura física da referida clínica conforme observação in loco e apresentação do Certificado da Vigilância Sanitária entre outros documentos apresentados no processo.	Em conformidade com o SCNES	Enviado para o setor responsável - DICAR
825	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos Técnicos em Radiologia é de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
825	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A Contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficiente para realizar 20 (vinte) procedimentos de radiologia por turno perfazendo um total de 40 (quarenta) procedimentos por dia em cada estabelecimento assistencial de saúde	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
825	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal de R$ 13.004 87 (treze mil quatro reais e oitenta e sete centavos).	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
826	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM	Em conformidade com a legislação.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
826	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A carga horária diária dos Técnicos em Radiologia é de 4 horas/dia com um máximo de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
826	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
826	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Em conformidade com a legislação.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
826	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
827	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 24.	Em andamento	**UBS S 24**	Incompatibilidade entre programação de procedimentos odontológicos lançados na serie histórica (Fonte:DICAR SIASUS) versus a produção apresentada pela UBS S24 dentre o período de nov/14 à abril/15.	A direção do Disa Sul para: Promover ajuste na programação de procedimentos a fim de que a equipe de saúde possa atender aos requisitos necessários.	Enviado para o setor competente.
827	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 24.	Em andamento	**UBS S 24**	Os equipamentos odontológicos encontram-se desativados	Iniciar atendimento clínico assim que a reforma for concluída.	Enviado para o setor competente.
827	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 24.	Em andamento	**UBS S 24**	A equipe odontológica exerce suas atividades no âmbito da unidade básica Frank Calderon que atualmente encontra-se em reforma.	Ao Departamento de Atenção Primária, Disa Sul e Gerência de Saúde Bucal para: Que promovam melhores instalações para acomodação dos servidores que encontram-se em condições de trabalho desfavoráveis instalados em situação precária condições de desenvolverem quaisquer tipo de atividade.	Enviado para o setor competente.
827	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 24.	Em andamento	**UBS S 24**	A unidade de saúde não dispõe de espaço físico necessário para comportar profissionais e mobiliários.	A diretora do DISA SUL para: Realizar estudo de viabilidadede de ampliação da unidade de saúde e apresentação de proposta à gestão.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Os cirurgiões dentistas estão provendo alguns insumos para que não haja interrupção dos serviços odontológicos.	1.Providenciar com urgência a reposição dos estoques dos insumos odontológicos. 2.Implantar uma política de gestão de estoques.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Vagas não preenchidas na odontologia.	Orientar a diretora da Policlínica Djalma Batista a cobrar dos profissionais a quantidade de atendimentos/dia estabelecida na Portaria nº 1.101/GM.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Os serviços odontológicos da policlínica executam procedimentos de atenção básica.	Que se dê preferência ao atendimento especializado, uma vez que os procedimento básicos são desenvolvidos pelo PSF.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Recipiente para material perfurocortante não possui suporte exclusivo.	providenciar instalação do suporte para o recipiente de descarte de pérfurocortantes de acordo com o estabelecido na NR 32.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Requisitos específicos da radiologia odontológica não atendidos.	Providências para adequar uma sala para a utilização do aparelho de raios x que esteja de acordo com os ditames da Portaria SVS/MS nº 453 e equipar a policlínica com toda a vestimenta plumbífera necessária para a proteção individual dos pacientes.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Consultório odontológico não possui lavabo cirúrgico.	Providenciar a colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	A ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica não está sendo realizada.	1. a ação coletiva com finalidade epidemiológica deve voltar a ser realizado. 2.Conscientizar os cirurgiões dentistas acerca da importância da realização do mesmo.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Ausência de equipamento apropriado para proteção respiratória.	1.Equipar as equipes odontológicas com peças semifaciais filtrantes com filtro P2 (PFF2). 2.Difundir entre todos os membros das equipes odontológicas o conceito de precauções universais que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B C ou D.	Enviado para o setor competente.
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Profissionais não imunizados	Providenciar a imunização dos odontólogos que ainda não estão devidamente vacinados.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
828	Proceder auditoria do serviço de odontologia na POLI DR DJALMA BATISTA.	Em andamento	**POLI DR DJALMA BATISTA**	Ausência de barreiras impermeáveis	1.Providenciar as barreiras impermeáveis e orientar os servidores acerca da necessidade do uso das mesmas. 2.Implantar políticas e executar projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho.	Enviado para o setor competente.
829	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) estabelecimentos assistenciais de saúde.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
829	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
829	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/05/2015 a 31/05/2015 com o quantitativo de produção totalizando 3.369 (Três mil trezentos e sessenta e nove) exames realizados	Em conformidade com o contrato.	Enviado ao setor responsável - Divisão de Liquidação
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Há somente uma pia utilizada para higienização das mãos e lavagem de material em cada consultório.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para providenciar instalação de lavabo cirúrgico no consultório.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Consultórios odontológicos da UBS Morro da Liberdade que oferecem o serviço de atenção em saúde bucal classificação dentística no SCNES encontram-se alojados nas dependências da própria unidade de saúde.	Em conformidade com a legislação.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Torneiras do consultórios odontológicos com mecanismo de fechamento inadequado.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: - Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos no consultório da UBS em Morro da Liberdade.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Instalação de equipo odontológico respeita espaçamento recomendado.	Em conformidade com a legislação.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	A unidade possui lixeira externa para armazenamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).	Em conformidade com a legislação.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Não há registros de limpeza do reservatório de água.	Ao Setor de Manutenção Predial e direção da UBS Morro da Liberdade para: - Providênciar a limpeza do reservatório de água.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Em todos os consultórios odontológicos da UBS Morro da Liberdade não há suporte para a caixa para descarte de material pérfuro-cortante.	Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para: - Providenciar instalação de suporte para o coletor de material pérfuro-cortante.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	A quantidade de equipamentos de odontologia cadastrados no SCNES e os verificados em auditoria não correspondem.	À direção da UBS Morro da Liberdade para: - Que promova a correção da inconformidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Equipamentos retirados da UBS Morro da Liberdade para manutenção com resolutividade pendente e não devolvidos.	À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para: - Verificação e providências junto à empresa prestadora de serviços de manutenção para o resgate dos equipamentos odontológicos.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Uso de sacos de lixo comum para descarte de resíduo contaminado, assim como ausência de identificação das lixeiras.	À direção da UBS Morro da Liberdade para: - Orientar a equipe que realiza a limpeza dos consultórios odontológicos quanto à correta utilização dos sacos de cor branca nas lixeiras para descarte de lixo contaminado. Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA: - Para providenciar a identificação das lixeiras conforme a norma.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Existência de insumos odontológicos com prazos de validade vencidos.	À direção da UBS Morro da Liberdade para: - Orientar a equipe de saúde bucal para que exerça o rigoroso controle dos prazos de validade dos insumos odontológicos.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Fornecimento parcial de insumos odontológicos.	À Divisão de Atenção em Saúde/Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e Departamento de Logística (DELOG) para: - providenciar os insumos solicitados pela unidade de forma a não prejudicar o atendimento.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Percentual de vagas preenchidas de acordo com a portaria 1.101/GM de 2002 abaixo de 100%.	À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e direção da UBS Morro da Liberdade para: - Avaliação e correção do processo de trabalho referente ao preenchimento das vagas de atendimento individual realizado pelos profissionais odontólogos principalmente da Estratégia Saúde da Família - ESF.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Os processos de trabalho em odontologia obedecem parcialmente os requisitos da Portaria nº 2488/11 que trata da Política Nacional da Atenção Básica.	Em conformidade com a legislação.	Enviado para o setor competente.
830	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS MORRO DA LIBERDADE	Em andamento	**UBS MORRO DA LIBERDADE**	Discrepâncias entre os registros de frequência e mapas de produção odontológica.	À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) e a direção da UBS Morro da Liberdade para: - Promover maior controle das frequências e monitoramento da produção a fim de evitar as inconformidades.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	O consultório odontológico da UBS Bianca Aguiar de Carvalho que oferece o serviço de atenção em saúde bucal classificação dentística no SCNES encontra-se alojado nas dependências da própria unidade de saúde.	Ao Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promova os reparos necessários em relação à iluminação paredes e persianas .	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Torneiras do consultório odontológico com mecanismo de fechamento inadequado.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde instalando torneiras de acionamento sem uso das mãos no consultório da UBS em referência.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Há somente uma pia utilizada para higienização das mãos e lavagem de material no consultório.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para estudo de viabilidade de instalação de pia exclusiva para higienização das mãos.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Instalação de cadeira odontológica não respeita espaçamento recomendado pela RDC nº 50.	Ao Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA para: Que promova a adequação à RDC 50 em relação ao espaçamento recomendado a cadeira odontológica.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	A UBS Bianca Aguiar de Carvalho necessita de reparos em sua estrutura física além de limpeza de sua área externa.	Ao Departamento de Administração e Infraestrutura/SEMSA e Departamento de Manutenção Predial para: Que promova a limpeza externa e os reparos necessários em relação à lixeira para RSS às infiltrações e instalação elétrica.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Não há registros de limpeza do reservatório de água.	Ao setor de Manutenção Predial e direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para: Providenciar o registro de limpeza do reservatório de água da UBS em questão deixando uma cópia neste estabelecimento de saúde.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Não há suporte para a caixa para descarte de material pérfuro-cortante no consultório odontológico da UBS Bianca Aguiar de Carvalho.	Ao Departamento de Atenção Primária - DAP/ Gerência de Saúde Bucal para: Providenciar suporte para o dispositivo do material pérfuro-cortante.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Refrigerador do consultório odontológico necessita de reparos.	À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho e Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para: Promover os reparos necessários para o refrigerador do consultório odontológico.	Enviado para o setor competente.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Unidade de saúde com consultório odontológico sem compressor.	À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para: Verificação e providências junto à empresa prestadora de serviço de manutenção para o resgate dos equipamentos.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Uso de sacos de lixo comuns em lixeiras para descarte de resíduo contaminado assim como ausência de identificação nestas.	À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para: Orientar a equipe que realiza a limpeza do consultório odontológico quanto à correta utilização dos sacos de cor branca nas lixeiras conforme a necessidade. Ao Departamento de Atenção Primária-DAP e Departamento de Administração e Infra-estrutura da SEMSA: Para providências quanto à correta identificação das lixeiras.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Profissional não cadastrado na unidade de saúde.	Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que: Promova a atualização de profissionais no CNES .	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	83% do índice de produtividade do setor odontológico da UBS Bianca Aguiar de Carvalho está igual a zero.	/Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que: Promova ações corretivas para sanear o problema quando do lançamento de registro de dados na série histórica da UBS em Bianca Aguiar de Carvalho. À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia do DISA Sul para: Que promova o resgate do compressor odontológico.	Enviado para o setor competente.
831	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS BIANCA DE CARVALHO	Em andamento	**UBS BIANCA AGUIAR DE CARVALHO**	Aparelho de ar condicionado da sala de vacina desligado.	À direção da UBS Bianca Aguiar de Carvalho para: Que promova a execução da recomendação contida no manual em referência (aparelho de ar condicionado) durante o funcionamento da unidade de saúde em virtude da temperatura local.	Enviado para o setor competente.
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	Falta esporádica de insumos, recebimento de material em desacordo com o solicitado, atraso no recebimento dos insumos	Ao DISA Sul e DELOG para: Monitoramento dos insumos a fim de que não haja paralisação dos serviços na unidade de saúde causando, em consequência, descontinuidade dos serviços em prejuízo aos usuários. Solução do abastecimento de água fazendo valer o que preconiza a fundamentação do projeto básico pág.95 referente as vantagens de infra-estrutura na adoção do modelo Parceria Público Privada - PPP.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	Índice de Produtividade (IP) abaixo das metas pactuadas para 03 (três) cirurgiões dentistas.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul e fiscais do contrato para: Conhecimento e providências quanto ao monitoramento das ações realizadas pelos profissionais odontólogos.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	Falta de ações de saúde bucal pela equipe de odontologia da UBSF S-43 na escola Thomas Meireles/Projeto de Saúde Bucal na Escola - PSE.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul para: Conhecimento e providências quanto a possibilidade de substituição da escola haja vista a mesma possuir em suas instalações um consultório odontológico com profissional dentista atuando, bem como o monitoramento através do Disa Sul das ações executadas pela unidade de saúde a fim de que sejam cumpridos os objetivos específicos do programa saúde na escola.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	Insuficiência e avarias de equipamentos. A concessionária não cumpre o que preconiza o projeto básico quanto à manutenção dos equipamentos (substituição de equipamentos e concerto em tempo hábil).	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Gerência de Saúde Bucal DISA Sul e fiscais do contrato para: Resolução do conserto do equipamento avariado fotopolimerizador junto a assistência técnica bem como providencias quanto ao aumento do quantitativo das canetas de alta rotação conforme determina o anexo II do projeto básico pág.135 cuja situação compromete o atendimento dos usuários pois a unidade dispõe apenas de 03 (três) canetas para utilização de três dentistas e manutenção do ar condicionado split.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	O consultório odontológico apresenta boas condições estruturais, porém não há espaço físico na unidade de saúde para realização de atividades educativas em grupo.	Ao DISA Sul e Gerência de Saúde Bucal para: Providências quanto a viabilidade de instalação do escovódromo a fim de subsidiar o procedimento ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
832	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS S 43	Em andamento	**UBS S 43**	Equipe de saúde bucal em conformidade com o CNES.	Em conformidade com os registros em CNES.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
833	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
833	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	Registros em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
833	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A carga horária diária dos técnicos em radiologia é de 4 horas com um máximo de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para Divisão de Liquidação
833	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
833	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
834	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde cobrado pela contratada obedece ao limite mensal de R$ 13.004 87 (treze mil quatro reais e oitenta e sete centavos).	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
834	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos técnicos em radiologia é de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
834	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
834	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde cobrado pela contratada obedece ao limite mensal de R$ 13.004 87 (treze mil quatro reais e oitenta e sete centavos).	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
835	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**FISIOHOSP - SERVICOS DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR LTDA - ME**	Veracidade das informações.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Ausência de barreiras impermeáveis.	1. Providenciar as barreiras impermeáveis e orientar os servidores acerca d necessidade do uso das mesmas. 2. Implantar políticas e executar projetos de promoção da saúde e de qualidad de vida no trabalho.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Não possui lavabo cirúrgico.	Providenciar a colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	A ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.	1. O exame deve voltar a ser realizado a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica. 2. Conscientizar os cirurgiões dentistas acerca da importância da realização do mesmo. 3. Analisar as informações recebidas e tomar as decisões que se fizerem necessárias.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Serviços odontológicos parados.	Providenciar a constante manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos e que a manutenção corretiva dos mesmos seja realizada no menor tempo possível a fim de se evitar longas paradas e o consequente prejuízo à continuidade dos serviços.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Vagas não preenchidas na odontologia	Orientar a diretora da unidade básica de saúde a cobrar dos profissionais a quantidade de atendimentos estabelecida na Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2012.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Ausência de equipamento apropriado para proteção respiratória.	1. Equipar as equipes odontológicas com peças semifaciais filtrantes com filtr P2 (PFF2). 2. Implantar uma comissão de biossegurança com o intuito de: i. Analisar riscos a que as equipes odontológicas estão constantemente exposta em suas atividades e ambientes de trabalho. ii. Reduzir o número de microrganismos patogênicos encontrados no ambient de trabalho. iii. Reduzir o risco de contaminação cruzada no ambiente de trabalho. iv. Proteger a saúde dos pacientes e das equipes odontológicas. v. Conscientizar as equipes odontológicas da importância de aplicar as técnica adequadas de controle de infecção. vi. Difundir entre todos os membros das equipes odontológicas o conceito d precauções universais que assume que qualquer contato com fluidos do corpo é infeccioso e requer que todo profissional sujeito ao contato direto com eles se proteja como se eles apresentassem o vírus da imunodeficiência adquirida ou da hepatite B, C ou D.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Requisitos específicos da radiologia odontológica não atendidos.	Providências para adequar uma sala para a utilização do aparelho de raios-x que esteja de acordo com os ditames da Portaria SVS/MS nº 453 e equipar a unidade básica de saúde com toda a vestimenta plumbífera necessária para a proteção individual dos pacientes.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
