



SISTEMA OPERACIONAL DE SAÚDE

FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO 2ª ETAPA DO ACORDO DE RESULTADOS

PERÍODO DE REFERÊNCIA: 2010

Nota Média Parcial 9,79

Belo Horizonte, Março de 2011



SUMÁRIO

ITEM	PÁGINA
1 - INTRODUÇÃO	4
2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO	5
2.1 – EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS	5
2.2 – EQUIPE GABINETE	12
2.3 – EQUIPE ASSESSORIA JURÍDICA	13
2.4 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL	16
2.5 - EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO	18
2.6 - EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA	21
2.7 - EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA	27
2.8 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE ALÉM PARAÍBA – ALP	32
2.9 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM – BET	34
2.10 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS - DIV	36
2.11 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA – DIA	38
2.12 - EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE – HBH	40
2.13 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA DO HOSPITAL JULIA KUBITSCHECK - HJK	43
2.14 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES – GOV	45
2.15 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA – ITU	47



2.16 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA – JFO	49
2.17 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇU – MÇU	51
2.18 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS - MOC	52
2.19 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE - PAL	54
2.20 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS - PAS	55
2.21 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS – PMI	57
2.22 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA – PNO	58
2.23 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS - POC	60
2.24 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REI – SJR	62
2.25 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS - SLA	63
2.26 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA – UDI	65
2.27 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA – URA	67



1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório se destina a fornecer informações sobre o desempenho das equipes de trabalho que compõem a Secretaria de Estado da Saúde/Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais no alcance das metas e resultados pactuados na 2ª Etapa do Acordo de Resultados para o período compreendido entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2010.

Os dados e informações aqui relatados foram consolidados pela Equipe de Apoio à Gestão Estratégica, a partir de relatório elaborado pelas equipes Acordadas.

Os valores alcançados nos indicadores e marcos dos Itens Comuns da Agenda Setorial do Choque de Gestão foram levantados pelas unidades administrativas responsáveis pelo seu monitoramento.

Os demais dados, bem como as informações e justificativas aqui apresentadas foram obtidas junto às áreas responsáveis pela execução das metas, marcos e ações pactuados e correspondem à realidade dos fatos, pelo que assumimos a responsabilidade pela exatidão dos mesmos.

As fontes de comprovação dos resultados aqui apresentados estão organizadas e arquivadas junto à Equipe de Apoio à Gestão Estratégica (Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais) e podem ser consultadas a qualquer momento pela CAA, pela Auditoria Setorial/Seccional, pela Controladoria Geral do Estado ou por outros órgãos de controle e auditoria.

Belo Horizonte, 18 de março de 2011.

Júnia Guimarães Mourão Cioffi

PRESIDENTE

**2 - DESEMPENHO DAS EQUIPES DE TRABALHO****2.1 - EQUIPE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Índice de contratos (de atividades meio) renovados no prazo	75	94,04	97,06	%	10%	100%	98,72%	6
Índice de pagamento no prazo	80	96,94	94,43	%	10%	100%	92,64%	6
Números de dias de inscrição no CAUC	5	0	4	dias	10%	3	0	10
Taxa de aquisição de papel A4 reciclado	53	100	100	%	10%	80%	96,15%	10
Índice de compras eletrônicas	50	85,19	96,15	%	10%	90%	94,82%	10
Taxa de aquisição dos itens das famílias de Material de Escritório, Equipamentos Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais e de materiais Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais, de acordo com o modelo de Gestão Estratégica de Suprimentos – GES pelos órgãos/entidades.	-	-	-	%	10%	70%	97,9%	10
Taxa de adesão ao modelo de Gestão Estratégica de suprimentos – GES desenvolvido para a família de passagens aéreas.	-	-	-	dias	10%	10	10	10
Tempo médio para publicação de benefícios	-	-	20	dias	5%	30	34	5
Tempo médio para taxaço de benefícios	-	-	16	dias	5%	30	19	10
Percentual de inconsistências e necessidades de complementação de dados no SISAP sanados em 30 dias	-	-	100	%	5%	100%	100%	10



Efetividade do gerenciamento de vagas do Pades Único e cursos da FJP	-	-	-	%	10%	90%	96,44%	10
Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo	-	-	-	%	5%	80%	93,93%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,95

INDICADOR: Índice de contratos (de atividades meio) renovados no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
75	94,04	97,06	98,72
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR:			
Ressaltamos que o não cumprimento da meta anual é devido a não renovação do contrato 11/09, empresa Millipori Ltda com escritório central em São Paulo, ter alterado seu representante legal, no decorrer da execução contratual, sem comunicado a Fundação. Somente quando do recebimento do TA a empresa manifestou a alteração e encaminhou nova documentação.			

INDICADOR: Índice de pagamento no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80	96,94	94,43	92,64
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O indicador sofreu variação nos meses de fevereiro a dezembro de 2010, devido a pagamentos efetuados fora do prazo, com índice aumentado nos meses de maio, julho, setembro e outubro/10. Nos meses de janeiro a março/2010, houve 01 pagamento em atraso em cada mês. No mês de abril, houve 02 pagamentos em atraso. As justificativas apresentadas pelos responsáveis das faturas nas Unidades Regionais, em que houve o atraso do pagamento foram: greve dos correios, desvio da fatura e recebimentos de faturas para atesto após o vencimento. Foram tomadas as seguintes providências: <ul style="list-style-type: none">• Solicitação pelos responsáveis da prorrogação de prazo às Concessionárias, o que isentou ônus para a Fundação Hemominas para as futuras faturas;• Orientação às Unidades Regionais que apresentaram faturas para registro de pagamento fora do prazo no sistema SIAFI, que tenham maior controle do recebimento e vencimentos das faturas, com atitudes pró-ativas de consulta na Internet, para emissão de segunda via. O feedback foi satisfatório, pois não houve casos reincidentes nas Unidades Regionais, sendo evidenciado nos meses subsequentes. No mês de maio/10, houve 07 (sete) pagamentos em atraso, com ênfase para pagamento de despesas da CTBC Multimídia Data Net S/A, fatura nº 54362, com 38 (trinta e oito) dias de atraso. Solicitamos justificativas à área competente/GTC - Gerência de Tecnologia da Informação e			



Comunicação, que informou através da CI nº 031/2010 que a fatura foi extraviada, sendo necessária a emissão de outra fatura pela empresa sem prorrogação de prazo.

No mês de julho/10, houve 14 (quatorze) pagamentos em atraso, sendo nove faturas da CEMIG e COPASA, da Unidade de Belo Horizonte. De acordo com informações do CPG/GCF o atraso foi decorrente da mudança de endereço do Ambulatório e a demora na comunicação pelos responsáveis às concessionárias, o que gerou a despesa.

No mês de setembro/10 houve 08 (oito) pagamentos em atraso. A área competente CPG/GCF, foi acionada para apresentar as justificativas pelo não cumprimento do prazo de pagamento e planos de ação para corrigir o ocorrido. O responsável apresentou relatório demonstrando que as faturas foram recebidas e protocoladas na data do vencimento e que ocorreram também problemas na certificação digital de responsabilidade da PRODEMGE, por ser um sistema ON LINE.

No mês de outubro/10, houve 10(dez) pagamentos fora do prazo. Solicitamos justificativa ao CPG/GCF, que apresentou o seguinte fato: "o sistema SIAFI, foi bloqueado para emissão de empenhos e liquidações, conforme determinação da Resolução Conjunta SEF/ SEPLAG 7743 DE 15/10/2010, principal causa da ocorrência".

No mês de novembro/10, houve 04 (quatro) pagamentos em atraso. Solicitamos justificativas ao CPG/GCF, que informou que as faturas foram recebidas fora do tempo hábil para pagamento no sistema SIAFI. Solicitamos ainda, que o Contas a Pagar notifique os setores com a RNC (Registro de Não Conformidade) e elabore planos de ação para que o fato seja erradicado.

No mês de dezembro/10, houve 01 pagamento em atraso. De acordo com justificativa do CPG/GCF, o processo retornou após assinatura digital fora do prazo, devido a problemas no sistema da certificação digital. Diante deste fato foi orientado ao Contas a Pagar a elaboração de uma planilha para acompanhamento dos vencimentos das faturas.

INDICADOR: Números de dias de inscrição no CAUC			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
5	0	4	0
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
No exercício de 2010, devido a uma postura de acompanhamento efetivo pela Contabilidade/GCF da Fundação Hemominas, referente ao controle da validade das certidões negativas, não houve ocorrência no indicador, apresentando um resultado positivo para o alcance da meta.			
Cabe ressaltar, que no decorrer do exercício ocorreram problemas no sistema da CEF - Caixa Econômica Federal que poderiam afetar o indicador, se não fosse o efetivo controle da Contabilidade/GCF.			

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE**

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais

INDICADOR: Taxa de aquisição de papel A4 reciclado			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
53	100	100	96,15%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Somos favoráveis à manutenção da meta.			

INDICADOR: Índice de compras eletrônicas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
50	85,19	96,15	94,82%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A dificuldade para a execução de meta para realização de compras eletrônicas está relacionada ao descumprimento das regras de licitação por parte dos fornecedores e ao precário e demorado processo de penalização dos mesmos no Estado. Somos favoráveis à manutenção da meta.			

INDICADOR: Taxa de aquisição dos itens das famílias de Material de Escritório, Equipamentos Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais e de materiais Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais, de acordo com o modelo de Gestão Estratégica de Suprimentos – GES pelos órgãos/entidades.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	97,9%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Somos favoráveis à manutenção da meta. Precisa melhorar a qualidade dos materiais de escritório, odontológicos e laboratoriais comprados pelo Estado através de Registro de Preços. Melhorar também o nível de execução das atas de RP para aumentar a credibilidade do Estado junto aos fornecedores para, conseqüentemente, beneficiar qualidade e preço registrados.			

INDICADOR: Taxa de adesão ao modelo de Gestão Estratégica de suprimentos – GES desenvolvido para a família de passagens aéreas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	10	10
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta estabelecida para este indicador foi cumprida conforme prazo pactuado.			

