



GESTÃO EM SAÚDE

70 anos
de assistência

**HOSPITAL REGIONAL DE
PAULO AFONSO
CONTRATO 05/2025**

CONTRATO DE GESTÃO Nº. 05/2025

RELATÓRIO ANUAL DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

HOSPITAL REGIONAL DE PAULO AFONSO-HRPA

4º TRIMESTRE 2025

Data da entrega do Relatório: __/__/__

Recebido por: _____

Sumário

1. Introdução	03
1.1 Responsáveis	03
2. Comparativo entre as metas pactuadas e os resultados alcançados	06
2.1 Comentários sobre os resultados	06
2.2 Plano de Ação de Melhoria	06
3. Demonstrativo de receitas e despesas do período	09
3.1 Resumo das Movimentações Financeiras do Período	09
3.2 Demonstrativo Sintético de Receitas e Despesas do Período	10
3.3 Demonstrativo Analítico de Receitas e Despesas do Período	11
3.4 Relação de Bens Permanentes Adquiridos no Período	13
3.5 Relação de Pagamentos de Serviços de Terceiros no Período	14
3.6 Análise das receitas e despesas do período	15
3.7 Balanço Patrimonial do Exercício	15
3.8 Demonstração do Resultado do Exercício	16
3.9 Demonstração dos Fluxos de Caixa	16
4. Pesquisa de satisfação dos usuários	16
5. Considerações Finais	17
6. Comprovantes de Regularidade Trabalhista, Previdenciária e Fiscal	20
7. Declaração dos Dirigentes e Conselheiros	21
7.1 Declaração dos Dirigentes	21

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório Anual de Prestação de Contas, referente ao 4º trimestre de 2025, do HOSPITAL REGIONAL DE PAULO AFONSO-HRPA, gerida pela ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA DE UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE foi elaborado de acordo com o disposto nos art. 15, 16 e 26 da Lei Estadual n 8.647/2003, que regulamenta o Programa Estadual de Organizações Sociais.

Este relatório objetiva demonstrar o desempenho da ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA DE UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE na execução do Contrato de Gestão nº 005/2025, apresentando o comparativo específico das metas pactuadas com os resultados alcançados, acompanhado dos respectivos demonstrativos financeiros, fornecendo ainda informações complementares, considerando o Plano de Trabalho.

Em cumprimento à cláusula décima primeira do contrato de gestão, após a validação do Conselho administrativo constituído em 29 de março de 2024 e do Conselho fiscal constituído em 29 de março de 2024, este relatório será encaminhado à Secretaria de saúde do Estado da Bahia – SESAB, direcionado à Diretoria de Apoio Operacional às Unidades Próprias - DAOUP.

O referido Contrato de Gestão tem como objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes, para a gestão, operacionalização e execução das ações e dos serviços de saúde a serem executados pela CONTRATADA, no HOSPITAL REGIONAL DE PAULO AFONSO, situado no Município de Paulo Afonso, Estado da Bahia, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, observados os princípios e legislações do SUS. De maneira complementar, seguem anexados a este relatório os comprovantes de regularidade trabalhista, previdenciária e fiscal da Organização Social.