836	Proceder auditoria do serviço de odontologia na UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA.	Em andamento	**UBS THEOMARIO PINTO DA COSTA**	Recipiente para material perfurocortante não possui suporte exclusivo.	Providenciar o suporte para o recipiente para material perfurocortante de acordo com o estabelecido na NR 32.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
837	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CAN RIBEIRO JUNIOR - ME**	Situação regular quanto à estrutura física da referida clínica conforme observação in loco e apresentação do Certificado da Vigilância Sanitária entre outros documentos apresentados no processo.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
837	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CAN RIBEIRO JUNIOR - ME**	São validas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão do referido estabelecimento de saúde no sistema de cadastro nacional de estabelecimento de saúde (SCNES).	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
837	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CAN RIBEIRO JUNIOR - ME**	Situação em conformidade de acordo com a descrição nas fichas cadastrais apresentadas e observação in loco	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
838	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.	Em andamento	**UBS S 25**	A equipe odontológica encontra-se alocada na Escola Safira Barbosa	Ao Departamento de Atenção Primária e Gerência de Saúde Bucal para: Que promovam melhores instalações para acomodação dos servidores que encontram-se em condições de trabalho desfavoráveis, instalados em situação precária em uma única sala da Escola Safira Barbosa sem as mínimas condições de desenvolverem quaisquer tipo de atividades.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
838	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.	Em andamento	**UBS S 25**	Baixa produtividade da equipe odontológica da UBSF S-25 no período de janeiro a abril/2015.	Que a UBSF S-25 realize a ativação do gabinete odontológico tão logo seja finalizada a reforma da UBS Frank Calderón.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
838	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.	Em andamento	**UBS S 25**	Os equipamentos odontológicos da UBSF S-25 encontram-se desativados e guardados no DISA Sul.	Que a UBSF S-25 apresente produtividade condizente com o pactuado tão logo seja finalizada a reforma da unidade de saúde.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
838	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.	Em andamento	**UBS S 25**	A unidade básica de saúde da família S-25 encontra-se desativada e ocupada por moradores.	À diretora do DISA Sul para: Apresentação de justificativas sobre a ocupação da estrutura da UBSF S-25 por moradores e se haverá construção de nova unidade de saúde para alocar os servidores da referida UBS.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
838	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 25.	Em andamento	**UBS S 25**	Obra de reforma e ampliação da UBS Frank Calderon em atraso há 03 meses.	À gerência de engenharia para apresentar: a.Percentual da obra realizada b.Previsão de conclusão da obra c.Justificativa porquê a obra não foi entregue no prazo	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
839	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**ALENCAR E RIBEIRO LTDA - ME**	São validas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão do estabelecimento no SCNES.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
839	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**ALENCAR E RIBEIRO LTDA - ME**	Situação regular conforme observação in loco e apresentação do Certificado da Vigilância Sanitária entre outros documentos apresentados no processo.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
840	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**PESSOA E CELLONI SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA - ME**	Situação regular quanto a estrutura e apresentação de documentos tais como certificado da vigilância sanitária certificado de registro e inscrição do estabelecimento no Conselho Regional de Odontologia entre outros.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
840	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**PESSOA E CELLONI SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS LTDA - ME**	São validas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão do estabelecimento no SCNES.	Dados informados em ficha cadastral em conformidade.	Enviado para o setor competente - DICAR
841	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos termos contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2552 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
841	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	1. Discrepância entre profissionai escalados e profissionais que executaram o plantão. 2. Profissionais realizando plantõe de 24 horas ininterruptas.	Ao sr. diretor da Maternidade Dr. Moura Tapajoz: Embora não se encontra legislação em desfavor da evidência, chamamos a atenção para o cumprimento de jornadas de plantões pelos anestesiologistas acima de 12hs diárias ininterruptas uma vez que a qualidade do serviço pode ficar comprometida pela exaustão física e mental do profissional que se submete a este tipo de prática. por outro lado podendo colocar em risco a saúde e a vida dos usuários recepcionados por tais profissionais.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
841	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	A solicitação de pagamento encontra-se em conformidade com o quantitativo de 124 (cento e vinte e quatro) plantões realizados referentes ao período de 01.05.2015 a 31.05.2015. Foram realizados no período 215 procedimentos anestésicos dos quais 148 anestesias do tipo bloqueio subaracnóide (BSA) 30 anestesias gerais 34 sedações 03 anestesias locais.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
841	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
842	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
842	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	A solicitação de pagamento encontra-se em conformidade com o quantitativo de 120 (cento e vinte) plantões realizados referentes ao período de 01.06.2015 a 30.06.2015. Foram realizados no período 153 procedimentos anestésicos dos quais 120 anestesias do tipo bloqueio subaracnóide (BSA) 14 anestesias gerais 12 sedações 07 anestesias locais.	Solicitação de pagamento em conformidade com os registros. Que dê-se sequência ao processo de pagamento.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
842	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Profissionais realizando plantões de 24 horas ininterruptas.	Ao sr. diretor da Maternidade Dr. Moura Tapajoz: Embora não se encontra legislação em desfavor da evidência, chamamos a atenção para o cumprimento de jornadas de plantões pelos anestesiologistas acima de 12hs diárias ininterruptas uma vez que a qualidade do serviço pode ficar comprometida pela exaustão física e mental do profissional que se submete a este tipo de prática. por outro lado podendo colocar em risco a saúde e a vida dos usuários recepcionados por tais profissionais.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
842	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos termos contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2553 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	O consultório odontológico da UBSF S-21 não atende aos requisitos da RDC 050/02 NR 032 e Manual de Biossegurança.	Ao Departamento de Atenção Primária-DAP/ Á Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul entre em contato com Departamento de Administração e Infraestrutura-DAÍ/SEMSA para: Que promovam a observância das regras de biossegurança em saúde implementando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios, bem ainda viabilizem a substituição do ar condicionado que se encontra queimado como também os reparos acima citados para que os servidores desempenhem suas funções dentro de condições adequadas.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	A unidade básica saúde da família S-21 não possui consultório odontológico em sua estrutura física.	Á Gerência de Saúde Bucal (GESAB) /SEMSA para que junto com a chefia de odontologia do DISA Sul para: Verificar junto a Subsecretaria de Assistência a possibilidade de incluir a UBSF S-21 na lista de unidades a serem ampliadas a fim de que esta unidade possa desenvolver todas as suas ações de saúde em sua própria estrutura com condições dignas aos servidores e usuários.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	O abrigo de resíduos sólidos da UBS Lúcio Flávio (lixeira) com característica diferenciada por motivo de segurança.	Em virtude de se promover a segurança à saúde da população das proximidades, recomenda-se a permanência dos coletore de resíduos nas dependências da UBS para a retirada do lixo.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Manutenções realizadas em tempo hábil segundo informações recebidas.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Os equipamentos e materiais utilizados pela UBSF S-21 são de propriedade da unidade de saúde Lúcio Flavio.	À Gerência de Saúde Bucal-GESAB para conhecimento da situação evidenciada uma vez que a UBSF S-21 não possui local, equipamentos e materiais próprios para realização das ações de odontologia, utilizando o da UBS Lúcio Flavio. No entanto, consta no CNES dessa UBSF um consultório odontológico.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Existência de alguns insumos odontológicos com prazos de validade vencidos no momento da visita.	À Divisão Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para: Que oriente as unidades quanto à efetivação de controle rigoroso dos estoques de insumos e/ou medicamentos visando assim à oferta deste dentro dos padrões de conformidades exigidos.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Compatibilidade da frequência da equipe odontológica da UBSF S-21 no período de novembro a abril/2015.	Registros em folha de frequência da equipe odontológica da UBS S-21 em conformidade.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Cadastro de profissionais de odontologia do CNES da UBSF S-21 desatualizado.	À chefia de odontologia do DISA Sul para: Promover os ajustes que se fazem necessários no cadastro da UBSF S-21 em relação aos profissionais de odontologia.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	A unidade desenvolve parcialmente suas ações de saúde bucal dentro dos parâmetros da Política Nacional da Atenção Básica.	À Gerência de Saúde Bucal-GESAB para: que junto com a Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) verifiquem as situações apontadas visando às correções necessárias com destaque para as ações do PSE Saúde Bucal.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Incompatibilidade da folha de frequência com o quantitativo de dias trabalhados.	À Divisão Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para: Conhecimento da situação apontada a fim de solicitar manifestação da equipe de saúde bucal da UBSF S-21 sobre o baixo atendimento, tomando-se como parâmetro a Portaria MS nº 1.101, para promover os ajustes necessários.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
843	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 21.	Em andamento	**UBS S 21**	Produção da UBSF S-21 com demonstração de 03 procedimentos.	Divisão Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para: Que junto ao Departamento de Informação, Controle Avaliação e Regulação-DICAR e a odontóloga da unidade em referência, fiquem atentos quanto aos lançamentos de dados no sistema e-SUS a fim de evitar ausência de produção nos procedimentos realizados, como também promovam o aumento da produtividade uma vez que dos três procedimentos apresentados dois demonstram 1% de produção.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
844	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Visita as Unidades Básicas de Saúde Leonor de Freitas e Sálvio Belota.	Aos Fiscais do Contato para: Cobrar junto a contratada o cumprimento do prazo na remessa dos laudos conforme estabelecido no Projeto Básico item 6 - DAS OBRIGAÇÕES.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
844	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) estabelecimentos assistenciais de saúde.	Registros em conformidade com o contrato firmado entre as partes. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
844	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/06/2015 a 30/06/2015 com o quantitativo de produção totalizando 3.610 (Três mil seiscentos e dez) exames realizados.	Registros em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
844	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
845	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**CARDIOBABY - CLINICA DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA LTDA - ME**	Veracidade das informações	Dados informados em ficha cadastral em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - DICAR
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A carga horária diária dos técnicos em radiologia é de 4 horas com um máximo de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
846	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
847	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**MARIA LEDICLEDE SILVA LIMA**	São validas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)	Dados informados em ficha cadastral em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - DICAR.
847	Auditoria in loco para validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**MARIA LEDICLEDE SILVA LIMA**	Situação regular quanto à estrutura física do consultório pediatrico conforme observação in loco e apresentação do Certificado da Vigilância Sanitária. entre outros documentos apresentados no processo	Dados informados em ficha cadastral em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - DICAR.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	Discrepâncias nos índices de produtividade (IP) tendo a unidade de saúde apresentado desempenho de produtividade de serviços de saúde bucal para o período de novembro/2014 a abril/2015 conforme: índice geral de produtividade de 102%. No entanto, dos 24 procedimentos programados 42% apresentaram IP acima de 100%, 13% IP de 80 a 100% e 46% dos procedimentos apresentaram IP abaixo de 80%.	À diretora da UBS Petrópolis para: Verificar junto ao DISA Sul a programação de procedimentos que se encontram com índice de produtividade (IP) acima de 100% e aqueles que se encontram com IP abaixo de 80% a fim de ajustar a programação, haja vista que atualmente o parâmetro estabelecido pelo Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação considera NORMAL o IP entre 80 a 100%.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	Falta esporádica de insumos odontológicos	Ao DISA Sul e DELOG para: Monitoramento do quantitativo dos insumos a fim de que não haja descontinuidade dos serviços na unidade de saúde.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	Material descartável e resíduos mal acondicionados	Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e direção da UBS Petrópolis para: 1. Providenciar aquisição de lixeiras de pedal sacos de lixo branco cor simbologia de infectante e suporte para o descarpack além de orientar a equipe de saúde bucal quanto aos riscos de contaminação cruzada devido ao lixo exposto nos consultórios. 2. Orientar os auxiliares do consultório odontológico a realizarem a retirada do alimentos do frigobar que deve conter apenas os insumos odontológicos.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	A unidade de saúde apresenta, de forma geral, aspecto característico de falta de manutenção predial e serviços gerais de limpeza.	Ao DISA Sul e diretora da unidade de saúde para: Providenciar a limpeza e manutenção da estrutura limpeza interna da unidade remoção dos móveis e equipamentos em desuso a fim de assegurar um ambiente adequado aos profissionais e usuários.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	A unidade de saúde possui dois consultórios odontológicos. Os referidos consultórios apresentam condições estruturais razoáveis. Inexistência de consultório exclusivo para crianças. Em cada consultório há apenas uma pia utilizada para lavagem dos instrumentais e assepsia das mãos.	1. Ao DISA Sul e gerência de saúde bucal para providências quanto a viabilidad de reformas dos consultórios em conformidade com os padrões das legislações pertinentes à matéria que de acordo com as normas de vigilância sanitária os consultórios odontológicos devem possuir bancadas separadas para lavagem das mãos e lavagem de instrumentais; Adoção de medidas para aumento do quantitativo de equipamentos canetas e aparelho de profilaxia 2. Aos cirurgiões-dentistas e técnicos de saúde bucal para que controlem com maior rigor as infecções cruzadas a fim de não colocarem em risco a saúde própria e dos seus pacientes.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	Equipamentos antigos insuficientes e com avarias (equipos e instrumentais). Diversos equipamentos retirados para manutenção corretiva desde 2014 não retornaram até a presente data e ,ainda, a empresa não fez substituições. A Unidade dispõe de 02 consultórios odontológicos em funcionamento nos turnos manhã e tarde os quais possuem em cada somente 01(uma) caneta de baixa e 01(uma) de alta rotação.	Ao Departamento de Atenção Primária / Gerência de Saúde Bucal DISA Sul para: Resolução do conserto e devolução dos equipamentos avariados junto a assistência técnica bem como providências quanto ao aumento do quantitativo das canetas de baixa e alta rotação, cuja situação compromete a qualidade do atendimento dos usuários pois a unidade dispõe apenas de 02 (duas) canetas para utilização por quatro dentistas e um fotopolimerizador para cada consultório sendo necessário o aumento das ponteiras para substituição durante os atendimentos.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
848	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS PETROPOLIS	Em andamento	**UBS PETROPOLIS**	Cadastro desatualizado no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.	Ao DISA Sul e direção da UBS Petrópolis para: 1.Providenciar atualização do CNES. 2.Solicitar ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde a lotação nesta unidade da servidora Katyane Saraiva de Oliveira (Auxiliar de Saúde Bucal) haja vista que a referida apresentou interesse em se manter nesta unidade de saúde prestando serviço no consultório odontológico.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
849	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme.	Em conformidade com o contrato firmado entre as partes.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
849	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal de R$ 13.004 87 (treze mil quatro reais e oitenta e sete centavos).	Registros em conformidade. Que dê-se sequência ao processo.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
849	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos Técnicos em Radiologia é de 24 horas semanais.	Em conformidade com a legislação pertinente.	Enviado para o setor competente - Divisão de Liquidação
850	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41	Em andamento	**UBS S 41**	Não há registros de limpeza do reservatório de água.	Ao Setor de Manutenção Predial para: Realizar a limpeza do reservatório de água e conceder cópia de ordem de serviço para posse da UBS conforme RDC 63.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTOS
850	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41	Em andamento	**UBS S 41**	A ESF da UBS S-41 não possui equipe odontológica.	Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para: Justificar a diminuição da oferta de atendimento odontológico na área da UBS Lourenço Borghi.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
850	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41	Em andamento	**UBS S 41**	Registro de função referente ao Código Brasileiro de Ocupações (CBO) em CNES imcompatível com a função exercida na unidade de saúde.	Ao Departamento de Informação Controle Avaliação e Regulação - DICAR para que: - Promova a atualização no CNES no tocante ao registro de profissionais em conformidade com o CBO..	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
850	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41	Em andamento	**UBS S 41**	77% de índice de produtividade igual a zero no período de janeiro a junho de 2015.	Ao Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia para: Implementar estratégias com a finalidade de contemplar o atendimento odontológico à população das áreas das UBS S-41, UBS S-33 e UBS Lourenço Borghi.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário
850	Proceder auditoria do serviço de odontologia da UBS S 41	Em andamento	**UBS S 41**	Profissional não cadastrada em conselho de classe.	À Divisão de Atenção em Saúde Supervisão Técnica de Odontologia (DISA Sul) para: Solicitar evidências da inscrição de profissional de Odontologia em Conselho Regional de Odontologia - CRO.	Enviado para o setor competente - Gabinete do Secretário