INDICADOR: Tempo médio para publicação de benefícios			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	20	34
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A tramitação (análise da pasta funcional, certidão de contagem de tempo de serviço, validação da data de concessão do direito, emissão do ato, obtenção de assinatura do Diretor) dificultou a liberação da publicação em tempo hábil. Foi revisto o fluxo de tramitação para o cumprimento da meta estabelecida.			

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE**

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais

INDICADOR: Tempo médio para taxaço de benefcios			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	16	19
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta foi cumprida dentro do prazo estabelecido.			

INDICADOR: Percentual de inconsistências e necessidades de complementação de dados no SISAP sanados em 30 dias			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	100	100
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Todas as inconsistências foram sanadas dentro do prazo estabelecido.			

INDICADOR: Efetividade do gerenciamento de vagas do Pades Único e cursos da FJP			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	96,44%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Foram disponibilizadas 257 vagas para a Fundação Hemominas, dentre cursos da Fundação João Pinheiro e Curso de Atendimento ao Público (PADES Único). Consideramos um excelente índice de vagas disponibilizadas para a instituição, considerando o número de servidores que temos. Salientamos que neste ano o PADES as unidades regionais foram contempladas, o que nos remete à uma real envolvimento/aproveitamento, uma vez que as ações normalmente ficavam na região da Grande BH.			

INDICADOR: Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	93,93%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Total de PGDI a serem considerados na meta: 873			
Total de PGDI lançados: 820			
Percentual da meta: 93,93%			
O indicador foi incluído no Acordo de Resultados a partir de 2010.			
A equipe da GRH responsável pelo processo de avaliação de desempenho possui excelente domínio técnico e está sempre pronta para orientações necessárias. Porém, o cumprimento desta meta depende muito do comprometimento e empenho das chefias avaliadoras da Fundação.			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

INDICADOR: Índice de contratos (de atividades meio) renovados no prazo

Dentre as principais dificuldades encontradas destacamos a manifestação do gestor do contrato fora do prazo estipulado, e a falta de retorno da contratada, principalmente as localizadas fora do Estado de Minas em tempo hábil.

INDICADOR: Índice de pagamento no prazo

No exercício de 2010, a maior dificuldade no controle do Indicador “Índice de Pagamentos no Prazo”, foi o fato das faturas serem entregues fora do prazo para efetivo pagamento no Contas a Pagar/GCF. Mesmo com total empenho do responsável pelo setor que optou pela prioridade nos pagamentos, varias vezes foi inviável tal procedimento. Sugerimos como busca de soluções o total empenho dos gestores da Administração Central e Unidades Regionais, no controle do vencimento das faturas de concessionárias sob sua responsabilidade, para envio em tempo hábil para pagamento ao Contas a Pagar/GCF.

INDICADOR: Efetividade do gerenciamento de vagas do Pades Único e cursos da FJP

Não houve informações no decorrer dos cursos sobre os servidores que foram reprovados por aproveitamento, frequência ou desistência. Os responsáveis nas instituições, no nosso caso o TDE, não teve ciência dessas reprovações ao final de cada turma. Somente no final do exercício de 2010 que recebemos uma listagem de reprovados e, para um acompanhamento efetivo das ações de desenvolvimento de cada servidor, deveríamos ter ciência disso.

INDICADOR: Percentual de servidores com PGDI elaborado no prazo

Considerando que a meta é baseada na inclusão do PGDI no sistema SISAD (via web), várias foram as dificuldades devido aos problemas técnicos em função da rede. O cumprimento de prazos pelas chefias foi um fator dificultador, tendo em vista o grande volume de demandas de trabalho desta Fundação no ano de 2010, visando a Acreditação. Cultura de planejamento e controle ainda muito precária tanto na Instituição quanto no Estado, apesar do esforço do Governo neste sentido.

Marcelus Fernandes Lima

DIRIGENTE DA EQUIPE PGF



2.2 – EQUIPE GABINETE

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Média das notas das equipes, excluindo-se assessorias.	-	99,60	9,97	%	55	100	9,89	9,89

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Assinatura do termo de compromisso junto à Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais	Termo de compromisso assinado	30/06/10	45%	1	08/06/2010	zero	10

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,94

INDICADOR: Média das notas das equipes, excluindo-se assessorias.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	99,60	9,97	9,89
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Para o cálculo foram excluídas as notas das equipes (PRO, AUD, ATE, GAB e ACS), conforme consta no II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acordo de Resultados 2010.			

PRODUTO: Assinatura do termo de compromisso junto à Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
Não tivemos problemas na execução do produto, uma vez que todas as partes cumpriram com suas responsabilidades dentro dos prazos previstos.

Maria Isabel Pereira de C. Rafael Maia
DIRIGENTE DA EQUIPE GABINETE



2.3 – EQUIPE ASSESSORIA JURÍDICA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios, editais e processos do CAP.	-	6	4,89	Dias	20%	7 dias úteis	4,16	10
Percentual de proveito nos mandatos	-	-	-	%	10%	5%	75%	10
Percentual de proveito nas ações em que a FH é ré	-	-	-	%	10%	15%	100%	10
Percentual de liminares e medidas cautelares cassadas/indeferidas relação às ajuizadas contra à FH	-	-	-	%	10%	5%	67%	10
Percentual de decisões dos tribunais totalmente desfavoráveis à FH	-	-	-	%	10%	85%	25%	10
Somatório de valores inscritos em precatórios	-	-	-	R\$	10%	0,00	33.929,03	0
Média das notas das equipes, excluindo-se a Procuradoria	-	-	-	%	30%	100%	9,46	9,82

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,95

INDICADOR: Tempo médio para emissão de pareceres e notas jurídicas sobre licitações, contratos, convênios, editais e processos do CAP			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	6	4,89	4,16
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Ao longo do ano foram realizados 31 pareceres sobre licitação, contratos e convênios e editais.</p> <p>A dificuldade para a produção de pareceres varia de acordo com o tema, com a disponibilidade de material, de meios físicos e virtuais de pesquisa e do grau de conhecimento do parecerista.</p> <p>Embora a meta tenha sido superada com sucesso, o trabalho realizado exigiu enorme esforço dos servidores, cuja manutenção se mostra difícil a longo prazo. Recomenda-se, portanto, que a meta seja mantida em 07 dias úteis.</p>			

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE**

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais

INDICADOR: Percentual de proveito nos mandados			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	75%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O desempenho obtido reflete a qualidade e a rapidez com que as informações fornecidas pelos setores competentes subsidiam as peças processuais elaboradas pelos advogados, refletindo também a excelente capacidade técnica de nosso corpo de procuradores, cada vez mais exigido em face do aumento da demanda de ações judiciais e das demandas administrativas internas da instituição. A performance obtida, no entanto, poderá se reduzir de forma intensa, em razão da mudança do objeto dos mandados que eventualmente venham a ser impetrados, ou mesmo de política governamental que venha a ser adotada, devendo ser previamente orientada.			

INDICADOR: Percentual de proveito nas ações em que a FH é ré			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta foi atingida com sucesso, embora o excelente desempenho tenha sido facilitado pelas exclusões das ações cujos objetos não possuam conexão com qualquer ação ou omissão da Fundação Hemominas, tais como: ações de 10%, 160%, URV, adicional de insalubridade, progressão, reposicionamento, etc. Com ajuizamento recente das novas ações referentes ao 13º salário e 1/3 de férias da GIEFS, tal performance poderá diminuir ao longo de 2011 e 2012. Assim, sugere-se a manutenção da meta.			

INDICADOR: Percentual de liminares e medidas cautelares cassadas/indeferidas relação às ajuizadas contra à FH			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	67%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O desempenho obtido reflete a qualidade e a excelente capacidade técnica de nosso corpo de procuradores, cada vez mais exigido em face do aumento da demanda de ações judiciais. Embora a meta tenha sido superada com sucesso, o trabalho realizado exigiu enorme esforço dos servidores, cuja manutenção se mostra difícil ao longo prazo. Recomenda-se, portanto, que a meta mantida em 5%.			



INDICADOR: Percentual de decisões dos tribunais totalmente desfavoráveis à FH			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	25%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Ao longo do ano houve 26 processos julgados pelos Tribunais, sendo que sete deles, com decisões totalmente desfavoráveis a Fundação. A meta foi atingida com sucesso, embora o excelente desempenho tenha sido facilitado pelas exclusões das ações cujos objetos não possuam conexão com qualquer ação ou omissão da Fundação Hemominas, tais como: ações de 10%, 160%, URV, adicional de insalubridade, progressão, reposicionamento, etc. Com o ajuizamento recente das ações referente ao 13º salário e 1/3 de férias da GIEFS, tal performance poderá diminuir ao longo de 2011 e 2012. Assim sugere-se a manutenção da meta.			

INDICADOR: Somatório de valores inscritos em precatórios			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	R\$ 33.929,03
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Durante o período controlado houve a inscrição de precatório no valor de R\$33.929,03, referente ao processo TRT nº 000547/09-OR 001/09, Mandado R 00479/09 para pagamento até dezembro/2011. Saliente-se que nos anos anteriores não foram contabilizados os valores inscritos, já que estes decorreram de ações que foram excluídas do cálculo, em face de seus objetos (ações de 10%, 160%, URV, adicional de insalubridade, progressão, reposicionamento, etc.). Considerando-se que o parâmetro anterior era R\$ 0,00 (zero), solicitamos a exclusão deste indicador.			

INDICADOR: Média das notas das equipes, excluindo-se a Procuradoria			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	9,82
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Para o cálculo foram excluídas as notas da própria assessoria e da Auditoria, conforme consta no II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acordo de Resultados 2010.			