1.1 RESPONSÁVEIS

1.1.1 DIRIGENTE MÁXIMO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

YURGAN TARGE PASSOS SANTANA

1.1.2 DIRIGENTE MÁXIMO DA UNIDADE

TIANA LÚCIA PIMENTEL DOS SANTOS

1.1.3 MEMBROS DO CONSELHO DELIBERATIVO

MARCOS BORDONI GONÇALVES

DANIEL MASCARENHAS ISAAC

CARLOS ALBERTO DIAS DA PAIXÃO

JORGE MÁRCIO ALBURQUEQUE MELLO CONTREIRAS

CÍNTIA MARTINS DE ALMEIDA MATARA

BARBARA ALVES DE JESUS AMORIM DOS SANTOS

ODILON BARRO DOS SANTOS

1.1.4 MEMBROS DO CONSELHO FISCAL

MARCELO REIS DOMINGUES

JEAN RICARDO DAS LUZ SANTOS

ANA PAULA DIAS DE SANTANA

MARILIA ROSÉLIA CASTRO MASCARENHAS ISAAC

FERNANDA DA SILVA LISBOA

VINÍCIUS PAULUS PASSOS SANTANA

2. COMPARATIVO ENTRE AS METAS PACTUADAS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025												
Tabela 01 - Comparativo entre as Metas Pactuadas e os Resultados Alcançados												
Nº	INDICADOR			AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO		4º TRIMESTRE						% ALCANCE
	COD. INDICADOR	NOME DO INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	PARÂMETRO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	PESO	META	META TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ	REALIZADO TRIMESTRE	
COMPONENTE FINALÍSTICO - CF												
1	02.02 Grupo 2	Diagnóstico em Laboratório Clínico	Quantidade de exames realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de exames realizados.	2%	2.527	7.581	2.871	3.718	8.909	15.498	204,43%
2	02.04 Grupo 2	Diagnóstico por Radiologia	Quantidade de exames realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quatidade de exames realizados.	2%	281	843	235	1.050	1.316	2.601	308,54%
3	02.05 Grupo 2	Diagnóstico por Ultrassonografia	Quantidade de exames realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Qualidade de exames realizados.	2%	281	843	150	282	486	918	108,90%
4	02.06 Grupo 2	Diagnóstico por Tomografia	Quantidade de exames realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de exames realizados	2%	112	336	0	340	726	1.066	317,26%
5	02.11 Grupo 2	Métodos Diagnósticos em Especialidade (ECG)	Quantidade de exames realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de exames realizados	2%	168	504	66	154	391	611	121,23%
6	03.01.01.007-2 Grupo 3	Consulta Médica na Atenção Especializada	Quantidade de atendimentos/consultas realizadas no DATASUS/Tabwin	Quantidade de atendimentos/consultas realizados	3%	504	1.512	404	468	521	1.393	92,13%
7	03.01.06.006-1 Grupo 3	Atendimento de Urgência na Atenção Especializada- Médico	Quantidade de atendimentos/consultas realizadas no DATASUS/Tabwin	Quantidade de atendimentos/consultas realizados	5%	720	2.160	4.453	3.906	3.975	12.334	571,02%
8	03.01.06.002-9 Grupo 3	Atendimento de Urgência com Observação 24 Horas em Atenção Especializada	Quantidade de atendimentos/consultas realizadas no DATASUS/Tabwin	Quantidade de atendimentos/consultas realizados	3%	180	540	156	1.537	1.301	2.994	554,44%
9	04.01 / 04.04/ 04.07/ 04.08/ 04.12/ 04.15 Grupo 04	Cirurgias ambulatoriais	Quantidade de saídas realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de saídas hospitalares	7%	63	189	34	24	18	76	40,21%
10	INTERNAÇÃO	Clínica geral / saúde mental	Quantidade de saídas realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de saídas hospitalares	25%	162	486	99	134	81	314	64,61%
11	04.06/ 04.07/ 04.08 / 04.09 INTERNAÇÃO	Cirurgia Geral	Quantidade de saídas realizados e registrados no DATASUS/Tabwin	Quantidade de saídas hospitalares	38%	180	540	105	119	104	328	60,74%
				TOTAL DA PONTUAÇÃO MÁXIMA DA COMPONENTE FINALÍSTICA (A)		TOTAL PONTUAÇÃO OBTIDA DA COMPONENTE FINALÍSTICA (B)						
PERCENTUAL DE ALCANCE DA COMPONENTE FINALÍSTICA (B/A)						ÍNDICE DA COMPONENTE FINALÍSTICA - IC/F						
					90,00%	5.178	15.534	8.573	11.732	17.828	38.133	
Nº	INDICADOR			AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO		4º TRIMESTRE						
	COD. INDICADOR	NOME DO INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	PARÂMETRO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	PESO	META	OUT	NOV	DEZ			
COMPONENTE DE GESTÃO - CG												
12	-	Relação entre o valor repassado, mensalmente, pelo Contratante para custeio da Unidade de Saúde, sem OPME, quantidade Saídas Hospitalares, comprovadas através de AIH, em todas as clínicas, no período avaliado	Valor repassado, mensalmente, pelo Contratante para custeio da Unidade de Saúde, sem OPME/Total de saídas hospitalares, comprovadas através de AIH, no período avaliado. Contrato de gestão no DATASUS/Tabwin	Parâmetro: Contrato de Gestão: R\$ 6.321,66 (seis mil trezentos e vinte e um reais e sessenta e seis centavos) Meta Permanente: Manter ou reduzir o parâmetro da relação entre o valor repassado, mensalmente, pelo Contratante à Unidade de Saúde, sem OPME, e a quantidade de Saídas Hospitalares, comprovadas através de AIH, em todas as clínicas. Observação: o parâmetro deverá ser revisado sempre que houver alteração de preço e/ou de saídas hospitalares.	2,0%	2%	R\$ 9.872,18	R\$ 7.890,54	R\$ 10.444,48			
13	-	Taxa de infecção hospitalar	infecções hospitalares ocorridas num determinado período / n° de saídas no mesmo período X 100	Parâmetro: <= 5%	3,0%	5%	0,44%	2,07%	1,26%			
14	-	Mortalidade Institucional	Nº de óbitos após 24 horas de internamento no trimestre avaliado / N° de saídas no mesmo período X 100	Parâmetro: <= 3%	3,0%	3,00%	15,93%	14,46%	5,04%			
15	-	Taxa de Ocupação	Nº de pacientes/dia no trimestre avaliado / n° de leitos dia no mesmo período X 10	Parâmetro: >=80%	2,0%	80,00%	80,48%	78,94%	85,44%			
				TOTAL DA PONTUAÇÃO MÁXIMA DA COMPONENTE DE GESTÃO (C)		TOTAL PONTUAÇÃO OBTIDA DA COMPONENTE DE GESTÃO (D)						
PERCENTUAL DE ALCANCE DA COMPONENTE DE GESTÃO (D/C)						ÍNDICE DA COMPONENTE DE GESTÃO - IC/G						
ID TRIMESTRAL (ICF*0,7) + (ICG*0,3)												