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

2015

SARGSUS - ITEM 10. AUDITORIAS

3º QUADRIMESTRE

PERÍODO: SETEMBRO A DEZEMBRO

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE AUDITORIAS DO SUS

PERÍODO DE SETEMBRO A DEZEMBRO - 2015

ÓRGÃO DEMANDANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

RESPONSÁVEL: AUDITORIA MUNICIPAL DO SUS

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	Baixa produtividade em odontologia. A produção apresentada refere-se apenas as ações coletivas de aplicação tópica de flúor e ação de escovação coletiva dental supervisionada.	Em análise à série histórica da referida unidade de saúde verificou-se que, no período de janeiro a junho/2015, foram realizados somente procedimentos de ações coletivas em escolares da rede pública (EJA Ensino de Jovens e Adolescentes, Escola Sagrado Coração de Jesus, Escola Augusto Carneiro e Escola Amine Daou).	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul** : Providenciar a reforma, adaptação, fornecimento de equipamentos e instrumental e funcionamento/abertura do consultório odontológico para atendimento ao público.	Enviado para GABIN e DAP.
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	As cirurgiãs-dentistas da unidade de saúde, estão realizando somente procedimentos de ações coletivas, em razão do consultório encontrar-se inativo, sem condições estruturais e de equipamentos para funcionamento.	Na oportunidade da visita de auditoria foi constatado que o consultório está há um ano sem atividade. As dentistas eventualmente prestam serviços em outros setores da unidade de saúde e realizam ações coletivas de escovação dental supervisionada em várias escolas tais como: EJA Escola de Jovens e Adolescentes, Sagrado Coração de Jesus, Augusto Carneiro e Amine Daou.	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Saúde Bucal e DISA Sul**: Providenciar a reforma, adaptação, fornecimento de equipamentos, instrumentais e a abertura do consultório odontológico para atendimento ao público.	Enviado para GABIN e DAP.
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	A estrutura predial da UBS encontra-se em processo de adaptação para atendimento aos usuários.	O prédio onde funciona atualmente a UBS Vicenti Pallotti possui dois pavimentos. O consultório de enfermagem e serviço social encontram-se instalados no segundo piso, cujo acesso é através de uma escada de ferro, vertical, em espiral.	Ao **DISA Sul e diretora da unidade de saúde**: Providenciar a instalação de aparelhos de ar-condicionado para as salas de espera ou ventiladores, bem como a transferência do consultório de enfermagem para o térreo com vistas a atender os critérios de humanização e bom fluxo interno.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	Consultório odontológico em fase de implantação, necessitando reforma e adaptação, antes do início das atividades.	A unidade de saúde funciona atualmente em um imóvel alugado com características residenciais que esta passando por adequações para funcionar como estabelecimento assistencial de saúde. Conforme declarações da diretora da unidade, corroborado pela cirurgiã-dentista, o consultório odontológico da unidade ora auditado, encontra-se inativo há um ano em decorrência, segundo as mesmas, da avaria de diversos equipamentos e periféricos odontológicos, inclusive do compressor, prosseguindo afirmou que o fato foi comunicado diversas vezes ao DISA Sul, tendo recebido verbalmente o compromisso de resolução da questão, sem entretanto lograr êxito.	Ao **Departamento de Atenção Primária / Gerência de Saúde Bucal, DISA Sul**: Providenciar reforma na estrutura física do consultório odontológico, adaptando-o, segundo as orientações técnicas da RDC 050/ANVISA, a fim de colocá-lo em funcionamento; Solicitar a devolução imediata dos equipamentos que foram levados para conserto.	Enviado para GABIN e DAP.
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	Equipamentos antigos, insuficientes e com avarias (equipos e instrumentais) e, ainda, não instalados. Segundo declarações da diretora da UBS diversos equipamentos foram retirados para manutenção corretiva desde 2014, sem retorno até a presente data, e sem substituição.	A cadeira do equipo foi emprestada de outra unidade de saúde e encontra-se sem o sugador, que foi retirado para conserto, em 2014 e até a presente data não foi devolvido nem substituído, sem o qual não é possível realizar os principais procedimentos odontológicos; o encaixe das canetas de alta rotação estão quebrados; o novo compressor ainda não foi instalado ; o ar-condicionado do consultório não possui capacidade adequada para refrigerar o ambiente, necessitando ser substituído.	Ao **Departamento de Atenção Primária / Gerência de Saúde Bucal /DISA Sul**: Resolução do conserto e devolução dos equipamentos avariados, Adequar as instalações para o compressor odontológico, cujo local deve garantir a segurança do equipamento e proteção contra intempéries; Providenciar instalação do equipo odontológico; Fazer levantamento das necessidades de equipamentos e instrumental para o consultório; Providenciar substituição do ar condicionado por outro de maior capacidade.	Enviado para GABIN e DAP.
851	Auditoria no serviço de odontologia da UBS VICENTE PALLOTTI	Em andamento	UBS VICENTE PALLOTTI	A unidade de saúde apresenta CNES desatualizado.	De conformidade com o CNES e visita in loco, a UBS Vicentti Pallotti possui atualmente uma equipe odontológica com a seguinte composição: - 02 (duas) cirurgiãs-dentistas, de 20 horas, conforme consulta realizada no site: www.cnes.datasus.gov.br, em 25/08/2015. - 01 (uma) Auxiliar em saúde bucal, de 20 horas.	Ao **DISA Sul e direção da UBS Vicente Palotti** para: Providenciar atualização do CNES.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
852	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da Cobrança apresentada pela Contratada encontra previsão nos Termos Contratuais. A nota fiscal eletrônica nº 2582 encontra-se assinada pelos fiscais do contrato, e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Nota Fiscal eletrônica nº 2582 de 10/08/2015 no valor de R$ 218.928,20.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
852	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no - CNES.	Os profissionais que executaram os plantões em anestesiologia na MMT no período de 01.07.2015 a 31.07.2015 estão devidamente cadastrados no CNES da empresa anestesiologistas Associados do Amazonas S/S Ltda.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
852	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS LTDA.	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	A solicitação de pagamento encontra-se em conformidade com o quantitativo de 124 (cento e vinte e quatro) plantões realizados, referentes ao período de 01.07.2015 a 31.07.2015.	O processo 201516374419 - SEMSA demonstra uma solicitação de pagamento por serviços médicos em anestesiologia prestados pela empresa Anestesiologistas Associados do Amazonas Ltda à Maternidade Moura Tapajós, na ordem de 124 (cento e vinte e quatro) plantões.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
853	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**COMPORTE-SE (Clínica de Psicologia LTDA - ME)**	Veracidade das informações	As informações da ficha cadastral do estabelecimento de saúde em análise são procedentes.	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR
854	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**OTOCARDIO**	Veracidade das informações	As informações da ficha cadastral do estabelecimento de saúde em análise são procedentes.	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR
855	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme	A Contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficientes para realizar no mínimo 20 procedimentos de radiologia por turno.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
855	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos técnicos em radiologia é de 24 horas semanais.	Decreto nº 92.790 de 17 de junho de 1986, que estabelece em seu artigo 30 uma jornada semanal de 24 horas de trabalho para técnicos em radiologia.		Enviado para o setor competente - GELIQ
855	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA.	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Nome de profissional constando em duas declarações	O nome da profissional Cristiane da Silva Nascimento, auxiliar em radiologia, consta nas declarações das policlínicas Dr. Raimundo Franco de Sá e Dr. Antonio Reis. A empresa contratada, Norte Imagem Ltda Epp, ao ser informada da situação, apresentou uma outra declaração da policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá, assinada pela diretora da citada unidade de saúde, alegando ter ocorrido erro de digitação.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Incompatibilidade dos registros de recursos humanos no CNES.	Em análise do CNES da unidade S-05, bem ainda pelo que se pode constatar da visita in loco, confirma-se inconsistências nas informações contidas no CNES, sendo elas: - Quadro de profissionais desatualizado. Dois servidores já desligados da referida unidade permanecem nos registros do CNES (Kelly Regina Carvalho Sampaio - técnica em saúde bucal e Ricardo dos Anjos - agente comunitário de saúde). - Carga horária da servidora Rosangela do Socorro Verçosa de Oliveira - ASB registrada como 30h/semanais no CNES é divergente da carga horária realmente desempenhada pela profissional, que é de 40h/semanais. Considerando que o CNES é base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente, propiciando ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população, os dados nele contidos devem ser atualizados constantemente.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o DISA Sul promova a atualização das informações contidas no CNES, no tocante às evidências relatadas na constatação.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Quantitativo de consultas/horas realizado pela equipe odontológica da unidade não corresponde com o estabelecido pela Portaria/MS Nº 1101/2002.	O quantitativo de atendimento estabelecido pela Portaria/MS Nº 1101/2002, a ser realizado pelos odontólogos é de 3 consultas/hora para o profissional de 20h totalizando 12 consultas/turno. Da visita in loco e ainda pela análise das fichas de atendimento individual do E-SUS, foi possível constatar que a média de consultas da odontóloga do período matutino foi de 4 consultas por dia de atendimento, já para a odontóloga do período vespertino a média foi de 7 consultas por dia de atendimento, enquanto que para o dentista da ESF a média foi de por 6 consultas turno (totalizando 12 consultas por dia de atendimento.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o DISA Sul oriente a equipe odontológica da UBS quanto ao número de consultas odontológicas/dia a serem efetivamente realizadas, com vista cumprir a legislação vigente e ainda aumentar a oferta de consultas odontológicas aos usuários da região. - Verificar a necessidade de manutenção do quantitativo atual de odontólogos na unidade (3), uma vez que, verifica-se um baixo número de consultas e procedimentos realizados diariamente.	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Falta de padronização no agendamento de consultas odontológicas na UBSF S-05.	Ante a visita de auditoria, constatou-se que os agendamentos, para os 03 dentistas da unidade, são realizados por intermédio dos ACS, ou ainda diretamente com a ASB quando se trata de demanda expontânea. O cirurgião dentista da ESF (40h), bem como a dentista clínica do período da tarde (20h) trabalham com agendamento de consultas padrão (uma consulta por semana).Já a profissional odontóloga com carga horária de 20h do período matutino refere trabalhar sem agenda, segundo ela após a primeira consulta o paciente deve retornar diariamente até a conclusão do tratamento, sendo que duas faltas consecutivas liberam a vaga para novo paciente. No tocante aos procedimentos de urgência, são reservadas 03 vagas por dia para cada profissional. Segundo a equipe odontológica, não há demanda reprimida, todos os paciente que procuram atendimento são agendados e atendidos, referem ainda baixa demanda e elevado número de absenteísmo, principalmente o período matutino.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com a Divisão de Atenção a Saúde/DISA Sul reveja a forma de agendamento e processos de trabalho adotados pela odontóloga 20h do período matutino, a fim de favorecer o atendimento aos usuários do SUS.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Manutenção deficiente nos equipamentos odontológicos no ano de 2014/2015.	Mediante conversa com a equipe odontológica e análise de e-mails foi possível constatar, no tocante à assistência técnica, que há demora quanto ao atendimento das solicitações de reparo dos equipamentos, conforme se pôde verificar nas cópias de e-mails anexas a este relatório, nos quais a equipe odontológica solicita por várias vezes à manutenção para os seguintes aparelhos: 1 amalgamador, 1 compressor e 1 aparelho de profilaxia, sem contudo, obter resposta da assistência.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o DISA Sul e os Fiscais do contrato promova maior atenção quanto ao acompanhamento da manutenção dos equipamentos odontológicos.	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Tombamento dos equipamentos odontológicos da UBS S-05.	Quanto ao tombamento dos equipamentos odontológicos, constatou-se que os mesmos não apresentam nenhum tipo de tombo.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o Departamento de Logística (DELOG) promova o tombamento, de maneira permanente, nos equipamentos do consultório odontológico da UBS S-05, a fim de favorecer a identificação dos bens móveis pertencentes à SEMSA.	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Insumos odontológicos encontrados fora do prazo de validade e casos de não recebimento de alguns insumos necessários para atendimento à demanda odontológica da UBS S-05.	Ante a visita de auditoria à unidade, foram detectados insumos odontológicos com o prazo de validade vencido. Ressalte-se que, em sendo questionado a equipe se havia um controle de estoque efetivo, foi informado que as ASB são as responsáveis por esse tipo de controle. No que se refere à disponibilidade dos insumos necessários para o bom desenvolvimento da unidade de saúde, a equipe relatou que no momento há falta de resina A3 e que recentemente houve falta de luvas.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o DELOG promova a efetivação de controle/fiscalização dos insumos e/ou medicamentos enviados à unidade de saúde - Que em conjunto com o DISA Sul promova orientação à equipe odontológica quanto a importância de um controle de estoque efetivo.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Compatibilidade dos equipamentos constantes no projeto básico com os existentes no consultório odontológico da unidade S-05.	Segundo análise do projeto básico integrante do contrato nº 030/12 firmado entre a SEMSA e a concessionária Solimões Engenharia Serviço de Manutenção, confrontada com os achados de auditoria in loco, vê-se que a concessionária em tela repassou dentro do que foi pactuado, os equipamentos necessários ao pleno desenvolvimento das atividades odontológicas, sanando as inconformidades (no tocante à odontologia) listadas no relatório de auditoria 636/2013.	Conforme	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	O consultório odontológico da UBSF-S-05 não atende aos requisitos da RDC 050/02, NR 032 e Manual de Biossegurança.	Segundo constatação de auditoria, as torneiras existentes no consultório odontológico da UBSF S-05 não possuem dispositivos que evitam o contato das mãos para seu fechamento e, ainda, o número de cubas de inox existentes nas bancadas dos gabinetes odontológicos não atende a disposição contida nas normas - RDC 050/02, NR 032 e Manual de Biossegurança. Note-se, ainda, que no consultório odontológico não há suporte para o coletor de material pérfurocortante. Outrossim, refere-se ao fato de haver uma rachadura na bancada do consultório II desde a sua inauguração, situação já apontada no relatório de auditoria 636/2013 e ainda sem solução, fato este que favorece a contaminação e a proliferação de agentes infeccioso.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI promovam a observância das regras de biossegurança em saúde, implementando torneiras de acionamento sem uso das mãos nos consultórios odontológicos, instalação de suporte para o recipiente de descarte de material pérfurocortante, bem ainda como a identificação de pia exclusiva para higienização das mãos e outra para lavagem de materiais e substituição do ralo existente por ralo escamoteável (com grelhas que se fecham), - Que em conjunto com os fiscais do contrato da PPP encontrem uma solução definitiva para a rachadura existente na bancada do consultório II, uma vez que tal situação perdura desde a instalação da mesma.	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Dedetização na UBSF S-05.	Registra-se, através da visita de auditoria à UBSF S-05, a queixa da equipe odontológica em razão da permanente infestação de formigas e baratas no ambiente interno dos consultórios. Segundo a equipe odontológica a dedetização é feita apenas com gel, não sendo suficiente para eliminar as pragas, havendo entrada de formigas e baratas no ambiente odontológico.	Ao **Departamento de Atenção Primária/DAP** para: Que em conjunto com o Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI e DISA Sul tomem conhecimento e dêem providências a situação apontada.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Abrigo de resíduos de serviço de Saúde (ARSS) da unidade auditada encontra-se em mau estado de conservação.	Ante visita in loco, constata esta auditoria a existência de Abrigo de resíduos de serviço de Saúde em área externa à unidade, sendo esta instalada de forma conjugada (caixa retangular em ferro com divisória para lixo comum e lixo hospitalar), sendo que: o compartimento destinado ao lixo hospitalar encontra-se trancado (com cadeado), tendo acesso ao seu interior somente os profissionais da unidade e a empresa coletora dos resíduos, atendendo assim as normas vigentes. Destaque-se que apesar do ARSS atender as normas, no tocante a estrutura do abrigo e a guarda segura dos resíduos, a mesma encontra-se enferrujada, necessitando reparos e em más condições de higiene.	Ao **Departamento de Atenção Primária** para: - Que em conjunto com o Departamento de Administração e Infraestrutura/DAI providenciem o reparo imediato de lixeira comum e hospitalar de acordo com as normas estabelecidas pela NR 32-MT, RDC 306 e RDC 50 com destaque para o adequado armazenamento dos resíduos de serviços de saúde, visando assim o resguardo da segurança e da saúde dos usuários e profissionais da UBS S-05.	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Ações de odontologia no Programa de Saúde na Escola (PSE) em 2014 atendem as diretrizes do programa.	Segundo informações de equipe odontológica da unidade S-05 e da equipe da Escola Municipal Valdir Garcia, as ações da odontologia desenvolvidas no PSE em 2014 atenderam a 750 crianças, sendo realizadas trimestralmente.	Conforme	Enviado para GABIN e DAP.