Magda Valéria Bonfim
DIRIGENTE DA EQUIPE PROCURADORIA



2.4 – EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Taxa de execução do plano anual de auditoria	-	100	100	%	70	90	100	10
Média das notas das equipes, excluindo-se a Auditoria.	-	-	-	%	30	100	9,46	9,82

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,95

INDICADOR “Taxa de execução do plano anual de auditoria”			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	100	100	100
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O Indicador estabelecido para Auditoria Seccional da Fundação Hemominas “percentual de execução do Plano Anual de Auditoria”, embora traduzido a somente um indicador, tem como base o cumprimento do Plano Anual de Auditoria, em 2010. No Plano Anual da Fundação Hemominas foram destacadas 25 (vinte e cinco) ações de Auditoria que demandaram, dentre outros, exame processual, emissão de certificados, de Notas Técnicas, de Parecer Técnico, Relatório de Auditoria, Atividades relacionadas à correição Administrativa, através do Núcleo de Correição da Hemominas, com emissão de parecer, relatórios e oitivas.</p> <p>Neste contexto, foi essencial a organização das atividades, o conhecimento técnico da equipe, embora desfalcada em dois servidores, que se desdobrou para o cumprimento efetivo do indicador, atingindo 100% da meta.</p> <p>Fonte: Relatório de Avaliação Anual – Superintendência Central de Auditoria Operacional SCAO – AUGE (exemplar do relatório de avaliação encontra-se arquivado na Auditoria Seccional).</p>			

INDICADOR “Média das notas das equipes, excluindo-se a Auditoria.”			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	9,82
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Para o cálculo foram excluídas as notas da própria assessoria e da assessoria jurídica, conforme consta no II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acordo de Resultados 2010</p>			



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

Necessidade de mais dois servidores.

Jania Marisa Malheiros

DIRIGENTE DA EQUIPE AUDITORIA SECCIONAL



2.5 – EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
I-Gov	-	-	92,54	%	30	93%	90,14%	7,5
Número de releases emplacados	-	-	-	releases	30	10	10	10

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Realizar, como consta na constituição federal, a confraternização pelo Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue.	Confraternização pelo Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue realizada em Ponte Nova.	30/12/2010	40%	1 (Plenamente executado no prazo)	30/12/2010	0	10

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,25

INDICADOR: I-GOV			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	92,54%	90,14%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Mudanças na equipe de profissionais na ACS Hemominas impactaram o resultado do IAC em março de 2010: uma única solicitação no mês foi respondida com atraso, gerando zero percentual de respostas no prazo. Em abril, julho e agosto não houve solicitação via portal do governo. O baixo índice de solicitações é fator de alto risco para o resultado final. Mesmo com 100% de atendimento nos demais meses, a média anual ficou aquém da meta (IAC – 85,71).</p> <p>Vale ressaltar o excelente desempenho do ISI em 2010 (ISI - 94,57).</p> <p>Podemos analisar que a melhoria da informação disponibilizada no portal Hemominas contribui para manter baixa a procura do fale conosco do portal do governo.</p> <p>Fonte: Relatório I-GOV da SEPLAG de 07/01/2011.</p>			



INDICADOR: Número de releases emplacados			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	10
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
1) 26-02-10 – matéria no jornal O Estado de Minas sobre o setor de pedagogia do Hemocentro de Belo Horizonte			
2) 12-03-10 – matéria no Jornal “Hoje em Dia” sobre os 25 anos da Fundação Hemominas			
3) 14/06/10 - matéria na Rádio CBN sobre o Dia Mundial do Doador de Sangue			
4) 14-06-10 – matéria na TV Globo sobre o Dia Mundial do Doador de Sangue			
5) 28-06-10 – matéria na Rádio Itatiaia sobre Banco de Sangue de Cordão Umbilical			
6) 03/11/10 - Hemominas em Poços de Caldas realiza workshop de comunicação (Jornal Mantiqueira – 04/11/10; Jornal de Poços – 04/11/10)			
7) 04/11/10 - Hemominas disponibiliza acervo técnico para empréstimo e consulta online (Portal Montes Claros 05/11/10; Jornal do Pontal 06/11/10; Portal Saúde 08/11/10; Minas em Pauta 08/11/10; Direto da Redação Record Minas 12/11/10)			
8) 17/11/10 - Hemominas em Divinópolis realiza Semana do Doador de Sangue (Hoje em Dia – 19/11/10; Portal da Rádio Santana FM – 17/11/10)			
9) 18/11/10 - Hemominas em Betim comemora a Semana Nacional do Doador Voluntário de Sangue (O Tempo Betim – 19/11/10)			
10) 03/12/10 - Homenageados: 247 doadores de sangue (Jornal Folha de Ponte Nova, 03/12/10)			
Fonte: Clipping jornalístico/Secom/Circuito Integrado			

PRODUTO: Confraternização pelo Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue realizada em Ponte Nova
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
O evento itinerante mudou completamente a logística e os períodos de planejamento e execução, mas trouxe melhorias muito interessantes para a integração da rede de funcionários da Fundação e no estímulo aos doadores com a presença dos doadores diamante de outras regiões do estado. Fonte: Relatório de eventos ACS (reduzido) de dezembro de 2010.



**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS**

INDICADOR I-GOV: A melhoria na disponibilidade de informações no portal – Hemominas e MG.gov.br – permitiu que próprio pessoal da SEPLAG respondesse ao “fale conosco” (atende cidadão) sobre assuntos referentes à Hemominas. Isso diminui muito a demanda que chega à Hemominas. Assim, uma única falha – referente a março, mês de alterações na equipe de atendimento ao “fale conosco” da ACS Hemominas – teve enorme peso no resultado final, puxando-o para baixo.

INDICADOR Releases emplacados: Estabelecer uma meta compatível com o ano eleitoral foi um desafio, pois o período de três meses definidos pela legislação como impeditivo de divulgação institucional diminui muito a chance de estabelecer metas mais ousadas. Foi surpreendente o resultado obtido pela equipe de jornalistas da Hemominas.

PRODUTO Dia Nacional do Doador (evento): Em 2010, pela dificuldade de fornecedores locais, a licitação somente foi fechada cerca de 10 dias antes da data do evento. Em função dessas dificuldades e para facilitar o deslocamento dos doadores diamante convidados de outras regiões do estado, novos critérios foram introduzidos na escolha da unidade sede do evento (infraestrutura; mercado local e regional de fornecedores de serviços; localização e facilidade de acesso via aérea e terrestre) para melhoria do processo de execução do produto. O evento foi executado com excelência, dentro do prazo.

Regina Célia de Vasconcelos Silva
DIRIGENTE DA EQUIPE ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL



2.6 – EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Índice de obsolescência de estações de trabalho	22,36	20,46	16,29	%	5	20%	19,11	10
Índice de execução de convênios	-	27,27	45,45	%	5	50%	50%	10
Percentual de Unidades com Hematos implantados.	-	-	-	%	10	50%	0	0
Percentual de Unidades com Sistema SAS implantado	-	-	-	%	10	100%	100	10
I-Gov	-	-	92,54	%	10	93%	90,14%	7,5
Índice de interatividade dos serviços – IIS	-	-	-	%	10	10	10	10
Média das notas das equipes, excluindo-se assessorias.	-	99,6	9,97	%	10	100%	9,89	9,89

QUADROS DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Modelagem de processos para desenvolvimento de sistema de faturamento da Fundação Hemominas: A modelagem de processos referente ao faturamento da Fundação Hemominas é requisito básico ao sistema de faturamento que será desenvolvido visando agilidade e consistências nas ações relacionadas.	Processos referentes ao faturamento da Fundação Hemominas modelados.	31/12/2010	10%	1	30/12/2010	0	10

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado



Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Elaborar Plano Diretor de Governo Eletrônico para o ano de 2010	Plano Diretor do Governo Eletrônico do órgão/entidade elaborado e encaminhado para SCGE	30/03/10	10%	1 (executado no prazo)	25/03/10	0	10

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Adequação da infraestrutura da rede Hemominas	1) Projeto arquitetônico básico elaborado para reforma e ampliação do posto de coleta de Betim.	31/12/2010	10%	1	16/08/2010	0	10
	2) Projetos para construção da nova sede do hemocentro de Pouso Alegre. Ações: - Realizar o estudo Planialtimétrico do terreno. - Elaborar o programa de necessidades.				23/12/2010 (Estudo planialtimétrico)		
	3) Projeto arquitetônico básico elaborado para construção da nova sede Núcleo Regional de Ponte Nova.				18/08/2010 (Programa de Necessidades)		

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado



Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Processo de Acreditação junto à ONA	1) Revisão do mapa interativo dos processos (indicação de fornecedores, entradas e seus requisitos; identificação de clientes, produtos e requisitos) da Administração Central. 2) Revisão do mapa interativo dos processos (indicação de fornecedores, entradas e seus requisitos; identificação de clientes, produtos e requisitos) do Hemocentro de Belo Horizonte.	31/12/2010	10%	1	31/12/2010	0	10

Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 8,74

INDICADOR: Índice de obsolescência de estações de trabalho			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
22,36%	20,46%	16,29%	19,11%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta: 80% dos microcomputadores com menos de 03 anos de uso			
Quantidade total de microcomputadores: 1224			
Fórmula: $1224 * 20\% = 244,8$			
Quantidade total de microcomputadores com mais de três anos de uso: 234			
Evidência: relatório extraído do BO do SISAD.			



INDICADOR: Índice de execução de convênios			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	27,27	45,45	50%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Foram concluídos em 2010 os Convênios números 3036/2000, 3605/2004, 3606/2004, 3610/2004, 3612/2004, 4310/2005, totalizando 06 convênios referentes a aquisição de equipamentos e capacitação de pessoal, e estão em execução os Convênios 3607/2004, 3608/2004, 3609/2004, 819/2006, 3444/2007, 3445/2007, totalizando 06 convênios. Os convênios ainda em execução se referem a obras e reformas de unidades e que consistem em convênios de execução mais complexa. Ainda assim, os convênios estão sendo executados dentro do previsto, apresentando assim em 2010 o resultado de 50%.			

