



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI - PI

Av. Pedro Freitas, S/Nº Bloco A, 1º Andar, Centro Administrativo - Bairro São Pedro, Teresina/PI, CEP 64.018-900

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO - DEFINITIVO

Número do Contrato:	Nº 32/2022
Número do Processo:	00012.021994/2021-00
Data da Assinatura:	11 de abril de 2022
Término da Vigência:	11 de abril de 2027
Objeto do Contrato:	Celebração de parceria para a Gestão Administrativa, compra dos equipamentos e contratação de pessoal para a Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER), através de dispensa de chamamento público (art. 92, IV da lei nº 7.612 de 27 de outubro de 2022), para prestar serviços sob a gestão do Estado do Piauí, nos termos dos Anexos e de mais documentos que fazem parte deste instrumento.
Aditivo do Contrato:	2º Termo do Aditivo do Contrato
Número do Processo:	00012.018314/2023-24
Data da Assinatura Aditivo:	17 de Novembro de 2023
Conveniando:	Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar
CNPJ:	07.995.466/0001-13
Tipo Beneficiário:	Entidade Filantrópica
Unidade Gestora:	Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER)
Município:	Teresina (Piauí)
Período Avaliado:	4º Trimestre de 2024 (outubro, novembro e dezembro)

1. INTRODUÇÃO

Neste relatório, foram analisados os resultados alcançados na execução do **Contrato de Gestão nº 32/2022**, celebrado entre o Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), e a Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação – Associação Reabilitar, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa (NMDER).

É relevante ressaltar que o modelo de parceria entre o Poder Público e as Organizações Sociais é devidamente regulamentado pela legislação federal, através da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, bem como pelo Governo do Estado do Piauí, por meio da Lei Estadual nº 5.519 de 13 de dezembro de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 22.089 de 19 de maio de 2023. Ademais, é oportuno salientar que tal modelo de colaboração visa aprimorar a gestão pública, promovendo modernização, eficiência e qualidade nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É também importante destacar que a SESAPI definiu os indicadores e metas que integram a proposta de trabalho a ser cumprida pela OSS. Nesse contexto, este relatório teve como objetivo demonstrar o desempenho da Associação Reabilitar para a avaliação do repasse referente à parcela variável do Contrato de Gestão, correspondente a 10% do repasse mensal.

Além disso, a descrição das ações fornecidas abaixo pode ser uma abordagem ampla para mensurar o cumprimento do plano de trabalho em cada período específico, facilitando a compreensão da execução global dos indicadores estabelecidos.

Com base nessas considerações, este relatório apresenta os resultados das metas estabelecidas para o quarto trimestre de 2024 (outubro, novembro e dezembro), através do monitoramento contínuo realizado pela Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (CEMA), no âmbito desta Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com seus procedimentos estabelecidos, proporcionando uma análise abrangente do desempenho e das dificuldades enfrentadas pela OSS durante esse período. Dessa forma, contribui para a tomada de decisões e o contínuo aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

2. COMPOSIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas é um processo que visa fornecer um relatório detalhado sobre a utilização dos recursos recebidos pela OSS. Ela implica documentar e justificar todas as informações relacionadas à aplicação desses recursos e permite que a SESAPI avalie se o objeto do contrato foi

executado conforme acordado (Tabela 1), com uma descrição detalhada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados. Portanto, a Prestação de Contas é uma obrigação fundamental, pois demonstra transparência e responsabilidade na utilização dos recursos concedidos pela SESAPI.