857	Auditoria no serviço de odontologia da UBS S 05	Encerrada	**UBS S 05**	Os processos de trabalho em odontologia obedecem aos requisitos da Portaria nº 2488/11 que trata da Política Nacional da Atenção Básica.	Segundo a análise da Auditoria do SUS acerca dos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe odontológica da UBS S-05 teve-se como resultado a realização parcial dos comandos relacionados pela Portaria nº 2488/11 que trata da Política Nacional da Atenção Básica.	Conforme	Enviado para GABIN e DAP.
858	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA -**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Conforme análise ao projeto básico, ao termo de contrato nº 009/11 e seus aditivos, tem-se como certa a cobrança do valor de R$ 55.109,37 referente à produção de exames realizados nos 15 estabelecimentos de saúde/SEMSA, no mês de julho/2015.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
858	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) EAS.	Mediante apresentação pela contratada da tabela demonstrativa do quantitativo de exames realizados, verifica-se que 15 (quinze) estabelecimentos de saúde receberam a prestação dos serviços de telemedicina em cardiologia. Constata-se ainda, o atesto dos diretores dos 15 EAS, estando desse modo os serviços operacionalizados dentro da legalidade da execução.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
858	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/07/2015 a 31/07/2015, com o quantitativo de produção totalizando 3.666 (três mil seiscentos e sessenta e seis) exames realizados.	Com base na apresentação pela CONTRATADA da tabela demonstrativa de exames realizados nos 15 (quinze) Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS (mês de julho/2015), a qual apresenta as assinaturas e carimbos dos diretores das unidades de saúde da SEMSA, atestando e ratificando a execução do serviço pela CLINICOR.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
858	Verificar regularidade da prestação de serviços da CLINICOR	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Diferenças no quantitativo de registro de exames de ECG realizados.	Diante visita a dois EAS foi evidenciado o que segue: Policlínica Castelo Branco apresentou quantitativo de 147 (cento e quarenta e sete) exames X 173 (cento e setenta e três) da empresa CLINICOR, portanto, uma diferença de 26 (vinte e seis) exames, fato este que pode estar associado a falhas no processo de trabalho. Em relação à Policlínica José Raimundo Franco de Sá, conforme seus controles realizaram 489 (quatrocentos e oitenta e nove) exames em contraposição aos 481 (quatrocentos e oitenta e um) demonstrados pela CLINICOR, gerando uma diferença de 8 (oito) exames. Tais fatos não inviabilizam o pagamento à CONTRATADA, devido os instrumentos legais não especificarem a cobrança pelo quantitativo de exames realizados.	Aos **Diretores dos EAS** para: Implementação de ações corretivas visando a fidedignidade de registros de execução de exames de ECG.	Enviado para o setor competente - GELIQ e Diretores dos EAS visitados.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
859	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no - CNES.	Os profissionais que executaram os plantões em anestesiologia na MMT no período de 01.08.2015 a 31.08.2015 estão devidamente cadastrados no CNES da empresa anestesiologistas Associados do Amazonas S/S Ltda.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
859	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	A solicitação de pagamento encontra-se em conformidade com o quantitativo plantões realizados no período de 01.08.2015 a 31.08.2015.	O presente processo demonstra uma solicitação de pagamento por serviços médicos em anestesiologia prestados pela empresa Anestesiologistas Associados do Amazonas Ltda à Maternidade Moura Tapajós, na ordem de 123 (cento e vinte e três) plantões.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
859	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	No período ora analisado foram realizados somente 123 (cento e vinte e três) plantões.	Da análise à folha de frequência - Anestesiologistas Associados do Amazonas/MMT, verificou-se que consta uma falta a um dos profissionais no dia 07.08.2015-plantão diurno, com observação de que tal fato foi constatado pelo auditor SUS.	À **Divisão de Contratos - DCONT** para que solicite da contratada justificativa quanto à ausência de um anestesiologista no plantão diurno do dia 07.08.2015.	Enviado para o setor competente - GELIQ
859	Verificar regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos Termos Contratuais.	Nota fiscal eletrônica nº 2623 de 08/09/2015 no valor de R$ 217.162,65.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
860	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Em consulta realizada via Internet foi verificado que todos os auxiliares em radiologia estão inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
860	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM	Em consulta realizada via Internet foi verificado que o médico José Maria Lisboa Correia está inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM com o número de inscrição 1225.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
860	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	1. NFS nº 111 de 01/10/2015; 2. Planilha de lances verbais do pregão; 3. Demonstrativo dos valores mensais, elaborado por esta Auditoria; 4. Planilha dos valores da cobrança apresentada pela contratada.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
860	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A rotina de realização de serviços está conforme.	A contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficientes para realizar no mínimo 20 procedimentos de radiologia por turno, e os auxiliares de radiologia estão com carga horária de 4 (quatro) horas diárias.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
861	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está conforme	A Contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficientes para realizar no mínimo 20 procedimentos de radiologia por turno.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
861	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos Técnicos em Radiologia é de 24 horas semanais.	Decreto nº 92.790 de 17 de junho de 1986, que estabelece em seu artigo 30 uma jornada semanal de 24 horas de trabalho para Técnicos em Radiologia e declaração dos diretores dos estabelecimentos assistenciais de saúde.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
861	Verificar regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde, cobrado pela Contratada, obedece ao limite mensal, de R$ 13.004,87 (treze mil, quatro reais e oitenta e sete centavos).	1. NFS - e nº 110 de 01/10/2015; 2. Planilha de Lances verbais, pg 289 do Pregão nº 160/2010 - CLS/PMM; 3. Planilha de discriminação de valores, elaborada por esta Auditoria; 4. Planilha de discriminação de valores apresentada pela Contratada.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
862	Auditoria no serviço de odontologia da UBS Japiim	Encerrada	**UBS JAPIIM**	Os consultórios odontológicos da UBS Japiim não atendem aos requisitos da RDC 050/02, NR 032 e RDC 306/04.	A UBS Japiim possui dois consultórios odontológicos, sendo que ambos contém apenas uma cuba em seu interior, sendo utilizada tanto para higienização das mãos quanto para lavagem dos instrumentais. As torneiras não possuem dispositivo que dispensem o uso das mãos para seu fechamento, os recipientes para armazenagem de perfurocortantes (descarpack) encontram-se fora de suporte e ainda utilização de saco preto (exclusivo para lixo comum) para abrigar lixo hospitalar. Outrossim, os armários localizados sob as bancadas, de ambos os consultórios, encontram-se deteriorados pelo tempo.	Ao **Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia** para: 1. Providenciar a instalação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos em consonância com o estabelecido na RDC 50/02 e NR 32; 2. Providenciar a instalação de suporte para o coletor de perfuro cortante; 3. Providenciar dedetização eficaz nos consultórios odontológicos.	Enviado para GABIN e DAP.
862	Auditoria no serviço de odontologia da UBS Japiim	Encerrada	**UBS JAPIIM**	Área externa da Unidade apresenta inconformidades no sistema de esgoto.	Mediante verificação in loco observou-se a presença de caixa de esgoto aberta nos fundos da unidade e ainda o empoçamento de água oriunda de um cano quebrado, situação esta que vai de encontro ao que determina a RDC Nº63/2011 da ANVISA e ainda a Portaria nº 1175/2014-GABIN/SEMSA.	Ao **Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia** para: Providenciar, junto aos departamentos responsáveis, o fechamento da caixa de esgoto e ainda o reparo do cano estourado, a fim de preservar a saúde de usuários e servidores da UBS Japiim.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
862	Auditoria no serviço de odontologia da UBS Japiim	Encerrada	**UBS JAPIIM**	Inconformidades no tocante ao Abrigo de Resíduos Sólidos de Saúde (ARSS) da UBS Japiim.	Durante visita de auditoria verificou-se que o ARSS (Lixeira) da UBS não possui a identificação quanto ao tipo de resíduo armazenado, apresenta infiltrações e mofo em seu interior e há ainda indícios de que não é lavada regularmente. Observou-se ainda que os resíduos não são armazenados conforme determina as regras de biossegurança, uma vez que verificou-se a presença de luvas fora de sacos plásticos e lixo comum armazenados em sacos brancos (exclusivo para resíduos biológicos).	Ao **Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia** para: 1-Orientar seus servidores sobre a importância do correto acondicionamento dos resíduos de serviços de saúde; 2-Fazer a necessária sinalização nas lixeiras hospitalar e comum; 3-Não colocar sacos de lixo comum na lixeira hospitalar e nem sacos de lixo hospitalar na lixeira comum; 4-Realizar a lavagem periódica da lixeira; 5-Elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;	Enviado para GABIN e DAP.
862	Auditoria no serviço de odontologia da UBS Japiim	Encerrada	**UBS JAPIIM**	O número de consultas executado pelos três odontólogos da UBS Japiim encontra-se abaixo do estabelecido pela Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.	De acordo com a Portaria nº 1.101/GM o quantitativo de consultas a ser realizado pelo dentista com carga horária igual a vinte hora semanais é de 3 consultas/hora, perfazendo um total de 12 consultas/dia. A UBS Japiim possui 4 cirurgiões-dentistas de 20 horas semanais, todos servidores da SUSAM .Tendo como base os parâmetros da referida portaria o total de consultas a ser realizada pelos quatro cirurgiões dentistas no período de fevereiro a maio de 2015 seria de 2.676 (duas mil seiscentos e setenta e seis). Contudo, foram atendidos no período 1.291 (um mil duzentos e noventa e um) pacientes, o que corresponde a 48,2% das vagas previstas. O total de vagas não preenchidas foi de 1.385 (hum mil trezentos e oitenta e cinco) vagas, ou seja, 51,8% do previsto . Cabe salientar que o percentual de dias sem atendimento dos referidos servidores, individualmente, foi acima de 39% dos dias úteis, ou seja, cada profissional deixou de atender no mínimo 46 dias do período em análise. Obs: considerou-se dias de atendimento aqueles para os quais foram apresentados mapas de produção.	Ao **Departamento de Atenção Primária/ Gerência de Odontologia** para: 1-Obter justificativas individuais dos odontólogos da UBS Japiim sobre os motivos pelos quais deixaram de atender os pacientes em no mínimo 46 dias do período em analise (fevereiro a maio/2015); 2-Orientar os servidores que o quantitativo de 3 pacientes/hora, estabelecido na Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2012, deve ser observado; 3-Monitorar periodicamente o desempenho da equipe odontológica a fim de verificar se houve mudanças no atendimento prestado à população; 4-Verificar a real necessidade de se manter 4 odontólogos na UBS Japiim e se necessário remanejar servidores a fim de obter um melhor aproveitamento desses profissionais.	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
863	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**ODONTOVIDA**	Consultório Odontológico com 02 cadeiras odontológicas.	Da verificação in loco observou-se a existência de dois consultórios odontológicos com 02 (duas) cadeiras odontológicas, 01 (uma) recepção, Certificado da DVISA, 01 (uma) sala de lavagem e esterilização de material, equipamentos e instrumentais odontológicos.	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR
863	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**ODONTOVIDA**	São válidas as informações constantes no presente processo para fins de inclusão no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).	Esta Auditoria recebeu o Processo de nº 201516375288, em 17.12.2015, para análise e visita in loco na ODONTOVIDA (Razão Social L F R LUIZ ODONTOLOGIA - ME), visando a validação das informações prestadas pelo responsável Sr. Lucas Ferrari Reis Luiz requerente do Cadastro do referido Estabelecimento no SCNES (fls. 01,02,04,06,07,08,13,14,15,16,20,21)	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR
864	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**UROMED SERVICOS MEDICOS**	São válidas as informações constantes no processo nº 201516374049 para fins de inclusão do estabelecimento no SCNES.	Esta auditoria recebeu em 15/10/2015 o processo de nº 2015/1637/4049 para análise e fiscalização do estabelecimento UROMED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA-ME, sala isolada destinada a prestação de assistência médica, visando a conferência das informações prestadas, nas fichas de cadastro de estabelecimento de saúde.	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR
864	Validar as informações constantes na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde - FCES.	Encerrada	**UROMED SERVICOS MEDICOS**	Situação regular conforme observação in loco e apresentação do Certificado da Vigilância Sanitária, entre outros documentos apresentados no processo.	Em visita in loco observou-se a existência de: 01 (um) consultório médico, 01 (uma) sala de recepção, 01 (um) banheiro 01 (um) prontuário	Em conformidade com as Fichas - FCES.	Enviado para o setor competente - DICAR