INDICADOR: Percentual de Unidades com Hematos implantados			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não implantado
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Fundação Hemominas adquiriu através de licitação o direito de uso do sistema Hematos IIG, comercializado no Brasil pela empresa Thales Information Systems. A empresa contratada deveria parametrizar todo o sistema, conforme exigência do edital, treinar equipe e proceder à implantação. A empresa contratada até o presente momento não apresentou solução, conforme Nota Técnica, para todas as inconsistências detectadas nos testes pilotos. Apesar de todos os esforços da nossa equipe de profissionais dedicados neste projeto, ainda estamos em fase de validação dos módulos do sistema e respectivos interfaceamentos. Desta forma não teremos condições de homologar o sistema Hematos em 2010 e, conseqüentemente, implantar o sistema nas suas unidades neste mesmo exercício. A Fundação Hemominas é reconhecida pela excelência de seus serviços e não consideramos que o sistema, na fase em que se encontra, atinge os requisitos de segurança indispensáveis ao seu funcionamento. A Fundação Hemominas iniciou o processo administrativo referente aos prazos não cumpridos pela referida empresa.			

INDICADOR: Percentual de Unidades com Sistema SAS implantado			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Todas as Unidades estão com o Sistema instalado.			



INDICADOR: Índice de interatividade dos serviços – IIS			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	10.0
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Fonte: A nota pela interatividade dos Serviços foi enviada via e-mail pela Governança Eletrônica			

INDICADOR: Média das notas das equipes, excluindo-se assessorias.			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	99,6	9,97	9,89
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Para o cálculo foram excluídas as notas das equipes (PRO, AUD, ATE, GAB e ACS), conforme consta no II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acordo de Resultados 2010.			

PRODUTO “Plano Diretor do Governo Eletrônico do órgão/entidade elaborado e encaminhado para SCGE”
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
O Plano Diretor foi elaborado e encaminhado em 25/03/2010.

PRODUTO: Modelagem de processos para desenvolvimento de sistema de faturamento da Fundação Hemominas
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
Informamos que os processos correspondentes ao faturamento da Fundação Hemominas foram identificados e modelados, conforme cronograma estabelecido. Informação comprobatória em CD anexo.

PRODUTO: Adequação da infra-estrutura da rede Hemominas
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
1) Projeto elaborado pelas arquitetas da Prefeitura de Betim, com acompanhamento da Gerência de Infraestrutura Física da Fundação HEMOMINAS. Projeto básico aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde.
2) Estudo planialtimétrico elaborado por empresa contratada, com fiscalização da Fundação HEMOMINAS. Programa de necessidades elaborado pela Gerência de Infraestrutura Física da Fundação HEMOMINAS.
3) Projeto básico elaborado pela Gerência de Infraestrutura Física da Fundação HEMOMINAS. Projeto aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde.

**PRODUTO: Processo de Acreditação junto à ONA****INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO**

1) Inicialmente foi previsto a revisão de 16 mapas de processos na Administração Central, sendo um por gerência. No decorrer da execução das atividades de revisão o Núcleo Central da Qualidade percebeu a necessidade de desdobrar os mapas por área, o que elevou para 40 a quantidade de mapas de processos. Este desdobramento foi necessário devido à complexidade dos processos mapeados. Todas estas revisões foram concluídas dentro do prazo previsto, mesmo sendo uma quantidade maior que a prevista.

2) Inicialmente foi previsto a revisão de 10 revisões de mapas de processos no Hemocentro de Belo Horizonte, entretanto o Núcleo Local da Qualidade percebeu a necessidade de desdobramento dos processos, o que elevou para 23 a quantidade de mapas de processos. Este desdobramento foi necessário devido a complexidade dos processos mapeados. Este desdobramento foi necessário devido à complexidade dos processos mapeados. Todas estas revisões foram concluídas dentro do prazo previsto, mesmo sendo uma quantidade maior que a prevista.

**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES /
PRODUTOS****PRODUTO: Modelagem de processos para desenvolvimento de sistema de faturamento da
Fundação Hemominas**

A modelagem de processos referente ao faturamento da Fundação Hemominas é requisito básico ao sistema de faturamento que será desenvolvido visando agilidade e consistências nas ações relacionadas, foi encontrada dificuldade na execução do produto com relação a compatibilização de agendas entre todas as pessoas envolvidas, devido ao volume de trabalho e outros projetos em andamento na instituição.

PRODUTO: Processo de Acreditação junto à ONA

Devido à necessidade de revisar uma quantidade de mapas de processos maior que a prevista, tanto na Administração Central quanto no Hemocentro de Belo Horizonte, as equipes do Núcleo Central da Qualidade e do Núcleo Local da Qualidade do HBH tiveram que dispor de um esforço maior para executar toda demanda mantendo o prazo de execução previsto.

Kelly Nogueira Guerra

DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA.



2.7 – EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Número de coletas externas realizadas	-	222	230	Número de coletas	20	150	212	10
Número de supervisões realizadas às Unidades da Fundação Hemominas.	-	-	14	Número de Unidades	20	12	16	10
Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias.	-	-	92,4%	%	25	80%	91,8 %	10
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1º consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.	60 dias	26,9	28,2	dias	25	27	36,1	9,9

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Implantação do Cetebio	1) Finalizar a terraplanagem do terreno	FEV/10	10%	2	05/08/10	155	5
	2) Aprovar o projeto arquitetônico do banco de tecidos Musculoesqueléticos.	JUN/10		2	12/08/10	43	
	3) Finalizar a construção do prédio do banco de sangue de cordão Umbilical.	OUT/10		3	---	---	
	4) Iniciar o atendimento ao público.	NOV/10		3	---	---	

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,48



INDICADOR: Número de coletas externas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	222	230	212
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Em 2010 foram realizadas 212 coletas externas. Apesar de ser um número superior à meta estabelecida, foi menor do que as coletas externas realizadas em 2009 (230) e em 2008 (222). Como no ano de 2009 a Hemominas teve uma dificuldade grande em manter suas atividades pela redução de profissionais, a meta foi reduzida por já esperarmos uma redução das coletas externas no ano de 2010, até em maior intensidade do que ela se concretizou. Além disso, houve a impossibilidade da Hemominas em realizar pelo menos 5 coletas no mês de novembro, com previsão de aproximadamente 600 candidatos a doação, por fechamento do SIAFI.</p> <p>Entretanto, tivemos vários períodos em que os estoques de hemocomponentes ficaram em níveis críticos o que obrigou as unidades a negociar com os parceiros e fazer coletas externas para garantir o abastecimento de hemocomponentes aos estabelecimentos de saúde. Devido a estas coletas houve a superação da meta. Entretanto, muitas vezes a unidade fixa da Hemominas foi fechada para a realização das coletas externas, prejudicando ao doador que comparece às unidades da Hemominas para doação.</p>			

INDICADOR: Número de supervisões realizadas às Unidades da Fundação Hemominas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	14	16
<p>Foram previstas 17 Supervisões para 2010. Por decisão institucional as supervisões de URA e FRU foram canceladas e o HBH foi supervisionado, totalizando 16 SUP.</p>			

INDICADOR: Taxa de eficácia do atendimento transfusional de concentrado de hemácias			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	91,4%	91,8 %
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Meta alcançada através do desenvolvimento e execução de estratégias adequadas de captação de doadores e remanejamento de estoques de hemocomponentes entre as Unidades da Fundação Hemominas.</p>			



INDICADOR “Tempo decorrido entre o diagnóstico e o atendimento de 1º consulta dos pacientes do teste do pezinho nos ambulatórios das UFH.”			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
60 dias	26,9	27,6	36,1
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Justificativa: número menor de profissionais médicos para atendimento hematológico			
Como descrito no quadro abaixo, solicitamos à Câmara de Acompanhamento e Avaliação da SEPLAG a avaliação das metas.			

PRODUTO: Implantação do Cetebio
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO
<p>1) Quanto à conclusão com atraso informamos que no início da execução do serviço no mês de janeiro, foi detectado erro na planilha orçamentária que a Fundação Hemominas enviou para que o DEOP/MG fizesse a conferência e licitação do serviço. A partir disso, foi solicitado ao DEOP/MG que fizesse a correção da planilha orçamentária para então fazermos o aditivo ao contrato. Como o contrato foi celebrado com a SES, demorou cerca de 40 dias para a autorização do prosseguimento dos serviços de terraplanagem.</p> <p>A Empreiteira executou o serviço e entregou para o DEOP/MG em 08 de junho ao DEOP/MG. Neste mesmo dia a fiscalização da Fundação Hemominas fez a vistoria, encontrando diversas não conformidades no serviço executado. Foi remarcado para o dia 21/06/10 o retorno da fiscalização do Hemominas, que ao chegar ao local foi constatado que o serviço não tinha sido executado e foi remarcado visita para o dia 23/06/10.</p> <p>Ao visitar o terreno no dia 23 de junho a fiscalização do Hemominas verificou mais irregularidades, fez um relatório de fiscalização e encaminhou o relatório para a fiscalização do DEOP/MG sanar as irregularidades. No dia 05/08/2010, foi realizado outra vistoria de fiscalização do serviço e foi emitido o Termo de Recebimento do serviço pelos técnicos da Gerência de Infraestrutura Física - GIF da Fundação Hemominas.</p> <p>2) Quanto à conclusão com atraso informamos que no dia 21/12/2009 o projeto arquitetônico de toda 2ª etapa do CETEBIO, foi entregue para aprovação na prefeitura de Lagoa Santa. Em 25/02/2010 a prefeitura de Lagoa Santa enviou algumas solicitações de mudança no projeto, a partir desta data iniciou-se a elaboração/revisão destas solicitações, porém no dia 16/03/2010 a Diretoria Técnica solicitou que fossem incluídos os laboratórios de Pesquisa e de Qualidade no projeto da 2ª Etapa, gerando revisão em todo o projeto.</p> <p>Conforme o cronograma do empreendimento a Gerência de Infraestrutura realizou a alteração no projeto dentro do prazo (dia 28/05/2010), quando foi solicitada ao Setor de Pesquisa análise e aprovação dos projetos. No dia 01/06/2010 a GIF solicitou reunião com as diretorias Técnica e Atuação Estratégica, para avaliar as duas opções para os projetos dos laboratórios, que foi marcada para o dia 24/06/2010. Após definição pela diretoria nesta data, a Gerência de Infraestrutura realizou as adequações e preparação dos projetos para aprovação da Vigilância Sanitária em 25 dias úteis</p>



conforme programado, portanto o encaminhamento foi realizado em 29/07/2010.