2.1 COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS

A seguir apresenta-se o detalhamento dos resultados por indicador, de acordo com o contrato.

QUANTITATIVO

Indicador: Internação – Saídas (Clínica Geral / Saúde Mental)

Meta Trimestral: 486 saídas

Resultado Apurado: 314 saídas

Percentual de Alcance da Meta: 64,61%

O quantitativo de saídas da Clínica Geral e da Saúde Mental no período avaliado não atingiu a meta trimestral estabelecida. O desempenho observado está diretamente relacionado a fatores assistenciais e ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela unidade, os quais impactaram negativamente o giro de leitos e, consequentemente, a taxa de ocupação hospitalar, bem como a utilização da capacidade instalada da unidade.

Na Clínica Geral, destaca-se a elevada proporção de pacientes idosos, portadores de múltiplas comorbidades, que demandam maior tempo de internação para estabilização clínica e continuidade do cuidado. Essa característica assistencial resulta em maior permanência média e redução do giro de leitos.

No que se refere à Saúde Mental, observa-se variação mensal na demanda de pacientes com essa condição, além da admissão de pacientes que, em sua maioria, chegam à unidade em estágio avançado de crise psiquiátrica. Tal situação implica internações mais prolongadas para manejo clínico, estabilização do quadro e garantia da segurança do paciente e da equipe assistencial, contribuindo para a redução do número de altas e admissões no período analisado.

Ressalta-se que o resultado obtido reflete o perfil assistencial da unidade e as características da demanda atendida, evidenciando a necessidade de continuidade do monitoramento do indicador, bem como da implementação de estratégias voltadas à otimização do giro de leitos, sem prejuízo da qualidade e da segurança da assistência prestada.