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Existência de insumos odontológicos com prazos de validade vencidos.	Durante visita ao consultório odontológico da ADEFA, os auditores foram informados que a solicitação de insumos odontológicos é de responsabilidade da administração da Unidade Almir Pedreira, mediante apresentação de planilha da necessidade mensal a ser utilizada pela equipe odontológica. Em razão da unidade encontrar-se em reforma e estar localizada nas dependências de outra instituição, sem condições adequadas, os insumos odontológicos recebidos pela UBS, são todos encaminhados a equipe odontológica na ADEFA. Na oportunidade foi constatado a existências de alguns itens com validade vencida no consultório odontológico, sendo recomendado o recolhimento dos mesmos, para posterior encaminhamento ao DELOG.	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia** para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL: Oriente a equipe de Saúde Bucal, para que exerça o rigoroso controle dos prazos de validades dos insumos odontológicos a fim de não causar danos à saúde dos usuários.	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Os Equipamentos do consultório odontológico são de propriedade da ADEFA.	O consultório odontológico da ADEFA apresenta-se em boas condições de uso embora seja de modelo antigo: As instalações físicas encontram-se conservadas com boa climatização e iluminação. A maior parte dos equipamentos pertence à ADEFA, exceto o fotopolimerizador, uma caneta de alta rotação e o micromotor com spray que são da unidade Almir Pedreira. Fomos informados que a cadeira odontológica e os instrumentais foram devolvidos a SEMSA.	Conforme	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	As manutenções dos equipamentos odontológicos são de responsabilidade da ADEFA.	Segundo informação da equipe odontológica da unidade em referencia, a manutenção dos equipamentos odontológicos é de responsabilidade da ADEFA sendo realizada em tempo hábil.	Conforme	Enviado para GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Cadastro do CNES da UBS Almir Pedreira relacionado à equipe odontológica apresenta-se desatualizado.	Em análise ao cadastro de estabelecimento de profissionais da unidade UBS Almir Pedreira (CNES), observou-se que há inconformidades no tocante ao cadastro de servidores no CNES.	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia e Disa-Sul e a Direção da UBS Almir Pedreira:** Para que providenciem os ajustes necessários no cadastro da Unidade Almir Pedreira.	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Atividades de saúde bucal da UBS Almir Pedreira desenvolvidas na ADEFA - Associação dos Deficientes Físicos do Amazonas.	Na visita a UBS Almir Pedreira esta auditoria constatou que ações de saúde bucal vêm sendo realizadas nas dependências da ADEFA. Não há dia especifico para agendamento de consultas e a demanda é livre, tanto dos usuários da UBS Almir Pedreira, quanto a clientela da ADEFA e seus familiares. Segundo informações das odontologas, a Cirurgiã Dentista do turno matutino atende 15 pacientes pela manhã de segundas a quintas-feiras e uma das odontologas do turno vespertino atende 06 pacientes (clientela da ADEFA), às segunda e quarta-feira, e em duas sextas-feiras do mês, ficando as terças e quintas-feiras para o atendimento da outra odontologa do turno vespertino que atualmente não vem realizando atendimento por falta de ASB.	Ao **Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA** para: Verificar a situação apontada em relação aos dias de atendimento das odontologas uma vez que não obedece o quantitativo estipulado pela Portaria N.º 1101 de 12 de junho de 2002, bem como a existência de um único consultório para duas odontologas no turno vespertino que contribui para o fracionamento de horário e consequentemente dos dias trabalhados. Verificar a possibilidade de relotação de uma Cirurgiã Dentista em outra unidade.	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	A equipe odontológica não utiliza o prontuário único do paciente.	Em razão da unidade encontra-se em reforma a equipe odontológica esta atualmente na ADEFA,separada do restante dos serviços da UBS assim sendo não utiliza o prontuário único. A equipe odontológica preenche uma ficha de cadastro de usuários juntamente com o odontograma do paciente, que é arquivado no próprio consultório, ou seja, as informações relacionadas à saúde dos pacientes são colhidas pela odontóloga.	Conforme	Enviado para o GABIN.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Incompatibilidade entre a folha de frequência e os dias efetivamente trabalhados da equipe odontológica da unidade Almir Pedreira no período de fev a abril/2015.	Em analise a frequência da equipe odontológica da unidade Almir Pedreira no período de fev a abril/2015, verificou-se que no mês de fevereiro/2015, as folhas de frequência da equipe odontológica aparecem sem assinatura de nenhum dos membros. Devido a existência de um único consultório os 03 odontólogos trabalham em regime de revezamento de dias. No entanto, a folha de frequência é assinada todos diariamente. Outra situação constatada, é que a odontóloga do turno vespertino Maria da Conceição F.Picanço não vem realizando atendimento atualmente em razão de não ter (ASB). Durante visita desta auditoria não conseguimos encontrar esta profissional.	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia** para que junto com a Chefia de odontologia do DISA SUL, promovam os ajustes necessários para um melhor aproveitamento da equipe odontológica, remanejando um profissional pra outra unidade, se assim for conveniente à administração SEMSA.	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Equipe odontológica independente.	Em visita desta auditoria a unidade foi constatada que atualmente somente 02 odontólogos, desempenham suas funções, embora conste no quadro da unidade 03 odontólogos. Em razão da equipe odontológica está alocada em outro prédio separada da unidade, verifica-se que há dificuldades de gerenciamento por parte da direção da UBS Almir Pedreira.	Ao **Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA** para: que deem conhecimento ao atual diretor da unidade da situação apontada a fim de que promovam os ajustes necessários de maneira a tornar a equipe odontológica parte integrante da UBS em referencia.	Enviado para GABIN e DAP.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	A ADEFA - Associação dos Deficientes Físicos do Amazonas, onde está localizado o consultório odontológico da UBS Almir Pedreira não possui abrigo de resíduos sólidos (lixeira).	De acordo com a visita de auditoria, foi possível constatar a inexistência de Abrigo de Resíduos de Serviços de Saúde (Lixeira) em área externa à ADEFA. A odontologa do turno vespertino informou que recolhe a caixa de descarpak colocando em saco de lixo para o descarte em uma lixeira hospitalar do local onde trabalha pela manhã. Quanto ao lixo comum, é retirado pelos funcionários da ADEFA e recolhido pelo carro coletor.	Ao **Departamento de Atenção Primária/Gerência de Odontologia** para: Conhecimento da situação apontada a fim de que verifique a possibilidade de Construção do abrigo de resíduos sólidos no local.	Enviado para o GABIN e DAP.

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Unidade Almir Pedreira atualmente em reforma.	Em visita foi constatado que a unidade em referência, encontra-se em reforma, prestando atendimento atualmente no prédio da Pestallozi, com exceção dos serviços odontológicos que são realizados no prédio da ADEFA- Associação dos Deficientes Físicos da Amazonas.	Em conformidade	Enviado para o GABIN.
865	Auditoria do serviço de odontologia da UBS ALMIR PEDREIRA	Encerrada	**UBS ALMIR PEDREIRA**	Baixa produtividade da equipe odontológica.	No período ora analisado a UBS Almir Pedreira apresentou em 03 (três) procedimentos odontológicos: Raspagem alisamento e polimento subgengivais por sextante, Restauração de dente permanente anterior e restauração de dente permanente posterior, um índice de produtividade acima de 100%. Dos 21 procedimentos programados 08(oito) demonstram um índice de produtividade zero. Da análise da série histórica verifica-se que a programação estabelecida não corresponde à existência de 03 três odontólogos.	Ao **Departamento de Atenção Primária/GESAB-Gerência de Saúde Bucal/SEMSA**: Para Que junto com a direção da unidade e equipe odontológica promovam os ajustes necessários na programação das ações de odontologia da UBS Almir Pedreira de acordo com o número de profissionais existentes.	Enviado para o GABIN e DAP.
867	Verificar a regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Foram realizados 169 procedimentos anestésicos no período de 01 a 30 de setembro/2015, para um total de 120 plantões, perfazendo uma razão de 1,4.	Em análise ao livro de procedimentos do centro cirúrgico verificou-se a realização de 123 anestesias de bloqueio subaracnóide, (73%), 29 anestesia geral (17%), 16 sedações (9%) e 01 anestesia local (1%).	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
867	Verificar a regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	O valor da cobrança apresentada pela contratada encontra previsão nos termos contratuais.	Em análise ao processo verifica-se que a nota fiscal eletrônica nº 2688, de 14/10/2015 no valor de R$ 211.866,00.encontra-se assinada pelos fiscais do contrato, e com os valores em conformidade com o quantitativo de plantões realizados.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
867	Verificar a regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	Os profissionais médicos anestesiologistas da empresa contratada dispõem de registro no CNES.	Os profissionais que executaram os plantões em anestesiologia na MMT no período de 01.09.2015 a 30.09.2015 estão devidamente cadastrados no CNES da Empresa Anestesiologistas Associados do Amazonas S/S Ltda.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
867	Verificar a regularidade da prestação de serviços da ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA	Encerrada	**ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS DO AMAZONAS S/S LTDA**	A solicitação de pagamento encontra-se em conformidade com o quantitativo de 120 (cento e vinte) plantões realizados, referentes ao período de 01.09.2015 a 30.09.2015.	O presente processo demonstra uma solicitação de pagamento na ordem de 120 (cento e vinte) plantões.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
868	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor cobrado pela Contratada obedece ao limite mensal estabelecido para cada EAS.	1. NFS - e nº 114 de 03/11/2015; 2. Planilha de lances verbais do pregão; 3. Demonstrativo dos valores mensais, elaborado por esta Auditoria; 4. Planilha dos valores da cobrança apresentada pela contratada.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
868	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissionais inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER.	Em consulta realizada via Internet foi verificado que todos os auxiliares em radiologia estão inscritos no Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
868	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	Profissional inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM	Em consulta realizada via Internet foi verificado que o médico José Maria Lisboa Correia está inscrito no Conselho Federal de Medicina - CFM.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
869	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A disponibilização de pessoal está em conformidade com o contratado.	A Contratada proveu cada unidade de recursos humanos suficientes para realizar no mínimo 20 procedimentos de radiologia por turno.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
869	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	O valor da prestação dos serviços por estabelecimento assistencial de saúde, cobrado pela Contratada, obedece ao limite mensal, de R$ 13.004,87 (treze mil, quatro reais e oitenta e sete centavos).	1. NFS - e nº 113 de 03/11/2015; 2. Planilha de Lances verbais, pg 289 do Pregão nº 160/2010 - CLS/PMM; 3. Planilha de discriminação de valores, elaborada por esta Auditoria; 4. Planilha de discriminação de valores apresentada pela Contratada.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
869	Verificar a regularidade da prestação de serviços da NORTE IMAGEM LTDA	Encerrada	**NORTE IMAGEM LTDA**	A jornada de trabalho dos Técnicos em Radiologia é de 24 horas semanais.	Decreto nº 92.790 de 17 de junho de 1986, que estabelece em seu artigo 30 uma jornada semanal de 24 horas de trabalho para Técnicos em Radiologia.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
871	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) EAS.	Mediante apresentação pela contratada da tabela demonstrativa do quantitativo de exames realizados, verifica-se que 15 (quinze) estabelecimentos de saúde receberam a prestação dos serviços de telemedicina em cardiologia, sendo estes: - 07 (sete) UBS: Alfredo Campos, Sálvio Belota, Balbina Mestrinho, Frei Valério, Augias Gadelha, Leonor de Freitas, e UBS Japiim e; - 08 (oito) policlínicas: Antônio Reis, Castelo Branco, Djalma Batista, Dr. Conte Telles, Enf.Ana Barreto Pereira, Enf. Ivone Lima dos Santos, José Antônio da Silva e José Raimundo Franco de Sá. Constata-se ainda, na tabela apresentada pela contratada , o atesto dos diretores dos 15 EAS, estando desse modo os serviços operacionalizados dentro da legalidade da execução.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
871	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/09/2015 a 30/09/2015, com o quantitativo de produção totalizando 3.227 (três mil, duzentos e vinte e sete) exames realizados.	Com base na apresentação pela CONTRATADA da tabela demonstrativa de exames realizados nos 15 (quinze) Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS (mês de setembro/2015), a qual apresenta as assinaturas e carimbos dos diretores das unidades de saúde da SEMSA, atestando e ratificando a execução do serviço pela CLINICOR.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
871	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Conforme análise do projeto básico, do termo de contrato nº 009/11 e seus aditivos, o objeto contratual refere-se à contratação de empresa especializada na prestação dos serviços de telemedicina em cardiologia, para atendimento das necessidades desta SEMSA, incluindo a realização de eletrocardiograma bem como o fornecimento dos equipamentos, em regime de comodato, com mão de obra e peças de reposição destinadas a 15 (quinze) EAS no valor de R$ 55.109,37 (cinquenta e cinco mil, cento e nove reais e trinta e sete centavos) referente à produção de exames realizados nos 15 estabelecimentos de saúde/SEMSA, no mês de setembro/2015.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
872	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	A contratada apresentou a produção dos serviços de telemedicina em cardiologia de 15 (quinze) EAS.	Mediante apresentação pela contratada da tabela demonstrativa do quantitativo de exames realizados, verifica-se que 15 (quinze) estabelecimentos de saúde receberam a prestação dos serviços de telemedicina em cardiologia, sendo estes: - 07 (sete) UBS: Alfredo Campos, Sálvio Belota, Balbina Mestrinho, Frei Valério, Augias Gadelha, Leonor de Freitas, e UBS Japiim e; - 08 (oito) policlínicas: Antônio Reis, Castelo Branco, Djalma Batista, Dr. Conte Telles, Enf.Ana Barreto Pereira, Enf. Ivone Lima dos Santos, José Antônio da Silva e José Raimundo Franco de Sá. Constata-se ainda, na tabela apresentada pela contratada, o atesto dos diretores dos 15 EAS, estando desse modo os serviços operacionalizados dentro da legalidade da execução.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