Tabela 1: Conformidade da Prestação de Contas

REQUISITOS	CONFORMIDADE	RESPONSÁVEL
Abertura do processo SEI	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
1. PRESTAÇÃO DE CONTAS		
1.1 Número do Contrato de Gestão;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
1.2 Assinatura do Diretor da OSS.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2. RELATÓRIO DA OSS CONTENDO		
2.1 Relatório trimestral descrevendo os resultados das metas (IN 1 e IN 2);	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.2 Censo hospitalar de origem dos pacientes atendidos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.3 Pesquisa de satisfação de pacientes atendidos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.4 Relatório de despesas realizadas;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.5 Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos como recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.6 Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo e função;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.7 Taxa de absenteísmo dos servidores cedidos da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI) e dos colaboradores CLT da ORGANIZAÇÃO SOCIAL;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.8 Fluxo de Caixa;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.9 Cópia das Notas Fiscais com comprovantes de pagamentos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.10 Extratos Bancários com Notas de Esclarecimento;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.11 As despesas administrativas;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.12 Relação de todos contratos firmados pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL relativos ao objeto do Contrato de Gestão, o tipo de serviço, tipo de medição e o valor mensal;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.13 Relação de novas aquisições e movimentações de patrimônio da Unidade Hospitalar;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.14 Relatório de treinamentos, eventos e ações realizados na unidade no período;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.15 Relatório de débitos e créditos vencidos;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.16 Cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços da unidade;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.17 Certidão Negativa de Débitos Estaduais;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.18 Certidão Negativa de Débitos Municipais;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.19 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.20 Certidão Negativa Unificada de Débitos dos Tributos Federais e Débito junto ao INSS;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
2.21 Certificado de Regularidade do FGTS-CRF.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
3. CONTRATO E ADITIVOS CONTENDO:		
3.1 Contrato celebrado assinado;	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
3.2 Último aditivo, se houver, mais extrato de publicação no Diário Oficial do Estado do Piauí.	SIM	OSS (Associação Reabilitar)
4. ANÁLISE DE DESEMPENHO CONTRATUAL CONTENDO:		
4.1 Relatório de indicadores;	SIM	CEMA (DUGES)
4.2 Análise de indicadores e metas;	SIM	CEMA (DUGES)
4.3 Nota explicativa, caso haja parcialidade de valores da parcela (GLOSAS);	SIM	CEMA (DUGES)
4.4 Despacho para ciência e validação.	SIM	CEMA (DUGES)

3. ANÁLISE DE INDICADORES

Entre os diversos instrumentos utilizados para monitorar e avaliar o gerenciamento dos Hospitais Estaduais do Estado do Piauí que atualmente estão sob a administração de Organizações Sociais de Saúde (OSS), destaca-se a análise dos indicadores compostos por metas quantitativas e indicadores de desempenho (Tabelas 2 e 3).

A utilização desses instrumentos integra uma estratégia de rápida implementação, cujo objetivo é promover uma mudança no padrão de funcionamento dos hospitais estaduais, adotando um modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além do alto grau de resolubilidade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo Gestor Estadual. Nesta perspectiva, a análise foi realizada com base nas informações contidas no relatório de prestação de contas encaminhado pela Associação Reabilitar e em dados contidos no sistema de informação do MS-DATASUS.

Quanto à avaliação dos indicadores de desempenho, frisa-se que estes são fundamentais para avaliar e monitorar a eficiência, qualidade e segurança dos serviços de saúde oferecidos pelo hospital à população, permitindo identificar áreas de melhoria a fim de garantir uma assistência de saúde cada vez mais eficaz e satisfatória à comunidade atendida.

No tocante a análise dos indicadores, é possível observar um desempenho variado em relação ao seu cumprimento. Algumas metas foram alcançadas com sucesso, demonstrando a eficácia das ações implementadas, enquanto outras não atingiram os resultados esperados, indicando áreas que requerem maior atenção ou ajustes a fim de atingir os objetivos propostos. Ademais, enfatiza-se a importância da avaliação contínua e do acompanhamento rigoroso das metas estabelecidas, visando garantir a excelência na prestação de serviços e o alcance dos mais altos padrões de qualidade assistencial.

Por fim, verifica-se que a análise das metas alcançadas na NMDER contribui para orientar futuras estratégias e iniciativas destinadas a melhorar ainda mais a qualidade e eficiência dos serviços de saúde oferecidos pela instituição, garantindo assim um melhor atendimento à comunidade atendida.

4. PLANO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

As Infecções do sítio cirúrgico (ISC) são consideradas eventos adversos (EA) frequentes, decorrentes da assistência à saúde dos pacientes que podem resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente. Esse indicador é de extrema relevância para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), pois reflete possíveis fragilidades nos processos de prevenção de infecções ao longo de todo o ciclo assistencial, incluindo as etapas de pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Entre junho e dezembro de 2024, observamos um aumento significativo nos casos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC). Essa elevação está diretamente associada à intensificação de nossas estratégias de monitoramento, que passaram a incluir ações mais rigorosas e abrangentes. A fim de otimizar a investigação de infecções, foi implementada a busca fonada em pacientes pós-operatórios após alta hospitalar e a busca ativa de infecções em parturientes internadas na maternidade. Essas medidas permitiram um acompanhamento mais preciso das infecções, gerando um indicador de ISC mais próximo da realidade, possibilitando um diagnóstico situacional do problema e a definição de metas adequadas de prevenção e controle de infecções.