3) Os projetos executivos e complementares e planilhas elaborados pela empresa contratada, começaram a ser entregues para análise do setor de Engenharia e Arquitetura da Hemominas a partir de 14/01/2010.

Esta análise e estudo de compatibilização desses projetos detectou a necessidade de várias correções/alterações nos diversos projetos apresentados pela empresa.

Em março de 2010 houve necessidade de elaborar projetos para instalação provisória da obra, por solicitação da Fundação Ary Frauzino (Órgão financiador de parte da obra), para garantir o repasse dos recursos pelo BNDES, estendendo o prazo para conclusão dos projetos em 60 (dias).

A empresa não conseguiu cumprir os prazos acordados, apesar de várias notificações pelo não cumprimento do cronograma. Tudo isto gerou atraso no processo de licitação da obra, uma vez que os projetos foram concluídos somente em 01/10/2010 e enviados ao DEOP. A licitação da obra foi realizada em dezembro de 2010.

Conforme Cartilha de Orientações aos clientes do DEOP/MG, que informa detalhadamente o processo de realização de obras públicas, que é composto de 10 etapas sendo: 1- Planejamento, 2- Solicitação do Projeto e da Obra, 3 - Consolidação dos requisitos para contratar o projeto, 4 - Licitação do Projeto, 5 - Elaboração do Projeto de Engenharia, 6 - Definição dos requisitos de custo e tempo da obra, 7- Licitação da Obra, 8 - Execução da Obra, 9 - Entrega da Obra e 10 - Pós-Entrega (Manutenção e Avaliação).

Com relação ao empreendimento CETEBIO foram concluídas as seguintes etapas:

ETAPA	ANO DE CONCLUSÃO
1-Planejamento	2009
2-Solicitação do Projeto e da Obra	2009
3-Consolidação dos requisitos para contratar o projeto	2009
4 -Licitação do Projeto	2009
5-Elaboração do Projeto de Engenharia	2010
6- Definição dos requisitos de custo e tempo da obra	2010
7- Licitação da Obra	2010
8 - Execução da Obra	-
9 - Entrega da Obra	-
10-Pós-Entrega (Manutenção e Avaliação)	-

Portanto houve uma conclusão de 7 das 10 etapas prevista no processo de construção, sendo que 3 destas etapas foram realizadas em 2010



4) Os pilotos dos bancos de Sangue Raros e Pele iniciados em agosto de 2010, encontram-se em validação e enquanto NÃO validados e autorizados pela ANVISA, não podem ofertar os produtos biológicos para uso humano.

Justificativa de execução parcial do BSR: A validação prevista para 2010 está sendo executada, exceto a do Banco de Sangues Raros por motivo de ausência de um determinado equipamento. Esse equipamento de congelamento e descongelamento de hemácias não foi autorizado para importação pela ANVISA, o que impediu sua instalação no Banco até esse momento. Portanto, todas as ações para o início do atendimento foram realizadas, como adequações físicas, montagem de laboratório, aquisição de insumos, contratações de serviços especializados, treinamento técnico, elaboração de manual e protocolo de técnicas. Como já dito, faltou apenas um equipamento para conclusão do processo.

Como pode ser percebido, o projeto depende de vários atores cuja gerência está além da autoridade e autonomia da Fundação Hemominas. Nesse aspecto, variáveis ligadas a efetivação das obras de terraplanagem a cargo do DEOP, conclusão de projetos executivos do BSCUP elaborados em parceria com a Rede BrasilCord e a legislação elaborada pela ANVISA se constituíram em fatores impeditivos da conclusão das metas acordadas nesse instrumento. Mesmo assim, a Fundação trabalhou junto à esses atores buscando alternativas de solução das dificuldades na tentativa de minimizar os riscos inerentes dessas variáveis, mas nem todas as ações tiveram efeitos no prazo inicialmente pactuado.

Antevendo os riscos, a Fundação solicitou à Superintendência Central de Modernização Institucional uma revisão das metas acordadas no primeiro semestre, mas não obteve sua concordância. Apesar da constatação do não cumprimento de todas as ações pactuadas, mas objetivando a implantação do projeto, apresentam-se outras ações executadas para as quais solicita-se consideração:

- a validação do Banco de Pele: a partir da implantação de um piloto do Banco no Hospital João XXIII em julho de 2010 foi iniciada essa ação. Foram obtidas peles de 3 doadores de múltiplos órgãos, captados pelo MG Transplantes e retiradas pela equipe formada pelo médico do Hospital João XXIII e os biólogos do projeto. As peles estão em fase de processamento e a previsão é que em fevereiro de 2011 a validação seja concluída.

- a conclusão das aquisições de tecnologia junto a FAPEMIG: os recursos financeiros captados através de aprovação de projeto de pesquisa em 2008 viabilizaram a montagem de três laboratórios para o Cetebio. Foram realizadas pesquisas e visitas técnicas a serviços existentes no Brasil a fim de especificar quais materiais cirúrgicos, equipamentos, máquinas e utensílios seriam necessários. No final do ano de 2009 foram comprados os itens relacionados aos bancos de sangues raros e pele, permitindo sua montagem em 2010 e nesse mesmo exercício foram adquiridos os itens relacionados ao banco de tecidos músculo-esqueléticos que permitirão sua montagem em 2011.

- a composição de uma equipe específica para o projeto: para a realização dos pilotos e demais atividades foi contratada uma equipe de 2 biólogos, 1 bolsistas, 1 auxiliar administrativo, coordenadas por um empreendedor público. Essa equipe focada no projeto foi fator de sucesso para a alavancagem



das ações realizadas.

- a conclusão do manual de funcionamento para o BTME: o desenvolvimento de pesquisas científicas e na legislação, coordenadas pelo médico ortopedista da FHEMIG, parceira do projeto, possibilitou a elaboração do manual. Esse instrumento é exigido pelos órgãos reguladores para montagem, validação e aprovação dos bancos de tecidos. Além de fazer parte da política de garantia da qualidade dos processos estabelecida pela Fundação Hemominas.

- a parceria para implantação do piloto de multitecidos: em busca de local para os demais pilotos durante o ano de 2010 foram analisadas algumas alternativas. Assim, foi firmada com o IPSEMG uma parceria de cessão de local onde será montado um piloto do Cetebio, já no início do exercício de 2011. Esse piloto permitirá a validação dos processos técnicos desenvolvidos para os demais bancos, bem como a obtenção de autorização para funcionamento do Cetebio. Com essa autorização, o Cetebio, ainda de forma limitada, poderá ofertar alguns de seus produtos ao sistema único de saúde.

A capacidade instalada do Cetebio somente poderá ser utilizada quando de sua implantação total na sede física a ser construída em Lagoa Santa.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS

A diretoria teve muita dificuldade no cumprimento das suas metas devido a:

- Falta de Recursos Humanos, a baixa remuneração de algumas categorias associada a concursos e nomeações para outros Órgãos reduziu a capacidade das unidades em realizar atendimento aos pacientes do pezinho e também fazer coletas externas. Além disso, o excesso de atividades por parte dos profissionais da área Técnica tem sido um fator dificultador na execução de nossa missão;
- Metas estabelecidas que independem de ação da diretoria e dos profissionais que trabalham no CETEBIO: Estas metas foram determinadas pela equipe do Acordo de Resultados, entretanto, várias ações foram realizadas para implantação dos bancos pilotos que permitirão o funcionamento do CETEBIO antes do final da construção do prédio. Entre elas podemos mencionar a aquisição de equipamentos para os Bancos de Pele, BTME e Hemácias raras. Foram ainda realizados protocolos de validação do processamento de pele, do congelamento de hemácias e o manual do BTME. Negociações com o IPSEMG para cessão da área para que os bancos pilotos funcionem também foram realizadas.

Mesmo com as dificuldades encontradas, a Diretoria Técnica somente conseguiu estes resultados com o empenho de todas as gerências e assessorias além do comprometimento das unidades e servidores. Entretanto é importante ressaltar que toda a área técnica está com sua capacidade produtiva reduzida, o que pode impactar negativamente nos resultados futuros da Instituição.

Fernando Valadares Basques

DIRIGENTE DA EQUIPE DIRETORIA TÉCNICO CIENTÍFICA.



2.8 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE ALÉM PARAÍBA – ALP

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	3.516	3.571	3.353	Nº coletas	50	3.450	3.357	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	70,50%	71,87%	71,22%	%	50	60	72,13%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
3.516	3.571	3.353	3.357
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Chegamos próximo, faltando 2,69% para atingirmos a meta.			
O elevado número de feriados colaborou significativamente em prejuízo das estatísticas.			

INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível realizar a medição deste indicador, uma vez que a supervisão foi realizada ao final do 4º trimestre de 2010. Conforme o II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acorde de Resultados “A apuração do indicador para as Unidades supervisionadas no quarto trimestre somente se dará em 2011”. Portanto, este indicador foi desconsiderado para a avaliação desta equipe no que se refere ao Acordo de Resultados 2010.			



INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
70,50%	71,87%	71,22%	72,13%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Meta foi atingida conforme planejamento. As dificuldades encontradas foram superadas de forma adequada objetivando o alcance da meta.			

Abnerval Nogueira da Costa

DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE ALÉM PARAÍBA



2.9 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM – BET

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	10.721	9.562	10.456	Nº coletas	35	10.620	10.777	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	87,4%	10
Percentual de doadores de retorno	57,66%	59,16%	56,83%	%	35	55	62,85%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
10.721	9.562	10.456	10.777
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade teve dificuldades no cumprimento da meta em razão das alterações nas diárias, mas conseguiu definir estratégias para contornar o problema. Para 2011 é esperada uma redução no número de coletas devido à saída de servidores e também devido às exigências do forponto e gerenciamento das cargas horárias dos servidores, reduzindo as possibilidades de negociação interna. As coletas externas que eram duas por mês serão apenas quatro no ano, reduzindo. Essas coletas externas representavam cerca de 30-40% do movimento da unidade e serão parcialmente compensadas pela abertura aos sábados.			

INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	87,4%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A meta foi atingida conforme planejado, mesmo com a mudança no núcleo interno da qualidade, o qual está em fase de reformulação.			



INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
57,66%	59,16%	56,83%	62,85%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A unidade buscou maior aproximação com os doadores a fim de aumentar o percentual de retorno da unidade, além de intensificar a captação por telefone, realizada com doadores da unidade.			

Marcelo Froes Assunção

DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA DE BETIM



2.10 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS – DIV

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	14.540	16.641	17.295	Nº coletas	35	16.300	16.307	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	96,3%	10
Percentual de doadores de retorno	67,30%	66,56%	68,32%	%	35	60	69,88%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
14.540	16.641	17.295	16.307
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada, mas com valor muito próximo ao pré-estabelecido.			
Sob o aspecto positivo, justifica-se pelo acompanhamento contínuo e pelo cumprimento do cronograma de doações anuais das cidades com Agências Conveniadas. Sob o aspecto negativo da proximidade numérica, justifica-se pela necessidade de ajuste do número de doadores/agendamentos em função de estoque alto sem possibilidades, nas ocasiões, de recebimento por outras unidades da rede Hemominas.			
RECOMENDAÇÃO: Caso a unidade não tenha mais que atender semanalmente o Hemocentro de Pouso Alegre, seria viável que a meta de 2011 fosse menor.			



INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	96,3%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada. Quando a correção das não conformidades depende exclusivamente da unidade e de seus servidores há grande comprometimento de todos nestas correções.			

INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
67,30%	66,56%	68,32%	69,88%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta alcançada. Acreditamos que a tendência crescente do percentual de doadores de retorno decorra dos trabalhos internos de fidelização, mas, e principalmente, da forte influência dos serviços de captação das cidades da região que possuem agências conveniadas. Certamente, na tentativa de evitarem gastos com viagens de doadores que não completem suas doações, o maior esforço de captação é direcionado para pessoas já conhecidas e de sabida disponibilidade para o ato de doar. Cabe ressaltar que os treinamentos para profissionais da captação são anuais, e sempre que necessário, há disponibilidade para reavaliações.			

Valéria Sutana Ladeira

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIVINÓPOLIS



2.11 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA – DIA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	2.801	3.195	3.862	Nº coletas	35	2.900	3.755	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	88,1%	10
Percentual de doadores de retorno	67,30%	58,97%	63,82%	%	35	55	63,88%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
2.801	3.195	3.862	3.755
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A realização de coletas externas foi fator determinante no cumprimento da meta, uma vez que a captação interna se encontra aquém do ideal, principalmente em virtude de estarmos há 2 anos sem oficialização de um servidor específico para o setor.			

INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	88,1%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Foi essencial a definição de uma servidora para gerenciar o programa da qualidade, bem como a adesão da maioria dos servidores do Núcleo em torno do objetivo. Essencial também foi o suporte dado pelo NCQ.			



INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
67,30%	58,97%	63,82%	63,88%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Conseguimos manter o índice estável priorizando coletas externas em municípios nos quais já havíamos feito coletas anteriormente.			

Antônio Edvaldo Silva

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE DIAMANTINA



2.12 - EQUIPE HEMOCENTRO DE BELO HORIZONTE – HBH

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	69.646	69.122	71.432	Nº coletas	35	68.880	73.669	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	67,31	66,01	66,81	%	35	60	67,19%	10
Índice de desempenho do programa ambientação	-	-	-	%	30	10	7,7	7

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 9,1

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
69.646	69.122	71.432	73.669
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
De acordo com a planilha 2.2.1 do Boletim Estatístico final de 2010 o número de coletas de 73.669 foi 6% superior à meta acordada.			
Para o cumprimento da meta em 2010 houve expansão do programa de captação hospitalar.			
Para continuarmos atendendo a meta em 2011 planejamos uma expansão do programa de coleta externa que hoje representa 3% do total de candidatos a doação. A meta é dobrarmos este percentual, de modo que a coleta externa em 2011 seja responsável por 6% do número de candidatos a doação.			



INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível medir, pois a supervisão foi realizada no final do 2º semestre 2010. Ainda se encontram em fase de acompanhamento. Os setores de triagem e ambulatório não receberam o resultado da supervisão. A meta será avaliada a partir do recebimento de todos os relatórios. As informações serão repassadas no 1º semestre de 2011.			

INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
67,31%	66,01%	66,81%	67,19%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
De acordo com a tabela 1.2 do boletim estatístico final de 2010, tivemos 64317 doadores de repetição no ano de 2010. Considerando-se o total de 95718 candidatos totais, os doadores de repetição representaram 67,19% do total de candidatos, 7% acima da meta acordada. Considerando-se a série histórica, foi acima dos anos anteriores, representando um aumento de captação de fidelização dos doadores.			

INDICADOR Índice de desempenho do programa ambientação			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	7,7
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Houve aumento do consumo de papel A4 por diversos fatores: o HBH está em processo de adequação para Certificação de Acreditação da ONA e todos os setores tiveram, no 2º semestre, que revisar todos os seus POPs (Procedimentos Operacionais Padrão). Além disso, houve a entrada em vigor do SIPRO (Sistema de Protocolo), que aumentou a geração de formulários impressos a cada trâmite de documentos entre os setores e as Unidades da Fundação Hemominas. Foram feitos diversos esforços no sentido de reduzir o desperdício de papel, através de comunicados aos servidores/chefias para ampliar a conscientização do uso do papel, além de Serviço de Pessoal que passou a imprimir os pontos dos servidores apenas depois de validados no ForpontoWeb. Com tanta necessidade de impressão de documentos, formulários e procedimentos, esperar-se-ia um consumo muito maior do que o efetivamente ocorrido, mas devido ao trabalho feito de conscientização dos servidores para a redução do consumo de papel A4, o aumento foi menor do que o esperado. Com relação ao consumo de energia, foram feitos vários esforços para redução, como a retirada de			



várias lâmpadas 24 horas espalhadas pelo Hemocentro, remanejamento de equipamentos para conservação de alimentos, sendo desligadas algumas geladeiras e freezers.

Várias atividades realizadas na Semana do Doador (final de novembro/2010), em que vários equipamentos elétricos foram utilizados, como geladeiras, freezers, máquinas de suco e de café, etc, bem como um novo freezer instalado no setor de Fracionamento no início de dezembro levaram a um aumento de consumo, refletido na conta de dezembro, impedindo que a meta fosse alcançada. Além disso, os setores de banco de sangue raro, laboratórios de HLA e de NAT receberam e começaram a utilizar, vários equipamentos em 2010. (geladeiras, computadores, entre outros.) Com o início das atividades desses laboratórios planejado para 2011, solicito a revisão dessa meta, para se adequar à realidade do HBH.

Carlos Guilherme Quintino Vieira

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO DE BELHO HORIZONTE



2.13 - EQUIPE UNIDADE DE COLETA DO HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK – HJK

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	11.193	11.610	12.311	Nº coletas	35	11.390	11.976	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão	-	-	-	%	30	80	89,2%	10
Percentual de doadores de retorno	53,44%	52,42%	55,48%	%	35	53	60,13%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
11.193	11.610	12.311	11.976
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Embora a Unidade tenha cumprido a meta, observamos uma redução do número total de coletas realizadas em relação ao ano de 2009, em grande parte devido às coletas externas canceladas após o anúncio do não pagamento de diárias em eventos realizados em municípios próximos a Belo Horizonte.			

INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	89,2%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Meta foi atingida conforme planejamento. As dificuldades encontradas foram superadas de forma adequada objetivando o alcance da meta.			



INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
53,44%	52,42%	55,48%	60,13%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O alcance da meta foi favorecido pela estratégia de repetir as coletas externa em Municípios já conhecidos, além do trabalho interno de monitoramento das convocações de doadores.			

Paulo Sérgio de Freitas Camilo

DIRIGENTE DA EQUIPE UNIDADE DE COLETA DO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHECK



2.14 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES – GOV

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	14.836	14.325	14.614	Nº coletas	35	14.500	13.162	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	65,99%	71,12%	70,75%	%	35	60	72,45%	10
Percentual de pagamentos no prazo.	80%	100%	100%	%	30	100	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
14.836	14.325	14.614	13.162
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Foram realizadas coletas internas e externas com equipe da fundação; coletas em menor número devido a campanhas de vacinação, dificuldade de médicos para cobrir o horário (diminuição do horário de coleta). Cancelamento de coletas externas, inclusive por fechamento do SIAFI e também por não acharmos locais adequados.			
Falta de recursos humanos na captação e na triagem médica (evasão de força de trabalho).			
Para este ano a meta deveria ser diminuída, pois estaremos em uma área alugada com a reforma do hemocentro.			



INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível realizar a medição deste indicador, uma vez que a supervisão foi realizada ao final do 4º trimestre de 2010. Conforme o II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acordo de Resultados “A apuração do indicador para as Unidades supervisionadas no quarto trimestre somente se dará em 2011”. Portanto, este indicador foi desconsiderado para a avaliação desta equipe no que se refere ao Acordo de Resultados 2010.			

INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
65,99%	71,12%	70,75%	72,45%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Fidelização do doador através de palestras, bom atendimento, respostas da ouvidoria a questionamentos. Encontro de captadores realizado em dezembro. Respostas ao fale conosco dadas pela coordenação e captação.			

INDICADOR Percentual de pagamentos no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80%	100%	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Pagamentos feitos pelo SIAFI com os prazos corretos, empenho da equipe para que os prazos fossem cumpridos.			