Nº AUDITORIA	FINALIDADE DA AUDITORIA	STATUS	UNIDADE AUDITADA	CONSTATAÇÃO	EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
872	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Execução dos serviços de telemedicina (eletrocardiograma) pela contratada no período de 01/10/2015 a 31/10/2015, com o quantitativo de produção totalizando 2.886 (dois mil, oitocentos e oitenta e seis) exames realizados.	Com base na apresentação pela CONTRATADA da tabela demonstrativa de exames realizados nos 15 (quinze) Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS (mês de outubro/2015), a qual apresenta as assinaturas e carimbos dos diretores das unidades de saúde da SEMSA, atestando e ratificando a execução do serviço pela CLINICOR.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ
872	Verificar a regularidade da prestação de serviços da CLINICOR.	Encerrada	**CLINICOR - CLINICA CARDIOLOGICA DE MANAUS LTDA**	Regularidade da cobrança apresentada pela contratada.	Conforme análise do projeto básico, do termo de contrato nº 009/11 e seus aditivos, o objeto contratual refere-se à contratação de empresa especializada na prestação dos serviços de telemedicina em cardiologia, para atendimento das necessidades desta SEMSA, incluindo a realização de eletrocardiograma bem como o fornecimento dos equipamentos, em regime de comodato, com mão de obra e peças de reposição destinadas a 15 (quinze) EAS no valor de R$ 55.109,37 (cinquenta e cinco mil, cento e nove reais e trinta e sete centavos) referente à produção de exames realizados nos 15 estabelecimentos de saúde/SEMSA, no mês de outubro/2015.	Em conformidade com o contrato	Enviado para o setor competente - GELIQ

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

ANEXO IV

DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

FONTE: SIOPS

2015

Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID
Ministério da Saúde / Secretaria Executiva - DATASUS
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
Procuradoria Federal no Distrito Federal

SIOPS 6º Bimestre 2015

UF: Amazonas

Municipio: Manaus - AM - 130260

Demonstrativo da execução financeira dos recursos do SUS, por bloco de financiamento.

Bloco de Financiamento	Receitas						Despesas (7)					Movimentação Financeira (8)		
	Transferências fundo a fundo			Oper. Crédito/ Rend./ Outros Nº (3.1)	Recursos Próprios (4)	Total (5)	Dotação Atualizada 2015	Despesa Empenha até o 6º Bimestre 2015	Despesa Liquidada até o 6º Bimestre 2015	Despesa Paga até o 6º Bimestre 2015	Despesa Orçada 2016	Restos a Pagar Outros Pagamen-tos	Saldo Financeiro no Exercício Anterior	Saldo Financeiro no Exercício Atual
	Federal (1)	Estadual (2)	Outros Municípios (3)											
Atenção Básica	82.925.900,57	0,00	0,00	4.716.293,78	213.116.756,42	300.758.950,77	322.111.608,44	298.345.910,58	291.201.076,90	274.966.896,46	324.880.500,00	24.971.016,66	31.840.802,45	32.661.840,10
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	39.253.751,13	0,00	0,00	2.810.909,15	192.362.749,62	234.427.409,90	255.219.752,27	231.454.054,41	226.204.605,45	219.977.861,78	300.150.500,00	20.202.323,62	23.119.194,58	17.366.419,08
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	43.672.149,44	0,00	0,00	1.905.384,63	20.754.006,80	66.331.540,87	66.891.856,17	66.891.856,17	64.996.471,45	54.989.034,68	24.730.000,00	4.768.693,04	8.721.607,87	15.295.421,02
Saúde da Família	13.406.915,00	0,00	0,00	24.519,94	0,00	13.431.434,94	13.160.035,00	13.160.035,00	13.160.035,00	13.160.035,00	0,00	61.012,11	61.012,11	271.399,94
Agentes Comunitários de Saúde	16.264.560,00	0,00	0,00	26.215,28	10.140,00	16.300.915,28	14.780.330,00	14.780.330,00	14.780.330,00	14.780.330,00	0,00	1.022.844,37	1.022.844,37	1.520.585,28
Saúde Bucal	2.761.920,00	0,00	0,00	8.412,11	0,00	2.770.332,11	2.651.390,00	2.651.390,00	2.651.390,00	2.651.390,00	0,00	15.562,86	15.562,86	118.942,11
Compensação de Especificidades Regionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fator Incentivo Atenção Básica - Povos Indígenas	0,00	0,00	0,00	226.460,64	1.695.876,63	1.922.337,27	601.190,36	601.190,36	387.204,06	385.984,46	0,00	0,00	0,00	1.536.352,81
Incentivo Atenção à Saúde - Sistema Penitenciário	106.760,05	0,00	0,00	6.589,38	0,00	113.349,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	113.349,43
Núcleo Apoio Saúde Família	720.000,00	0,00	0,00	34.060,68	0,00	754.060,68	1.118.921,44	1.118.921,44	1.118.921,44	1.118.921,44	0,00	0,00	398.921,44	34.060,68
Incentivo: Atenção Integral à Saúde do Adolescente	176.467,50	0,00	0,00	11.970,74	0,00	188.438,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	188.438,24
Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	10.235.526,89	0,00	0,00	1.567.155,86	19.047.990,17	30.850.672,92	34.579.989,37	34.579.989,37	32.898.590,95	22.892.373,78	24.730.000,00	3.669.273,70	7.223.267,09	11.512.292,53
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	29.340.746,82	6.438.565,48	0,00	2.869.353,10	157.965.888,47	196.614.553,87	212.177.723,21	181.114.539,59	175.937.700,48	161.437.939,87	226.202.000,00	36.045.670,41	20.483.800,87	19.614.744,46
Limite Financeiro da MAC Ambulatorial e Hospitalar	29.339.933,82	6.438.565,48	0,00	2.869.210,79	157.965.888,47	196.613.598,56	212.177.723,21	181.114.539,59	175.937.700,48	161.437.939,87	226.202.000,00	36.045.670,41	20.483.169,37	19.613.157,65
Teto financeiro	14.310.879,35	2.404.408,63	0,00	602.155,12	152.504.378,07	169.821.821,17	193.844.201,95	162.781.018,33	160.064.736,77	145.763.968,39	226.202.000,00	27.121.581,90	4.351.297,79	1.287.568,67
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	11.446.110,00	4.034.156,85	0,00	1.136.539,20	1.000.115,59	17.616.921,64	16.529.454,11	16.529.454,11	14.691.556,97	14.508.211,17	0,00	8.128.643,96	12.930.197,97	7.910.264,48
CEO- Centro Espec. Odontológica	885.500,00	0,00	0,00	28.739,37	96.393,95	1.010.633,32	507.355,18	507.355,18	397.491,41	389.790,48	0,00	120.756,25	17.530,26	517.616,85
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	1.023.565,33	0,00	0,00	246.214,60	16.899,63	1.286.679,56	522.213,83	522.213,83	434.657,92	426.712,42	0,00	24.524,20	1.427.140,27	2.262.583,21
CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador	0,00	0,00	0,00	229.215,76	0,00	229.215,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44.317,60	1.757.003,08	1.941.901,24
Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	1.673.879,14	0,00	0,00	626.346,74	4.348.101,23	6.648.327,11	774.498,14	774.498,14	349.257,41	349.257,41	0,00	605.846,50	0,00	5.693.223,20
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação -FAEC	813,00	0,00	0,00	142,31	0,00	955,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	631,50	1.586,81

Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID
Ministério da Saúde / Secretaria Executiva - DATASUS
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
Procuradoria Federal no Distrito Federal

SIOPS 6º Bimestre 2015

UF: Amazonas

Municipio: Manaus - AM - 130260

Demonstrativo da execução financeira dos recursos do SUS, por bloco de financiamento.

Bloco de Financiamento	Receitas						Despesas (7)					Movimentação Financeira (8)		
	Transferências fundo a fundo			Oper. Crédito/ Rend./ Outros Nº (3.1)	Recursos Próprios (4)	Total (5)	Dotação Atualizada 2015	Despesa Empenha até o 6º Bimestre 2015	Despesa Liquidada até o 6º Bimestre 2015	Despesa Paga até o 6º Bimestre 2015	Despesa Orçada 2016	Restos a Pagar Outros Pagamen-tos	Saldo Financeiro no Exercício Anterior	Saldo Financeiro no Exercício Atual
	Federal (1)	Estadual (2)	Outros Municípios (3)											
CNRAC - Centro Nacional Regulação de Alta Complex.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Terapia Renal Substitutiva	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Cornea	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Rim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Fígado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Pulmão	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Coração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transplantes - Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	813,00	0,00	0,00	142,31	0,00	955,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	631,50	1.586,81
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância em Saúde	23.657.063,05	0,00	0,00	5.760.453,43	4.791.049,60	34.208.566,08	37.688.853,08	27.467.637,38	20.408.838,14	17.663.661,46	39.539.000,00	4.675.472,01	39.544.984,07	51.414.416,68
Vigilância Epidmiológica e Ambiental em Saúde	22.736.479,90	0,00	0,00	5.247.265,72	3.519.421,25	31.503.166,87	34.753.853,08	25.769.916,38	19.233.123,60	16.554.113,12	36.482.000,00	4.447.893,91	36.551.682,06	47.052.841,90
Vigilância Sanitária	920.583,15	0,00	0,00	513.187,71	1.271.628,35	2.705.399,21	2.935.000,00	1.697.721,00	1.175.714,54	1.109.548,34	3.057.000,00	227.578,10	2.993.302,01	4.361.574,78
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assistência Farmacêutica	8.566.582,20	0,00	0,00	833.871,18	3.182.713,83	12.583.167,21	32.674.397,56	21.666.734,10	19.716.347,40	13.066.396,83	19.428.000,00	1.321.401,40	6.680.972,09	4.876.341,07
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	8.566.582,20	0,00	0,00	833.871,18	3.182.713,83	12.583.167,21	32.674.397,56	21.666.734,10	19.716.347,40	13.066.396,83	19.428.000,00	1.321.401,40	6.680.972,09	4.876.341,07
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00	162.805,94	207.544.171,45	207.706.977,39	237.918.592,93	220.079.887,41	219.910.413,77	201.508.929,73	219.407.000,00	6.389.787,06	1.595.816,44	1.404.077,04
Qualificação da Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00	55.210,50	343.044,11	398.254,61	0,00	55.200,00	55.200,00	55.200,00	0,00	119.033,21	238.793,83	462.815,23
Implantação de Ações e Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	107.595,44	1.097.473,71	1.205.069,15	0,00	22.366,00	22.366,00	22.366,00	0,00	241.441,34	0,00	941.261,81
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	0,00	0,00	0,00	0,00	206.103.653,63	206.103.653,63	237.918.592,93	220.002.321,41	219.832.847,77	201.431.363,73	219.407.000,00	6.029.312,51	1.357.022,61	0,00
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	120.000,00	0,00	0,00	1.279.757,74	0,00	1.399.757,74	9.499.345,49	912.810,60	853.116,45	394.015,55	3.841.000,00	0,00	11.465.359,20	12.471.101,39

Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID
Ministério da Saúde / Secretaria Executiva - DATASUS
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
Procuradoria Federal no Distrito Federal

SIOPS 6º Bimestre 2015

UF: Amazonas

Município: Manaus - AM - 130260

Demonstrativo da execução financeira dos recursos do SUS, por bloco de financiamento.

Bloco de Financiamento	Receitas						Despesas (7)					Movimentação Financeira (8)		
	Transferências fundo a fundo			Oper. Crédito/ Rend./ Outros Nº (3.1)	Recursos Próprios (4)	Total (5)	Dotação Atualizada 2015	Despesa Empenha até o 6º Bimestre 2015	Despesa Liquidada até o 6º Bimestre 2015	Despesa Paga até o 6º Bimestre 2015	Despesa Orçada 2016	Restos a Pagar Outros Pagamen-tos	Saldo Financeiro no Exercício Anterior	Saldo Financeiro no Exercício Atual
	Federal (1)	Estadual (2)	Outros Municípios (3)											
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prestação de Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	0,00	2.215,04	964.806,06	967.021,10	0,00	400.568,73	400.568,73	400.568,73	0,00	746.104,95	382.452,90	202.800,32
RECEITAS - DESPESAS TOTAL	144.610.292,64	6.438.565,48	0,00	15.624.750,21	587.565.385,83	754.238.994,16	852.070.520,71	749.988.088,39	728.428.061,87	669.438.408,63	833.297.500,00	74.149.452,49	111.994.188,02	122.645.321,06

1)Os repasses federais são importados dos dados preenchidos nas pastas de receita (Direta e Indireta).
2)Nesta coluna deverão ser preenchidos os montantes transferidos pelo estado, referentes a cada bloco de gestão. Deverá ser colocado o montante global do bloco na linha referente a Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo (6).
3)Nesta coluna deverão ser preenchidos os montantes transferidos por outros municípios referentes a cada bloco de gestão. Deverá ser colocado o montante global do bloco na linha referente a Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo (6).
3.1)Nesta coluna deverão ser preenchidos os montantes aplicados pelo município, com Operação de Crédito - Rendimentos - Outros, em cada bloco de gestão. Deverá ser colocado o montante global do bloco na linha referente a Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo (6).
4)Nesta coluna deverão ser preenchidos os montantes transferidos por outros municípios referentes a cada bloco de gestão. Deverá ser colocado o montante global do bloco na linha referente a Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo (6).
5)Total de receitas realizadas, por bloco de gestão, englobando as receitas transferidas pela União, pelo estado e por outros municípios; outras transferências e as receitas próprias do município.
6)Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo.
7)Nestas colunas deverá ser demonstrada a execução financeira distribuída nas três colunas Dotação, Empenhada, Liquidada, Paga e Orçada, conforme o montante apurado na coluna Receitas Total(6), por bloco de gestão. Deverá ser colocado o montante global do bloco na linha referente a Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo (6).
8) Nestas colunas deverão ser demonstrados os montantes relativos a Restos a Pagar Outros Pagamentos, Saldo financeiro anterior e Saldo financeiro Atual. O sistema irá checar se o total das receitas mais saldo financeiro anterior será igual ou maior que às despesas pagas.