AÇÃO - 2024	PÚBLICO-ALVO	EXECUTANTE	DATA PREVISTA	STATUS	
Visita técnica à Central de material Esterilizado	Esterilizado CME	CCIH	10.09	Realizado	
Visita técnica ao Centro Cirúrgico	CC		18.09		
Instalação de dispensadores de álcool - gel na unidade			Manutenção		20.11
Treinamento de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico	Enfermagem	CCIH	18,19,20.12	Realizado	
Treinamento de Cirurgia Segura		Coord. CC			
1. Substituição do PVPI por escova impregnada com clorexidina para degermação das mãos	Equipe cirúrgica	CC	Janeiro/2025		
2. Substituição de PVPI por clorexidina para antisepsia da pele no pré - operatório	Paciente				
3. Validação dos Protocolos e Pop's do CC	CC	CCIH	Fevereiro/2025		
4. Elaboração e Implantação do Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico	N/A				
5. Solicitar ambiência - Placas de higiene das mãos em todas as pias do centro cirúrgico					
6. Realizar auditoria de sabonete, papel toalha e álcool gel no CC					
7. Aumentar a quantidade dispensadores de álcool gel dentro do CC					
8. Elaboração do Protocolo de Antibioticoprofilaxia					
9. Implantação do Protocolo de Antibioticoprofilaxia	Enfermagem	CCIH	Março/2025		
10. Cuidados com a ferida operatória					
11. Treinamento de Higiene simples das mãos					
12. Treinamento de Antissepsia cirúrgica das mãos					
13. Elaboração de folder instrutivo com cuidados pós-operatórios					
14. Visita técnica de auditoria prospectiva	N/A	CCIH	Abril/2025		
15. Treinamento de preventivas de ISC antes, durante e após o procedimento cirúrgico	Enfermagem				Maio/2025
			Julho/2025		
			Setembro/2025		
			Outubro/2025		

5. METAS QUANTITATIVAS (IN 1)

Os dados apresentados revelam um desempenho amplamente positivo no cumprimento das metas quantitativas relacionadas à atenção obstétrica e neonatal. A maioria dos indicadores ultrapassou as metas pactuadas, refletindo uma alta demanda pelos serviços e um possível aumento da cobertura assistencial na área materno-infantil.

O indicador de intercorrências clínicas na gravidez superou a meta em 148,35%, o que pode indicar um aumento na detecção e no acompanhamento de complicações gestacionais. Esse crescimento pode estar relacionado a um maior acesso ao pré-natal ou a um perfil de gestantes com mais fatores de risco. Da mesma forma, o número de partos normais foi significativamente superior ao previsto (157,67%), um aspecto positivo dentro das políticas de incentivo ao parto vaginal, reduzindo intervenções desnecessárias.

Já o número de partos cesarianos em gestações de alto risco e partos cesarianos em geral ficou levemente abaixo da meta (95,92%), o que sugere que a priorização do parto normal pode ter contribuído para esse resultado. No entanto, a taxa ainda está próxima do pactuado, indicando que o planejamento está alinhado com a demanda real. O número de laqueaduras também superou a meta, alcançando 107,56%, possivelmente refletindo uma maior busca por métodos contraceptivos definitivos.

Outro destaque positivo foi a taxa de resolatividade cirúrgica, que manteve um índice de 100%, cumprindo plenamente a meta estipulada. Esse indicador demonstra eficiência na realização de procedimentos cirúrgicos indicados dentro do prazo adequado, garantindo a qualidade da assistência prestada.

No que diz respeito à consulta médica em atenção especializada, houve um pequeno aumento em relação à meta pactuada (105,15%), o que pode indicar uma ampliação da oferta de atendimento ou uma maior procura por parte das gestantes e puérperas. Já os exames complementares apresentaram variações mais expressivas, como a ultrassonografia obstétrica, que superou a meta em 118,78%, e a ultrassonografia Doppler de fluxo obstétrico, que alcançou 159,89%, demonstrando uma alta demanda por monitoramento gestacional.

Por outro lado, a tococardiografia para parto, que avalia a vitalidade fetal, foi o único indicador que não atingiu a meta pactuada, registrando 87,12% de cumprimento e nota 9. Esse desempenho pode estar associado a limitações de acesso, disponibilidade de equipamentos ou menor necessidade desse exame em alguns casos clínicos.

Os serviços de circuito materno e infantil, que envolvem um conjunto de atendimentos voltados à assistência integrada das gestantes e crianças, apresentaram desempenho próximos ao esperado, com 95,03% e 109,81% de cumprimento, respectivamente. Esses percentuais sugerem um fluxo de atendimento estável e alinhado às expectativas da gestão.