Myriene Brasileiro Vilar

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES



2.15 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA – ITU

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	4.121	4.032	4.464	Nº coletas	35	4.140	3.522	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	92%	10
Percentual de doadores de retorno	71,74%	76,50%	76,92%	%	35	60	78,16%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
4.121	4.032	4.464	3.522
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Ocorreu por parte desta unidade um gerenciamento sistemático de estoque orientado e segmentado pelas normas da diretoria técnica científica (TEC), o que propiciou um diferencial competitivo interno com ações planejadas e voltadas para 2011.</p> <p>Cancelamos 03 (três) coletas externas em virtude do estoque (evitando perdas) e programamos agendamentos por ABO/RH.</p> <p>O estoque foi gerenciado por meio do informativo TEC (todas as unidades), o qual foi comparado ao informativo da própria Unidade, sendo que este contemplou as coletas não realizadas. Com isso observamos que o acordo entre a unidade e a TEC, para repasse e distribuição, estava ameaçado. Logo após esta avaliação contatamos a TEC e o HRPAL e pactuamos com o HRGOV/TEC um envio semana de hemocomponentes para o ano de 2011.</p> <p>As planilhas de eficiência e eficácia do atendimento hemoterápico comprovam nosso gerenciamento.</p>			



INDICADOR Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	92%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Observamos que houve melhorias implantadas e automaticamente acatadas pelas orientações da equipe GSA/TEC após supervisão, com a implantação de manuais e aplicabilidade dos mesmos (normas, rotinas e procedimentos).			
As NC restantes serão sanadas com a instalação da futura sede própria que encontra-se em fase de construção e programada para término em 280 dias.			

INDICADOR Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
71,74%	76,50%	76,92%	78,16%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Com a busca pela excelência no atendimento, a promoção SES/SEPLAG/FH através do serviço de treinamento (curso ATTP) pudemos concluir que nosso atendimento promove o alcance da meta de forma satisfatória.			
Os questionários de satisfação dos clientes são de extrema importância para a avaliação das ações implantadas e para o planejamento de mudanças de condutas para a obtenção dos resultados, sendo este o gerenciamento diário da rotina de atendimento.			

Fábia Lima de Macedo Aidar

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE ITUIUTABA

**2.16 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUIZ DE FORA – JFO****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	28.863	30.233	29.832	Nº coletas	35	28.750	29.931	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	68,82%	73,26%	74,30%	%	35	60	73,45%	10
Percentual de pagamentos no prazo.	80%	100%	100%	%	30	100	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
28.863	30.233	29.832	29.931
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Satisfação do cliente/colaborador com atendimento oferecido no setor de coleta, orientações e retorno ao serviço;			
Segurança na realização das atividades respaldada pela prática e conhecimento técnico das atribuições;			
Dificuldades encontradas na execução da atividade:			
Infraestrutura inadequada para o atendimento do doador em coleta interna e externa ocasionando aumento do tempo de espera, o qual chegou a ser acima de 02 horas para atendimento.			
Uma solução seria efetivar política de gestão de pessoas (técnicos, analistas) visando aumentar a satisfação do trabalhador visto haver ocorrido aumento de serviços externos (coletas externas) e atestados de saúde, bem como uma política voltada a educação continuada e capacitação dos servidores.			



INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível realizar a medição deste indicador, uma vez que a supervisão foi realizada ao final do 4º trimestre de 2010. Conforme o II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acorde de Resultados “A apuração do indicador para as Unidades supervisionadas no quarto trimestre somente se dará em 2011”. Portanto, este indicador foi desconsiderado para a avaliação desta equipe no que se refere ao Acordo de Resultados 2010.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
68,82%	73,26%	74,30%	73,45%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O retorno dos doadores é incentivado por contato telefônico feito pela equipe de Captação, assim como pelo envio de correspondências que buscam a fidelização do público (cartão de aniversário, cartão enviado após a 1ª doação e cartas-lembretes para realização de novas doações). O atendimento recebido pelo doador nos diversos setores também é determinante para que aconteça o retorno. Dificuldades encontradas na execução da atividade: A falta de um de uma política de atendimento que encante o doador e colabore para a fidelização destes, sendo esta ainda uma oportunidade de melhoria. A falta de infraestrutura para realização da sensibilização dos doadores novos e esporádicos antes da doação também torna o alcance da meta mais difícil.			

INDICADOR: Percentual de pagamentos no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80%	100%	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A Unidade cumpriu 100% dos prazos estipulados.			

Andréa Magalhães Nicolato

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE JUÍZ DE FORA



2.17 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇU – MÇU

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	5.803	5.748	5.688	Nº coletas	50	5.700	5.458	10
Percentual de doadores de retorno	70,95%	72,92%	72,56%	%	50	60	72,64%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
5.803	5.748	5.688	5.458
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Fatores que contribuíram: vacinação e surto da dengue.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
70,95%	72,92%	72,56%	72,64%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Doadores conscientizados e fidelizados pelo Setor de Captação.			

Jadilson Wagner Silva do Carmo

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE MANHUAÇU



2.18 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS – MOC

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	18.021	15.706	16.816	Nº coletas	35	15.900	16.330	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	81,3%	10
Percentual de doadores de retorno	69,44%	72,12%	72,47%	%	35	60	73,17%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
18.021	15.706	16.816	16.330
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Ações da captação junto à comunidade com palestras em escolas e empresas, além do apoio e divulgação na mídia permitiram o alcance da meta. Porém, tivemos dificuldades na composição da equipe de triagem clínica de doadores, com insuficiência do quadro médico e também insuficiência do quadro de equipe de enfermagem da coleta, limitando o trabalho da captação e dificultando a realização sistemática de coletas externas aos sábados.			

INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	81,3%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Tivemos como instrumento de gestão os indicadores e resultados apontados pela supervisão de BH que nos permitiu definir planos de ação e medidas corretivas, favorecendo o alcance da meta. As não conformidades não sanadas, em sua maioria, dependem de mudanças estruturais e contratação de pessoal (médicos, técnicos de enfermagem, administrativos).			



INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
69,44%	72,12%	72,47%	73,17%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
O acolhimento, orientações claras e atendimento com cortesia foram essenciais para o alcance desta meta. Como diferencial, neste ano, tivemos a participação de praticamente 100% dos servidores que atendem ao público externo no curso de atendimento ao público oferecido pela SEPLAG.			

Elaine Veloso Rocha Urias

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS



2.19 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE – PAL

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	13.270	13.754	14.061	Nº coletas	35	12.500	11.887	10
Percentual de doadores de retorno	60,01%	60,27%	64,08%	%	35	60	65,14%	10
Percentual de pagamentos no prazo.	80%	100%	94,50%	%	30	100	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
13.270	13.754	14.061	11.887
A justificativa foi orientação da TEC para diminuir o nº de atendimentos devido o precário espaço físico impossibilitando atendimento de qualidade.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
60,01%	60,27%	64,08%	65,14%
A meta foi alcançada.			

INDICADOR: Percentual de pagamentos no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80%	100%	94,50%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
- Todas as despesas pagas dentro do prazo; - Análise de todas as ordens de pagamento, referente ao exercício de 2010.			
Fonte de pesquisa: Siaf, ordem de pagamento, notas fiscais do respectivo exercício.			

Josiane Maria Pollini

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE POUSO ALEGRE



2.20 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS – PAS

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.243	6.112	7.129	Nº coletas	35	6.100	7.078	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	30	80	84%	10
Percentual de doadores de retorno	70,67%	72,09%	70,04%	%	35	60	71,20%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
6.243	6.112	7.129	7.078
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>O número de coletas realizadas foi atingido e superado devido ao trabalho junto às assistências hemoterápicas e às agências transfusionais do nosso Núcleo, conseguindo deste modo uma melhor sensibilização junto aos envolvidos no processo de doação de sangue.</p> <p>Acrescente-se a isto a mobilização de entidades e de voluntários de diversos municípios para a conscientização e disponibilidade de doadores para o nosso Núcleo.</p>			

INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	84%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>Foram deflagradas ações para correção de várias NC anotadas durante a supervisão conseguindo-se o resultado apontado. Existem planos de ação em andamento para correção de algumas NC e existem outras NC apontadas que não são possíveis de atendimento pela direção da Unidade tendo em vista que dependem da Administração Central.</p>			



INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
70,67%	72,09%	70,04%	71,20%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A conscientização, o bom atendimento, a humanização utilizados durante o ato transfusional propiciam uma melhor interação entre os atores, possibilitando, desta forma, atingirmos a meta estabelecida.			

Flávio Ribeiro Campos

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PASSOS

**2.21 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS – PMI****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.383	6.277	6.809	Nº coletas	50	6.370	6.443	10
Percentual de doadores de retorno	73,14%	74,12%	73,47%	%	50	60	74,52%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
6.383	6.277	6.809	6.443
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Unidade em manutenção predial o que dificultou, demandando esforço extra para atingir a meta de coletas acordadas.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
73,14%	74,12%	73,47%	74,52%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Acompanhamento contínuo das metas e comprometimento da equipe.			

Fábio Baltazar do Nascimento**DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PATOS DE MINAS**



2.22 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA – PNO

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	6.153	6.312	6.323	Nº coletas	50	5.500	6.002	10
Percentual de doadores de retorno	70,89%	68,50%	70,46%	%	50	60	73,22%	10
Índice de desempenho do programa ambientação	-	-	-	%	-	100	Excluído	-

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
6.153	6.312	6.323	6.002
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida pela equipe do NRPNO.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
70,89%	68,50%	70,46%	73,22%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida pela equipe do NRPNO.			

INDICADOR “Índice de desempenho do programa ambientação”			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Indicador excluído devido a seguinte justificativa:			
Em 2009 a implantação do Programa Ambientação no Núcleo Regional de Ponte Nova foi feita via			



Prefeitura Municipal de Ponte Nova sem que a Fundação Hemominas assinasse documento formal com a FEAM.

A Unidade Regional de Ponte Nova teve o termo de adesão para implantar o Programa Ambientação publicado em 06 de janeiro de 2010, entretanto foi acordado indicadores no Acordo de Resultados da unidade junto a SEPLAG para serem cumpridos neste ano.