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE GESTÃO

2015

ANEXO V

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DO ATENDIMENTO DAS RESSALVAS APRESENTADAS NO PARECER Nº 005/2016 - CPOFIN/CMS/MAO

MEMO. 017/2016 - DIPLA/DPLAN/SUBGAP/SEMSA

MEMO. 217/2016-SETEC/CMS/MAO

MEMO. 022/2016 - CPOFIN/CMS/MAO

PARECER Nº 005/2016 - CPOFIN/CMS/MAO

INDICADORES FINANCEIROS DA DESPESA (SIOPS - 2015) - GERÊNCIA DE CONTABILIDADE - DFMS

RELATÓRIO DA PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA (SIA/SUS) - 2015

RELATÓRIO DA PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (SIA/SIH/SUS) - 2015

RESOLUÇÃO Nº 033/2016 DE 20 DE JULHO DE 2016

PREFEITURA DE MANAUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis
Manaus/AM – 69057 002
Tel.: (92) 3236-5904 – DIPLA
3236-9038 - DPLAN
www.manaus.am.gov.br

MEMO. Nº 017/2016 – DIPLA/DPLAN/SUBGAP/SEMSA

Manaus, 15 de agosto de 2016.

DA: DIVISÃO DE PLANEJAMENTO – DIPLA/DPLAN
PARA: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS/MAO
Att. Presidente do CMS: Gilson Aguiar da Silva

RECEBIDO
SETEC/CMS/MAO
Em: 15/08/2016
Às: 16:30 h
Por: Francisca

Senhor Presidente,

Em atenção ao Memo. Nº 217/2016 – SETEC/CMS/MAO, de 28.07.16, que trata do Parecer nº 005/2016-CPOFIN/CMS/MAO, favorável à aprovação do Relatório de Gestão 2015/SARGSUS/SEMSA, com ressalvas apresentadas e acatadas na 7ª Assembleia Geral Ordinária, realizada no dia 20.07.2016.

Da conclusão do referido parecer, esclarecemos os itens com as ressalvas apresentadas:

1. Encaminhamos o quadro demonstrativo dos percentuais da execução da despesa, elaborado pela Gerência de Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde/SEMSA, complementando a Análise sobre os Indicadores Financeiros, referente ao item 8 do RG 2015.

2. Encaminhamos as planilhas solicitadas referentes à Produção dos Serviços de Saúde (Atenção Básica e MAC), complementando a análise que trata o item 3 do relatório na *"Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS"*. Informamos que essas planilhas serão anexadas no relatório em questão no SARGSUS.

Ressaltamos que o Relatório de Gestão 2015 foi enviado via sistema no dia 30.03.2016, cumprindo o **prazo legal**, sendo informado ao CMS o envio na mesma data, via e-mail, bem como encaminhado 15 cópias físicas por meio do Memo. 004/2016 – DIPLA/DPLAN, no dia 01.04.2016, ou seja, em tempo hábil para apreciação da CPOFIN/CMS/MAO, considerando o calendário das Assembleias Ordinárias do CMS/2016.

Atenciosamente,

Waldise Fragoso Fernandes
Chefe da Divisão de Planejamento em Saúde

De acordo

Aline Rosa Martins Freire Costa
Diretora do Departamento de Planejamento

PREFEITURA DE
MANAUS
Saúde

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N Conj.Santos Dumont | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Memo. nº 217/ 2016 – SETEC/CMS/MAO

Manaus, 28 de julho de 2016.

Para: Departamento de Planejamento – DPLAN/SEMSA
Att.:. Sra. Aline Rosa Martins Freire Costa

Senhora Diretora,

Cumprimentando Vossa Senhoria e em atenção ao disposto no Memorando nº 022/2016-CPOFIN/CMS/MAO que trata do **encaminhamento, em regime de urgência, do Parecer nº 005/2016-CPOFIN/CMS/MAO, que trata do Relatório de Gestão – RG-2015/SEMSA, incluindo as ressalvas apresentadas na 7ª Assembleia Geral Ordinária do CMS/MAO**, realizada no dia 20.07.2016.

Pelo exposto, estamos enviando cópia do referido Parecer, bem como da Resolução nº 033/2016 – CMS/MAO, de 20.07.2016, que aprovou, pela maioria, com ressalvas, o Relatório Anual de Gestão-RG 2015, modelo SARGSUS, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-SEMSA e a respectiva Prestação de Contas referente ao exercício de 2015.

Atenciosamente,

Maria de Nazaré de Morais Campos
Secretária Executiva do CMS/MAO.

DPLAN
RECEBIDO
em 28.07.16
às 15:35

PREFEITURA DE MANAUS Saúde

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N
Conj.Santos | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Memo. nº. 022/2016 – CPOFIN /CMS/MAO

Manaus, 25 de julho de 2016.

Da: Coordenação da Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças – **CPOFIN-CMS/MAO**

Para: Presidente do CMS/MAO
Gilson Aguiar da Silva

Gilson Aguiar da Silva
Presidente do CMS/MAO

Senhor Presidente,

Cumprimentando Vossa Senhoria, venho por meio deste **encaminhar, em regime de urgência, o Parecer nº 005/2016-CPOFIN/CMS/MAO, reemitido em 20.07.2016, sobre Relatório Anual de Gestão – RAG/SEMSA 2015,** incluindo as ressalvas apresentadas na 7ª Assembleia Geral Ordinária do CMSD/MAO, realizada no dia 20.07.2016, para as providências subsequentes.

Atenciosamente,

Elton de Jesus Correa de Souza
Conselheiro Coordenador da Comissão de Planejamento,
Orçamento e Finanças - **CPOFIN**

PREFEITURA DE MANAUS Saúde

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N Conj. Santos | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br

***Parecer nº. 005/2016 – CPOFIN/CMS/MAO**

Assunto: Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG - 2015

A Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças – **CPOFIN** do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências e atribuições legais emite o presente parecer sobre o **Relatório Anual de Gestão – RAG – 2015: (incluindo a Prestação de Contas deste exercício**), conforme segue.

Da Análise

No intuito de dar publicidade e tornar públicas as ações realizadas em saúde no Município de Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, apresenta ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO, o **Relatório Anual de Gestão – RAG – 2015,** em conformidade com a **Lei Complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012 e a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde;

Com base nos documentos que consolidaram o **Relatório Anual de Gestão – RG - 2015,** enviado pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Ofício nº 0853/2016-DFMS/SEMSA, emitido em 02.03.2016, que encaminhou a Prestação de Contas 2015 do Fundo Municipal de Saúde e do Memo. nº 004/2016-DIPLA/DPLAN/SUBGAP/SEMSA, emitido em 01.04.2016, pelo qual o DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO-DPLAN, trouxe informações cumulativas das metas físicas e financeiras no âmbito da saúde para análise e aprovação deste Conselho Municipal de Saúde, configurado como documento que sistematiza o trabalho realizado pelas áreas técnicas, e que foi elaborado em conformidade com a Programação Anual de Saúde – PAS 2015.

O **RG** foi construído através da ferramenta SARGSUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão) e apresenta em sua composição as informações sobre: demografia e dados de morbimortalidade; rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviços ao SUS; quantitativo dos profissionais do SUS; indicadores do SISPACTO; resultado da execução da Programação Anual de Saúde de 2015; demonstrativos da aplicação e utilização dos recursos e controle social e participação popular;

Considerando o resultado das reuniões e apresentações que foram conduzidas pela Sra. **Aline Rosa Martins Freire Costa,** Diretora do DPLAN, onde os instrumentos de planejamento supracitados foram discutidos detalhadamente com os membros da CPOFIN, e depois, em reunião ampliada, com todos os Conselheiros do CMS/MAO.

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N Conj. Santos | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br

Os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas foram estruturados, conforme **Resolução do CNS nº 459 de 10/10/2012**, que aprova o Modelo Padronizado de Relatórios Quadrimestrais, dividido em três capítulos:

1. Demonstrativo das Receitas e Despesas no período, por bloco de financiamento;
2. Informações sobre Auditorias;
3. Rede Física de Serviços Públicos de Saúde – próprios e privados contratados e produção de serviços ambulatorial e hospitalar.

O **Relatório Anual de Gestão - RAG** contém as informações estabelecidas pelo Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS, dentre elas: demonstrativos das diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde; demonstrativo orçamentário – despesas com saúde; auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e recomendações etc.

Considerando que a população informada pelo TCU para Manaus em 2015 era de 2.057.711 habitantes concentrada quase que 100,00% na área urbana;

Considerando a tabela de mortalidade e de morbilidade por Causas Externas que evidenciou 1.719 óbitos, observando-se que o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos;

Considerando a análise sobre a morbidade hospitalar onde as causas foram devidos as doenças do aparelho respiratório com 25.007 onde a maior ocorrência dos casos verifica-se nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, e 80 anos e mais;

Considerando que os Estabelecimentos de Saúde que integram a Rede Municipal de Saúde totalizam 327 unidades, com a maioria dos serviços desenvolvendo ações de atenção primária, totalizando 226 unidades, representando 67.24% do total dos estabelecimentos municipais, porém a Secretaria Municipal de Saúde também oferta serviços especializados, através dos Centros de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial, Policlínicas, Laboratórios de Apoio Diagnóstico, Exames de Imagens e um Hospital especializado (Maternidade), Unidades do SAMU, Unidade Móvel Fluvial e Unidades Móveis Terrestres, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde;

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N Conj. Santos | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus possui 19.381 profissionais, destes, 19.381 apresentam vínculo empregatício, sendo 11.051 estatutários (53,67%), 1.253 são celetistas (7,37%), 6.608 são contratados por prazo determinado (38,91%);

Considerando que em 2015 foi elaborado o Planejamento Estratégico no sentido de construir redes de cuidado, que no conjunto contribuíram para o processo de construção da Rede Saúde Manauara, onde foi alcançado um percentual de 88,38% na execução do orçamento previsto para 2015;

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde em seu Planejamento Estratégico apresentou prioridades no sentido de reduzir a morbimortalidade materno infantil, reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama, reduzir a mortalidade por causas externas, reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e reduzir a morbimortalidade por doenças endêmicas;

Considerando a ampliação do acesso e manutenção das atividades de promoção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, com o apoio às atividades das organizações da sociedade civil, treinamento de profissionais de saúde em manejo e testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites (B e C) aumentando de 29 para 62 o número de unidades para realização dos testes para HIV, Sífilis e Hepatites (B e C), contribuindo para evidenciar a transmissão do HIV/AIDS como problema de Saúde Pública.

Considerando que os indicadores mesmo coma falta da implantação do Plano de Redução da mortalidade materna infantil em 246 Unidades de Saúde, houve uma melhora na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas, tendo como meta 43% e atingindo 46,60% em 2015.

Considerando que as metas das ações atingiram somente 46,37% onde se espera um porcentual maior, tendo em vista a crise política financeira que passa o país, a secretaria e seus colaboradores tentaram exaustivamente melhorar as condições de saúde da população manauara.

Dos Destaques

Considerando os relatos do processo de discussão, que ocorreram nos dias 24/04, 10 e 11/05, assim como nos dias 07, 13 e no período 14/06 a 01/07/2016, onde constam as manifestações

dos conselheiros presentes às discussões, tendo em vista os registros apontados nos Relatórios de Auditoria, onde os destaques referentes às recomendações, feitas pelos mesmos possam ser atendidas e solucionadas por suas respectivas áreas técnicas, em tempo hábil a apresentação e fechamento da RAG vigente, emitimos o presente Parecer.

Conclusão do Parecer:

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde cumpriu o que está posto na Lei Complementar 141/12, em relação ao envio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, Relatório Anual de Gestão – 2015 e a Prestação de Contas da SEMSA ao Conselho Municipal de Saúde;

Considerando que as transferências de recursos para o financiamento da atenção básica corresponderam a 39,80% do total dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS. Observando os valores apresentados no demonstrativo da execução financeira, a Prefeitura de Manaus, investiu com recursos próprios 78,68% do valor total de recursos aplicados na saúde, justificados pela responsabilidade com a execução das ações da atenção primária;

Considerando que o Município de Manaus aplicou em saúde R$ 384,48 por habitante/ano, o gasto com pessoal representou 69,81% da despesa total com saúde, com medicamentos 2,48% em investimentos. As transferências para a saúde representaram 24,71%% da despesa total do Município com saúde, em cumprimento ao que estabelece a LC 141/2012 sobre o percentual da aplicação de recursos para a saúde, o Município de Manaus aplicou 22,23% da sua receita própria, valor 7,23% acima do preconizado na Legislação Federal;

Considerando o exposto acima e que o Relatório Anual de Gestão – 2015 constituem-se instrumentos básicos de acompanhamento e avaliação anual das ações e serviços de saúde, expressas a partir do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, e que o Conselho Municipal tem a finalidade de exercer a fiscalização e o controle social na execução dessas ações.

A Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças – CPOFIN, responsável pela Relatoria dessa matéria, com a anuência de todos os conselheiros do CMS-MAO que participaram das etapas de discussão e avaliação do **Relatório Anual de Gestão – 2015, emite** o presente **Parecer nº. 005/2015**, **FAVORÁVEL À APROVAÇÃO** desse **Relatório, incluindo a**

Conselho Municipal de Saúde de Manaus
Rua Comte. Paulo Lasmar S/N Conj. Santos | CEP 69049-110 |
Tel.: 3214-7720 | Disque Denuncia de Saúde: 0800 280 8485
cms.sms@pmm.am.gov.br

Prestação de Contas, exercício 2015, com as seguintes ressalvas*, acatadas na 7ª Assembleia Geral Ordinária, realizada no dia 20.07.2016:

1 – Na análise sobre os Indicadores Financeiros verifica-se que, em relação as Despesas por Natureza o percentual só alcança o montante de 86,32%, inexistindo informações sobre os 13,68% restante;

2 – Em relação a Produção dos Serviços, deverá ser acrescentado uma Planilha com os dados separados por Gestão. Exemplificando em 2015 do Total de 7.158.368 Procedimentos de Atenção Básica, 7.044.342 referem-se a Gestão Municipal e, 114.026 a Gestão Estadual. Quanto a Atenção de Médica e Alta Complexidade do Total de 37.846.155 Procedimentos realizados, 4.693.842 referem-se a Gestão Municipal e 33.152.313 a Gestão Estadual.

Ressalta-se que o monitoramento e avaliação da SEMSA dar-se-ão pelo CMS-MAO, através dos relatórios quadrimestrais, em caráter permanente, de acordo com o que dispõe as normas em vigor.

Que as metas que não foram alcançadas possam ser melhoradas, assim como a entrega do RAG seja em tempo hábil para apreciação.

É o parecer.

Manaus, 20 de julho de 2016.