Tabela 2: Metas Quantitativas

METAS QUANTITATIVAS	PACTUADO	REALIZADO	RESULTADO OBTIDO META	DA	NOTA
Intercorrências clínicas na gravidez	850	1261	148,35%		10
Parto normal	300	473	157,67%		10
Parto cesariano em gestação de alto risco e parto cesariano	1200	1151	95,92%		10
Laqueadura	225	242	107,56%		10
Taxa de resolubilidade quando indicado a cirurgia (em até 5 dias do diagnóstico) de outras cirurgias relacionados com o est. gestacional	100%	100%	100,00%		10
Consulta médica em atenção especializada	3.828	4025	105,15%		10
Ultrassonografia obstétrica	969	1151	118,78%		10
Tococardiografia parto	264	230	87,12%		9
Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico	1254	2005	159,89%		10
Circuito materno	10.385	9869	95,03%		10
Circuito infantil	4.240	4656	109,81%		10

De maneira geral, os dados refletem uma boa execução dos serviços pactuados, com destaque para o aumento da assistência ao parto normal e o fortalecimento da atenção especializada. A alta procura por exames complementares reforça a necessidade de manter a estrutura diagnóstica para garantir a continuidade do atendimento de qualidade. Entretanto, o desempenho abaixo da meta na tococardiografia para parto merece atenção, exigindo uma análise mais aprofundada sobre possíveis limitações operacionais ou ajustes no fluxo de solicitação desse exame.

6. INDICADORES DE DESEMPENHO (IN 2)

Os dados apresentados demonstram uma avaliação detalhada de diversos indicadores de desempenho, com foco na qualidade da assistência prestada e no cumprimento das metas estabelecidas. De maneira geral, a maioria dos indicadores ultrapassou significativamente as metas pactuadas, o que pode indicar um bom desempenho dos serviços analisados.

Os indicadores relacionados a tempo de permanência e resolatividade dos atendimentos também apresentam bons resultados. O tempo médio de permanência de até 7 dias foi cumprido com 123,89%, demonstrando eficiência na gestão dos leitos e alta rotatividade hospitalar. Além disso, o tempo de permanência inferior a 10 dias teve um cumprimento de 191,20%, e o tempo inferior a 24,54 dias também superou a meta em 175,29%, indicando uma boa eficiência na gestão hospitalar e na alta dos pacientes.

A taxa de infecções hospitalares, como a infecção por 1000 paciente-dia, foi zero, atingindo 2200% de cumprimento da meta. Esse resultado sugere um alto controle das infecções nosocomiais, o que é um excelente indicador de qualidade assistencial e adoção de boas práticas hospitalares.

No que se refere às taxas de mortalidade e complicações, a meta pactuada para alguns indicadores era ≤ 1%, e os resultados apontam 0,29% e 0,15%, demonstrando uma taxa de eventos adversos inferior ao limite estabelecido. Esses dados reforçam a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.

Contudo, há indicadores que não atingiram plenamente a meta. O indicador com meta ≥ 75% alcançou 66,01%, o que gerou uma nota 9,85 enquanto o indicador com meta ≤ 2 obteve um resultado de 3, resultando em uma nota 7. Esses casos requerem uma análise mais aprofundada para entender os fatores que contribuíram para o desempenho abaixo do esperado e, se necessário, estabelecer estratégias para correção.