Solicitamos análise das seguintes ponderações:

- As metas do AR de 2010 devem ser atingidas tendo como referencial a média dos últimos seis meses, no caso segundo semestre de 2009. Neste período não houve monitoramento nesta Unidade.
- A unidade fica situada em uma área física onde funcionam outros serviços públicos, não há um medidor de energia somente para a Unidade, fato que inviabiliza o monitoramento.
- A unidade de Ponte Nova, assim como todas as unidades da Fundação Hemominas, monitora a geração de resíduos desde 2006, entretanto não há como executar a doação dos resíduos recicláveis devido a ausência de associação de catadores de resíduos recicláveis regularizada no Município de Ponte Nova para assinarmos o Termo de Doação.

Devido às ponderações apresentadas e principalmente ao fato do Termo de Adesão para a Unidade de Ponte Nova ter sido publicado em 2010, solicitamos que neste momento os indicadores para Ponte Nova sejam desconsiderados.

Fernando José Ubaldo Coutinho
DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE PONTE NOVA



2.22 – EQUIPE: NÚCLEO REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS - POC

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	50%	80	90%	10

QUADRO DE PRODUTOS

Projeto / Ação	Produto / Marco	Data Pactuada	Peso	Execução no período			Nota Estimada
				Situação da Execução*	Data de Realização	Dias de atraso	
Monitorar indicadores “Coletas realizadas” e “Taxa de doador de retorno” da Unidade Regional de Poços de Caldas com o objetivo de construir série histórica e apresentar metas para 2011	Série histórica construída e metas definidas para 2011.	30/12/2010	50%	1	2º semestre	0	10

* Situação da Execução: 1 – Plenamente executado no prazo; 2 – Plenamente executado com atraso; 3 – Executado parcialmente; 4 – Não executado

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	90%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Em relação às não conformidades segue o seguinte relato sobre a execução no cumprimento da meta: Em 60 dias: 90% das não conformidades sanadas.			



PRODUTO: Série histórica construída e metas definidas para 2011

INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO PRODUTO

Para 2011 ficam estabelecidas as seguintes metas:

- Coletas realizadas: 7.000
- Taxa de doadores de repetição: 40%
- Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão: 90%

Cibele Angélica de Souza Spina

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE POÇOS DE CALDAS



2.23 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REI – SJR

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	5.645	5.536	5.503	Nº coletas	50	5.300	5.815	10
Percentual de doadores de retorno	73,58%	74,12%	69,96%	%	50	60	67,38%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
5.645	5.536	5.503	5.815
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Mantendo o indicador “coletas realizadas” acima da meta devido ao funcionamento do Posto Avançado de Coleta no Município de Lavras, realização de coletas externas de sangue e implantação de coletas extras em horário especial de 17:00 as 20:00 horas na Unidade.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
73,58%	74,12%	69,96%	67,38%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Com a fidelização dos doadores no Posto Avançado de Coleta de Lavras volta a aumentar o índice de doadores de retorno aproximando aos índices históricos de doadores de reposição de nossa Unidade.			

Hamilton Campanati Ribeiro

DIRIGENTE DA EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REY



2.24 - EQUIPE NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS – SLA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	7.510	8.396	9.036	Nº coletas	50	8.100	9.247	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	73,30%	68.88%	68,06%	%	50	60	70,65	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
7.510	8.396	9.036	9.247
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida e com acréscimo de 2,33%, percentual acima em 0,33% da meta programada pela Unidade em 2009.			
Devemos ressaltar o trabalho da equipe de captação da Gerência junto aos hospitais contratantes.			
Meta local para 2011: acréscimo de 1,5%.			

INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Não foi possível realizar a medição deste indicador, uma vez que a supervisão foi realizada ao final do 4º trimestre de 2010. Conforme o II Termo Aditivo da 2ª Etapa do Acorde de Resultados “A apuração do indicador para as Unidades supervisionadas no quarto trimestre somente se dará em 2011”. Portanto, este indicador foi desconsiderado para a avaliação desta equipe no que se refere ao Acordo de Resultados 2010.			



INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
73,30%	68,88%	68,06%	70,65%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta cumprida e com acréscimo em 3,18%, 1,65 acima da meta programada pela Unidade em 2009. Devemos ressaltar o trabalho da equipe de captação de doadores. Meta Local para 2011: acréscimo de 1,35%.			

Gustavo Adolpho Villefort Silva
GERENTE DO NÚCLEO REGIONAL DE SETE LAGOAS

**2.25 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA – UDI****QUADRO DE INDICADORES**

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	19.645	20.527	19.813	Nº coletas	25	21.000	19.872	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	25	80	80%	10
Percentual de doadores de retorno	73,60%	74,04%	75,12%	%	25	60	73,07%	10
Percentual de pagamentos no prazo.	80%	100%	100%	%	25	100	100	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
19.645	20.527	19.813	19.872
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Indicador dependente diretamente do quantitativo de candidatos à doação e da taxa de inaptidão clínica. Mais uma vez questionamos a meta excessivamente alta para nossa unidade. O recorde histórico da unidade foi o ano de 2008, sendo a meta superior ao melhor ano, e não compatível com uma média. Sofremos uma diminuição dos doadores voluntários na coleta interna na unidade, de causa multifatorial (vida atribulada, sem tempo para dedicar à doação de sangue; dificuldades de locomoção até a unidade; menor agilidade no atendimento, uma vez que perdemos vários servidores sem reposição). Isto nos obrigou a procurar novas fontes de doadores (coletas externas, captação hospitalar), aumentando o percentual de doadores de primeira vez e conseqüentemente, a inaptidão clínica. Apesar disto, conseguimos fechar o ano com um número de coletas superior a 2009 e 2007, sendo inferior apenas ao ano de 2008.			



INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	80%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida. Não foi superior porque algumas ações são dependentes da administração central direta ou indiretamente.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
73,60%	74,04%	75,12%	73,07%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida. Teve leve diminuição em relação aos anos anteriores em decorrência das ações de captação em coletas externas e captação hospitalar, o que aumenta o percentual de doadores de primeira vez.			

INDICADOR: Percentual de pagamentos no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80%	100%	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Meta atingida sem dificuldades, embora tenha ocorrido fechamento do orçamento do estado de 15/10 a 28/10/2010.			

Paulo Henrique Ribeiro de Paiva

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERLÂNDIA



2.26 - EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA – URA

QUADRO DE INDICADORES

Indicador	Valor de Referência			Unid. Medida	Peso	Execução no período		Nota Estimada
	2007	2008	2009			Meta	Resultado	
Coletas realizadas	16.883	16.838	16.330	Nº coletas	35	16.600	15.422	10
Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com "Planejamento de Ações" em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão.	-	-	-	%	-	80	Não se aplica	-
Percentual de doadores de retorno	77,89%	77,06%	77,96%	%	35	60	77,59%	10
Percentual de pagamentos no prazo.	80%	100%	100%	%	30	100	100%	10

NOTA PRELIMINAR DA EQUIPE: 10

INDICADOR: Coletas realizadas			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
16.883	16.838	16.330	15.422
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
<p>No período avaliado não conseguimos atingir o número de coleta proposto no Acordo de Resultados. Como medidas para atingirmos a meta após a avaliação de julho, quando também não conseguimos o número de coleta proposto, foram intensificadas as palestras de conscientização e iniciamos a captação hospitalar.</p> <p>Avaliamos a necessidade de rever os processos de captação de doadores e de atuar junto às empresas de Uberaba, visto que muitos doadores estão com dificuldade de vir regularmente ao HRU para realizar suas doações e terem o seu dia de serviço abonado e/ou manter seus benefícios (informação do serviço de captação).</p> <p>O serviço de triagem clínica, por falta de número adequado de médico triagista, também impacta de forma negativa o atendimento, o que gera tempo de espera maior que o desejado, desestimulando o doador que não dispõe de muito tempo.</p> <p>Avaliamos também que esta diminuição de doadores não é apenas local, visto que vários serviços de hemoterapia têm feito este relato.</p>			



INDICADOR: Percentual de não conformidades (n/c) sanadas ou com “Planejamento de Ações” em andamento, no prazo de 60 dias após o recebimento dos relatórios de supervisão			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
-	-	-	Não se aplica
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Por decisão institucional as supervisões de URA e FRU foram canceladas.			

INDICADOR: Percentual de doadores de retorno			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
77,89%	77,06%	77,96%	77,59%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
Apesar das dificuldades na captação de doadores, temos conseguido manter o percentual de doador de retorno em decorrência do trabalho dos colaboradores que atuam diretamente com o doador, reforçando a importância da doação de sangue. A captação através do contato telefônico e/ou carta aos doadores já cadastrados no serviço tem sido uma boa estratégia para a captação de doadores, o que permite manter o índice do retorno.			

INDICADOR: Percentual de pagamentos no prazo			
HISTÓRICO DO INDICADOR			SITUAÇÃO ATUAL
Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010
80%	100%	100%	100%
INFORMAÇÕES SOBRE A EXECUÇÃO DO INDICADOR			
A manutenção de 100% de pagamentos no prazo é em decorrência do trabalho em equipe e a conscientização da importância deste indicador.			

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DO CONJUNTO DE INDICADORES / PRODUTOS
Todas as unidades se empenharam em atingir as metas estabelecidas. Como fator dificultador, podemos observar: 1) área física inadequada, necessitando de reforma ou construção de nova área para atender a legislação em vigor;



2) número reduzido de servidores, o que impacta diretamente no atendimento ao doador e também reduz a capacidade da unidade em realizar coleta externa.

Entretanto, devido ao grande comprometimento dos servidores e das Coordenações das unidades podemos evidenciar resultados acima do acordado.

Conforme observação dos próprios gestores das unidades, as metas para 2011 deverão ser revistas com parcimônia já que ainda não conseguimos adequar o número necessário de profissionais para atender a demanda atual, ressaltando a obrigatoriedade da Fundação Hemominas em ampliar o seu atendimento para atender a 100 da demanda do SUS, como é determinado por legislação federal.

Paulo Roberto Juliano Martins

DIRIGENTE DA EQUIPE HEMOCENTRO REGIONAL DE UBERABA