MEMBROS

Elton de Jesus Correa de Souza
Coordenador

Dartanhã Gonçalves da Silva
1º Secretário-membro

Eliete da Silva Siqueira
2ª Secretária

Alexandre Magno Cardoso de Oliveira
Membro

João Bosco de Lima
Membro

Marcilei Pinto da Silva
Membro

Francisco Gilson Barroso Mota
Membro

Glauciomar de Assis Passos Nogueira
Membro

Marlene da Silva de Souza
Membro

Dayanny Cordeiro de Araujo
Membro

PREFEITURA DE MANAUS

ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Indicadores Financeiros da Despesa (Fonte: SIOPS-2015)

Pessoal	69,81%
Medicamentos	2,46%
Serviços de Terceiros - P. Jurídica	13,21%
Investimentos	0,82%
Diárias	0,01%
Material Odontológico	0,75%
Material Laboratorial	2,14%
Material Hospitalar	0,71%
Outros Materiais de Consumo	2,01%
Outros Materiais de Dist. Gratuita	0,93%
Passagens e Despesas de Locomoção	0,01%
Serviços de Terceiros - P. Física	0,27%
Auxílio Alimentação	1,07%
Outros Auxílios Financeiros - P. Física	0,14%
Auxílio Transporte	1,18%
Despesas de Exercícios Anteriores	3,49%
Indenizações e Restituições	0,99%

Ana Maria Moura de Sá
Gerente de Contabilidade
SEMSA

PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

DEMONSTRATIVO POR DISTRITO DE SAÚDE

QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS APRESENTADOS (GRUPO E SUBGRUPO) MANAUS - ANUAL 2015	Estabelecimentos sob Gestão Municipal por Distrito de Saúde						GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO ESTADUAL	TOTAL GERAL
	SUL	LESTE	NORTE	OESTE	RURAL	UN. MÓVEL			
01 Ações de promoção e prevenção em	**765.190**	**420.678**	**661.506**	**500.530**	**124.886**	**2.264**	**2.475.054**	**45.299**	**2.520.353**
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	765.190	420.678	661.506	500.530	124.886	2.264	2.475.054	45.299	2.520.353
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	**149.461**	**133.168**	**184.442**	**168.498**	**9.572**	**-**	**645.141**	**78.904**	**724.045**
0201 Coleta de material	89.708	101.268	119.481	105.066	3.153	-	418.676	5.746	424.422
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	53	1.717	4.035	8.570	1.032	-	15.407	41.953	57.360
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	124	7	27	107	4	-	269	-	269
0214 Diagnóstico por teste rápido	59.576	30.176	60.899	54.755	5.383	-	210.789	31.205	241.994
03 Procedimentos clínicos	**900.798**	**600.296**	**901.287**	**797.026**	**87.778**	**8.502**	**3.295.687**	**376.399**	**3.672.086**
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	823.867	531.176	785.775	709.798	79.927	1.481	2.932.024	336.362	3.268.386
0307 Tratamentos odontológicos	76.931	69.120	115.512	87.228	7.851	7.021	363.663	40.037	403.700
04 Procedimentos cirúrgicos	**69.896**	**53.019**	**47.912**	**47.548**	**3.859**	**140**	**222.374**	**14.394**	**236.768**
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	63.654	46.037	37.824	41.263	2.642	-	191.420	12.455	203.875
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	6	1	-	-	-	-	7	25	32
0414 Bucomaxilofacial	6.236	6.981	10.088	6.285	1.217	140	30.947	1.914	32.861
08 Ações complementares da atenção à saúde	**1.253**	**558**	**950**	**2.180**	**175**	**-**	**5.116**	**-**	**5.116**
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	1.253	558	950	2.180	175	-	5.116	-	5.116
Total	**1.886.598**	**1.207.719**	**1.796.097**	**1.515.782**	**226.270**	**10.906**	**6.643.372**	**514.996**	**7.158.368**

Fonte: Dados SIA/SUS. Arquivos de Produção Ambulatorial (Jan a Dez 2015). Atualizado em 1/08/2016

PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

ANUAL 2015

QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS APRESENTADOS (GRUPO E SUBGRUPO) MAC AMBULATORIAL	Estabelecimentos sob Gestão Municipal por Distrito de Saúde						GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO ESTADUAL	TOTAL
	SUL	LESTE	NORTE	OESTE	RURAL	UNID. MÓVEL			
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	**766**	**216**	**684**	**2.793**	**-**	**-**	**4.459**	**297.748**	**302.207**
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	766	216	684	2.635	-	-	4.301	297.382	301.683
0102 Vigilância em saúde	-	-	-	158	-	-	158	366	524
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	**730.993**	**884.098**	**1.230.969**	**859.029**	**8.004**	**14.985**	**3.728.078**	**11.413.865**	**15.141.943**
0201 Coleta de material	61	94	-	34	-	-	189	11.147	11.336
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	608.542	848.558	1.159.398	766.881	3.751	-	3.387.130	9.166.239	12.553.369
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	81.964	-	-	-	-	-	81.964	124.900	206.864
0204 Diagnóstico por radiologia	10.671	13.322	32.501	40.440	35	4.770	101.739	894.238	995.977
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	9.856	9.173	15.321	23.785	-	10.215	68.350	197.996	266.346
0206 Diagnóstico por tomografia	-	-	-	-	-	-	-	64.950	64.950
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	-	-	-	-	-	-	-	25.325	25.325
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	-	-	-	-	-	-	-	8.675	8.675
0209 Diagnóstico por endoscopia	-	-	-	-	-	-	-	18.080	18.080
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	877	877
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	11.318	7.336	12.604	12.911	-	-	44.169	566.674	610.843
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	295.301	295.301
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	-	-	-	148	-	-	148	5.528	5.676
0214 Diagnóstico por teste rápido	8.581	5.615	11.145	14.830	4.218	-	44.389	33.935	78.324
03 Procedimentos clínicos	**133.254**	**79.520**	**76.815**	**601.981**	**-**	**56.504**	**948.074**	**15.819.509**	**16.767.583**
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	115.616	69.861	62.315	579.939	-	56.504	884.235	15.071.406	15.955.641
0302 Fisioterapia	12.192	7.558	9.130	16.455	-	-	45.335	321.602	366.937
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	52	3	46	16	-	-	117	51.322	51.439
0304 Tratamento em oncologia	-	-	-	-	-	-	-	68.422	68.422
0305 Tratamento em nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	109.299	109.299
0306 Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	143.345	143.345
0307 Tratamentos odontológicos	5.370	2.097	5.279	5.571	-	-	18.317	48.486	66.803
0309 Terapias especializadas	24	1	45	-	-	-	70	5.627	5.697
04 Procedimentos cirúrgicos	**3.166**	**7.306**	**1.999**	**6.282**	**2**	**-**	**18.755**	**242.849**	**261.604**
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	310	6.594	-	4.375	2	-	11.281	173.160	184.441
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	404	-	62	107	-	-	573	7.785	8.358
0405 Cirurgia do aparelho da visão	-	-	-	-	-	-	-	22.406	22.406
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	-	1.028	1.028
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos	-	-	-	-	-	-	-	1.603	1.603
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	-	-	-	-	-	-	-	641	641
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	1.155	1.155
0410 Cirurgia de mama	-	-	-	-	-	-	-	14	14
0411 Cirurgia obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	5	5
0412 Cirurgia torácica	-	-	-	-	-	-	-	51	51
0413 Cirurgia reparadora	-	-	-	-	-	-	-	141	141
0414 Bucomaxilofacial	2.452	712	1.937	1.800	-	-	6.901	21.689	28.590
0415 Outras cirurgias	-	-	-	-	-	-	-	11.025	11.025
0417 Anestesiologia	-	-	-	-	-	-	-	974	974
0418 Cirurgia em nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	1.172	1.172
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**14.659**	**14.659**
0501 Coleta e exames para fins de doação de orgãos, tecidos e células e de transplante	-	-	-	-	-	-	-	10.955	10.955
0503 Ações relacionadas a doação de orgãos e tecidos para transplante	-	-	-	-	-	-	-	474	474
0505 Transplante de orgãos, tecidos e células	-	-	-	-	-	-	-	197	197
0506 Acompanhamento e intercorrencias no pré e pós-transplante	-	-	-	-	-	-	-	3.033	3.033
06 Medicamentos	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**5.198.459**	**5.198.459**
0604 Componente Especializado da Assitencia Farmaceutica	-	-	-	-	-	-	-	5.198.459	5.198.459
07 Órteses, próteses e materiais especiais	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**7**	**7**
0701 Orteses, proteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	7	7
TOTAL	**868.179**	**971.140**	**1.310.467**	**1.470.085**	**8.006**	**71.489**	**4.699.366**	**32.987.096**	**37.686.462**

PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

QTDE. DE PROCEDIMENTOS (GRUPO E SUBGRUPO) MAC HOSPITALAR - MANAUS	ANUAL 2015		
	GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO ESTADUAL	TOTAL
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	**-**	**48**	**48**
0201 Coleta de material	-	43	43
0209 Diagnóstico por endoscopia	-	5	5
03 Procedimentos clínicos	**2.644**	**62.380**	**65.024**
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	-	2.065	2.065
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	741	37.833	38.574
0304 Tratamento em oncologia	-	1.329	1.329
0305 Tratamento em nefrologia	-	1.026	1.026
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	-	1.254	1.254
0310 Parto e nascimento	1.903	18.873	20.776
04 Procedimentos cirúrgicos	**1.523**	**42.391**	**43.914**
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	-	299	299
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	-	197	197
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	-	774	774
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	-	992	992
0405 Cirurgia do aparelho da visão	-	536	536
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	-	1.989	1.989
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	16	9.637	9.653
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	-	4.334	4.334
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	358	3.906	4.264
0410 Cirurgia de mama	-	368	368
0411 Cirurgia obstétrica	1.149	14.685	15.834
0412 Cirurgia torácica	-	606	606
0413 Cirurgia reparadora	-	1.337	1.337
0414 Bucomaxilofacial	-	47	47
0415 Outras cirurgias	-	2.013	2.013
0416 Cirurgia em oncologia	-	671	671
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	**-**	**207**	**207**
0503 Ações relacionadas à doação de orgãos e tecidos para transplante	-	165	165
0505 Transplante de orgãos, tecidos e células	-	12	12
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	-	30	30
Total	**4.167**	**105.026**	**109.193**

Fonte: Dados SIH/SUS. Arquivos de Reduzidos de AIH (Jan a Dez 2015). Atualizado em 1/08/2016

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 033 DE 20 DE JULHO DE 2016

Dispõe sobre a aprovação do Relatório Anual de Gestão– RG-2015-SARGSUS, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-SEMSA.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094 de 09 de janeiro de 2007, em sua **7ª Assembleia Geral Ordinária de 2016**, realizada no dia 20 de julho de 2016, **considerando:**

1. o disposto na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;

2. o disposto na Lei Federal nº 8.142 de 28.12.90 que legitima a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde;

3. o disposto na Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094 de 09 de janeiro de 2007;

4. o disposto na Portaria MS 2.135/2013 de 25.09.2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

5. a Lei complementar nº 141 de 13.01.2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estado, Distrito Federal e Municipais em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde;

6. o disposto no Memo. nº 004/2016-DIPLA/DPLAN/SUBGAP/SEMSA, pelo qual o Departamento de Planejamento encaminhou o **Relatório Anual de Gestão –RG 2015**, de acordo com a PAS 2015, para apreciação e deliberação do Conselho Municipal de Saúde de Manaus;

7. o disposto no **Parecer nº 005/2016-CPOFIN/CMS/MAO** da Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças-CPOFIN datado de 18.07.2016, que trata da análise sobre o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus- SEMSA-RG-2015 e da respectiva Prestação de Contas, **com manifestação favorável à aprovação deste relatório;**

8. as aprovações anteriores deste Conselho referentes aos **1º, 2º e 3º Quadrimestres do Relatório de Gestão – SEMSA – SARGSUS-2015** da Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA;

9. a apresentação, discussões e a votação ocorridas nesta Plenária.

Resolve:

1. **Aprovar**, pela maioria, com base no **Parecer nº 005/2016-CPOFIN/CMS/MAO** de 18.07.2016, expedido pela Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças-CPOFIN/CMS/MAO, o **Relatório Anual de Gestão-RG-2015, modelo SARGSUS, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus- SEMSA e a Prestação de Contas** referente ao exercício de 2015, com ressalvas.

Manaus, 20 de julho de 2016.

Gilson Aguiar da Silva
Presidente do CMS/MAO

Dartanhã Gonçalves da Silva
Vice - Presidente

Nara Núbia Garcia de Souza
1ª Secretária Executiva

Alexandre Magno Cardoso de Oliveira
2º Secretário Executivo

Homologo a Resolução nº 033/2016, de 20 de julho de 2016, nos termos do parágrafo 2º, Art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, combinado com o Decreto nº 7.871 de 27 de abril de 2005.

Homero de Miranda Leão Neto
Secretário Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 034 DE 20 DE JULHO DE 2016

Dispõe sobre substituição de conselheiros para mandato complementar no CMS/MAO.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094 de 09 de janeiro de 2007, em sua **7ª Assembleia Geral Ordinária de 2016**, realizada no dia 20 de julho de 2016, **considerando:**

1. o disposto na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;

2. o disposto na Lei Federal nº 8.142 de 28.12.90 que legitima a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde;

3. o disposto na Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094 de 09 de janeiro de 2007;

4. o disposto no Decreto Municipal nº 3.065, de 22 de abril de 2015, publicado no DOM nº 3.632, que recompõe o Conselho Municipal de Saúde de Manaus para o triênio 2015-2018 e dá outras providências;

5. o disposto no Art. 4º, do Cap. III do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 3.305 de 12.04.2016, que trata da Composição das Entidades do CMS/MAO;

6. o disposto no Art. 8º, do Cap. IV do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 3.305 de 12.04.16, que trata da substituição dos Representantes do CMS/MAO;

7. Ofício nº 067/2016-ACAR, recebido em 31.05.2016, emitido pela **Associação de Capoeira Arte Revelação, direcionado ao Presidente do CMS/MAO**, indicando a Senhora **Marcilela da Silva Carvalho**, para Representante no Conselho Municipal de Saúde de Manaus-CMS/MAO, em substituição ao Senhor **Juzinei da Silva Valente**;

8. as discussões e a votação ocorridas nesta Plenária.

Resolve:

1. **Homologar**, por unanimidade, a indicação do nome da Sra. **Marcilela da Silva Carvalho**, como representante Suplente da **Associação de Capoeira Arte Revelação-ACAR**, para compor o Conselho Municipal de Saúde de Manaus-CMS/MAO, no assento das Entidades de **Movimento Negro Residentes no Município de Manaus**, no segmento dos usuários, em substituição ao conselheiro **Juzinei da Silva Valente**, com mandato complementar, a contar desta data.

Manaus, 20 de julho de 2016.

Gilson Aguiar da Silva
Presidente do CMS/MAO

Dartanhã Gonçalves da Silva
Vice - Presidente

Nara Núbia Garcia de Souza
1ª Secretária Executiva

Alexandre Magno Cardoso de Oliveira
2º Secretário Executivo

SEM VALOR OFICIAL