Tabela 3: Metas Qualitativas

METAS QUALITATIVAS	PACTUADO	REALIZADO	RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA
Taxa de ocupação hospitalar	≥ 85 %	83,42	9,81%	10
Média de permanência	≤ 7 dias	5,65	123,89%	10
Taxa de readmissão em UTI (48h)	≤ 5%	0,92%	543,48%	10
Taxa de readmissão hospitalar (29 dias)	≤ 20%	3,41%	586,51%	10
Percentual de ocorrência de glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%	0,29%	344,83%	10
Perc. de suspensão de cirurgias (Relacionadas à organ. da unidade)	≤ 3%	0,15%	2000,00%	10
Perc. de invest. da gravidade de reações adversas a med. (Farmacovigilância)	≥ 95%	100%	105,26%	10
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	1,11	111,00%	10
Perc. de manifestações queixosas recebidas no sist. de ouvidoria do SUS	< 5%	0,21%	2376,19%	10
Taxa de ocupação das agendas ambulatoriais	≥ 75%	66,01%	88,01%	9
Percentual de gestação de alto risco com plano de cuidados	≥ 95%	117,31%	123,48%	10
Taxa de mortalidade institucional neonatal	≤ 50	32	156,25%	10
Taxa de mortalidade institucional materna	≤ 2	3	66,67%	7
Taxa de infecção hospitalar	≤ 14%	3,08%	454,55%	10
Taxa de infecção de sítio cirúrgico	≤ 1%	1,01%	98,81%	10
Incidência de quedas com dano -coleta obrigatória	≤ 2,2 / 1000 paciente-dia	0	2200,00%	10
Tempo de permanência em leito de uti materna	≤ 10 dias	5,23	191,20%	10
Tempo de permanência em leito de uti neonatal	≤ 24,54 dias	14	175,29%	10
Taxa de eventos sentinela	0	0	100,00%	10
Taxa de incidentes notificados ao NOTIVISA	≥ 95 %	100%	105,26%	10

7. ANÁLISE DA PONTUAÇÃO

Com base na análise das notas atingidas através do resultado das metas pactuadas e realizadas, observa-se um desempenho positivo em ambas as categorias (IN 1 e IN 2):

1) Metas Quantitativas / IN 1 (Nota A - Muito bom, Pontuação Global de 10,0):

2) Indicadores de Desempenho / IN 2 (Nota A - Muito bom, Pontuação Global de 9,75):

Na avaliação dos indicadores de desempenho, observou-se um sucesso na realização de algumas metas, mas também indica que ainda há margem para melhorias.

No geral, considerando a análise geral das metas (IN 1 e IN 2), o desempenho foi classificado como "Nota A - MUITO BOM", com uma pontuação média de 9,85. Na tabela 4, essas informações são apresentadas.

Tabela 4: Pontuação das Metas

METAS	PONTUAÇÃO PACTUADA	PONTUAÇÃO REALIZADA	PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO
Quantitativas (IN 1)	110	109	9,91	A - Muito bom
Indicadores de desempenho (IN 2)	200	196	9,80	A - Muito bom
TOTAL	310	305	9,85	A - Muito bom

Legenda:

PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DA PARCELA VARIÁVEL
9,0 a 10,0 pontos	A – MUITO BOM	100%
7,1 a 8,9 pontos	B – BOM	80%
6,1 a 7,0 pontos	C – REGULAR	60%
5,0 a 6,0 pontos	D – RUIM	30%
< 5,0	E- INSUFICIENTE	Zero

8. ANÁLISE CONTÁBIL-FINANCEIRA

A análise contábil-financeira possibilita a visualização da condição geral do fluxo financeiro executado pela OSS, com o intuito de demonstrar os resultados do gerenciamento dos recursos que lhe foram repassados. Portanto, a finalidade deste processo consiste em decompor, comparar e interpretar os demonstrativos apresentados.

Em resumo, a análise dos quadro evidencia a importância de um controle rigoroso dos repasses financeiros, das retenções e das glosas, visando garantir a transparência e a conformidade dos processos de gestão financeira.

A análise do quadro revela uma série de informações importantes sobre os repasses financeiros e as retenções realizadas ao longo de três meses. Inicialmente, observa-se que o valor bruto da rubrica F500 permanece constante em todos os meses, indicando uma estabilidade nos montantes envolvidos. No entanto, é evidenciado que houve retenção de valores na rubrica F500, sendo essas retenções consistentes em cada mês, o que sugere uma previsibilidade nos valores efetivamente repassados.

Na tabela 5, é apresentado o histórico de glosas e repasses financeiros (outubro, novembro e dezembro de 2024). Na tabela 6, é detalhado o repasse financeiro a ser transferido.

Despesas Realizadas

HISTÓRICO DE GLOSAS E REPASSES				
RUBRICA	Mês			Soma
	Outubro	Novembro	Dezembro	
Valor bruto f500	R\$ 14.999.998,43	R\$ 14.999.998,43	R\$ 14.999.998,43	R\$ 44.999.995,29
Valor retido	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 4.499.999,52
Valor Líquido f500	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 13.499.998,59	R\$ 40.499.995,77
Glosas realizadas	R\$ 5.263.866,16	R\$ 5.045.111,63	R\$ 4.842.526,49	R\$ 890.108,25
Valor do repasse	R\$ 8.236.132,43	R\$ 8.454.886,96	R\$ 8.657.472,09	R\$ 25.348.491,48
Percentual à pagar do valor retido	100%	100%	100%	100%
Saldo à Transferir	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 1.499.999,84	R\$ 4.499.999,52

A análise contábil-financeira permite a visualização da condição geral do fluxo financeiro executadas pela OSS, de modo a demonstrar os resultados do gerenciamento, pela administração dos recursos que lhe foram confiados. Portanto, a finalidade deste processo consiste em decompor, comparar e interpretar os demonstrativos apresentados, com intuito de transformar os dados extraídos das demonstrações, em informações úteis para tomada de decisão do contratante.

A análise do quadro revela uma série de informações relevantes sobre os repasses financeiros e as retenções realizadas ao longo de três meses. Inicialmente, nota-se que o valor bruto da rubrica f500 permanece constante em todos os meses, o que indica uma estabilidade nos montantes envolvidos. No entanto, também é evidente que houve retenção de valores na f500, sendo essas retenções consistentes em cada mês. Isso sugere uma previsibilidade nos valores efetivamente repassados.

A nota global de 100%, que baliza e reflete fielmente o resultado do desempenho em relação às metas estabelecidas, evidencia tanto os objetivos alcançados quanto as áreas que apresentam oportunidades de melhoria. Isso demonstra a conformidade com os percentuais das metas e os indicadores de desempenho estabelecidos no contrato de gestão.

VI- CONCLUSÃO

A SESAPI como contratante, deve se empenhar em monitorar e fiscalizar nos termos, da legislação pertinente, as atividades do contrato em relação à execução das metas contratualizadas. Temos em suma que as atividades desenvolvidas apresentadas no relatório de acompanhamento do Contrato de Gestão N°32/2022 encaminhado pela Associação Reabilitar cobriu a oferta de serviços (eficácia) e o impacto em termos de foco e satisfação do beneficiário (efetividade).

Neste contexto, a CEMA procedeu à análise do Relatório de Execução do Contrato de Gestão encaminhado pela Associação Reabilitar e contata-se que a Unidade Gerenciada cumpriu com os Indicadores e Metas de Desempenho, com Pontuação Global 9,85 que consolida Conceito **"A - muito Bom"** e representa o percentual de 100% do valor a ser repassado.

Para fins de prestação de conta, o parâmetro contratual exige que as informações sejam apuradas com periodicidade tanto mensal quanto trimestral, na qual a análise é realizada, comparativamente, tomando por base o resultado do trimestre anterior.

Considerando os índices qualitativos e quantitativos apresentados pela Associação Reabilitar e aprovados pela Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação, não houve impacto financeiro para as referidas produções dos meses de Outubro, Novembro e Dezembro totalizando um repasse de 100% do saldo retido ao longo do trimestre.

Em razão de tudo o exposto, submete-se o relatório conclusivo para apreciação da autoridade competente, opinando pela aprovação da prestação de contas.

Atentamente,
Diretoria de Unidade de Gestão em Saúde (DUGES)



Documento assinado eletronicamente por **ROMAK BEZERRA HOLANDA - Matr.04106610, Coordenador**, em 14/03/2025, às 12:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **MAYZA DE SOUZA BRITO - Matr.03893979, Assessora Técnica**, em 14/03/2025, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **YUSEF QATHAF AGUIAR - Matr.04022980, Diretor**, em 19/03/2025, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA FERNANDA COSTA ANTUNES DE ARÚJO MACÊDO - Matr.0400963X, Assistente de Serviços I**, em 20/03/2025, às 12:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **LINO WAGNER CASTELO BRANCO PORTELA - Matr.03779670, Coordenador**, em 20/03/2025, às 13:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **TERESINHA MARIA DA ROCHA - Matr.0298578-X, Membro da Comissão da Comissão Especial de Monitoramento e Avaliação**, em 20/03/2025, às 13:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **NAYANA SANTOS ARÊA SOARES - Matr.0199490-5, Professor**, em 20/03/2025, às 13:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **TÂNIA MÁRCIA MARQUES DE SOUSA - Matr.03988635, Coordenadora**, em 20/03/2025, às 13:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **PRISCILLA INES MAGALHAES COSTA - Matr.04080025, Auxiliar de Gestão**, em 20/03/2025, às 13:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA PIRES EUGÊNIO GOMES - Matr.03763129, Coordenadora**, em 20/03/2025, às 13:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **017121459** e o código CRC **2E7F4CA7**.

Referência: Caso responda este Documento, indicar expressamente o Processo nº 00351.000363/2025-21

SEI nº 017121459