Indicador: Internação – Saídas (Cirurgia Geral)

Meta Trimestral: 540 saídas

Resultado Apurado: 328 saídas

Percentual de Alcance da Meta: 60,74%

O quantitativo de saídas da Cirurgia Geral no período avaliado não atingiu a meta trimestral estabelecida. Tal desempenho está diretamente relacionado ao perfil assistencial da unidade, caracterizada pelo atendimento a pacientes politraumatizados e idosos, em sua maioria com quadros graves, que demandam intervenções cirúrgicas e elevada complexidade assistencial, resultando em aumento do tempo médio de internação e, em alguns casos, na necessidade de processos regulatórios para continuidade do cuidado.

Esses fatores impactam diretamente o giro de leitos da Cirurgia Geral, contribuindo para a redução do número de altas no período analisado. Ressalta-se que os resultados refletem as características da assistência prestada e da demanda atendida pela unidade, evidenciando a necessidade de acompanhamento contínuo do indicador, bem como da adoção de estratégias voltadas à otimização do tempo de internação, sem prejuízo da qualidade e da segurança da assistência prestada.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 02: Procedimentos com Finalidade

Diagnóstica(Laboratório Clínico)

Meta Trimestral: 7.581 procedimentos

Resultado Apurado: 15.498 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 204,43%

A quantidade de procedimentos diagnósticos realizados no período avaliou superou significativamente a meta trimestral estabelecida, atingindo 204,43% do previsto. Esse resultado demonstra a capacidade da unidade hospitalar em oferecer resolutividade diagnóstica aos pacientes atendidos, refletindo eficiência operacional, adequada organização dos fluxos de atendimento e atendimento às demandas clínicas da população assistida.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica
(Radiologia)

Meta Trimestral: 843 procedimentos

Resultado Apurado: 2.601 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 308,54%

A quantidade de exames de Radiologia realizados no período avaliado superou amplamente a meta trimestral estabelecida, atingindo 308,54% do previsto. Este resultado evidencia a capacidade do hospital em oferecer resolutividade diagnóstica aos pacientes atendidos, refletindo eficiência operacional, adequada organização dos fluxos de atendimento e atendimento efetivo às demandas clínicas da população assistida.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica
(Ultrassonografia)

Meta Trimestral: 843 procedimentos

Resultado Apurado: 918 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 108,9%

Análise Técnica:

A quantidade de exames de ultrassonografia realizados no período avaliado superou a meta trimestral estabelecida, atingindo 108,9% do previsto. Este resultado demonstra a capacidade do hospital em oferecer resolutividade diagnóstica aos pacientes atendidos, evidenciando eficiência operacional, organização adequada dos fluxos de atendimento e atendimento efetivo às demandas clínicas da população assistida

Indicador: Ambulatorial – Grupo 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica
(Tomografia)

Meta Trimestral: 336 procedimentos

Resultado Apurado: 1.066 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 317,26%

Análise Técnica:

A quantidade de exames de tomografia realizados no período avaliado superou amplamente a meta trimestral estabelecida, atingindo 317,26% do previsto. Este resultado evidencia a capacidade do hospital em oferecer resolutividade diagnóstica aos pacientes atendidos, refletindo eficiência operacional, adequada organização dos fluxos de atendimento e atendimento efetivo às demandas clínicas da população.

A consolidação da oferta deste exame, em um contexto regional de escassez, demonstra o compromisso do hospital em suprir as necessidades da população e garantir acesso a serviços de saúde de qualidade.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica (ECG)

Meta Trimestral: 504 procedimentos

Resultado Apurado: 611 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 121,23%

A quantidade de exames de ECG realizados no período avaliado superou a meta trimestral estabelecida, atingindo 121,23% do previsto. Este resultado evidencia a capacidade do hospital em oferecer resolutividade diagnóstica aos pacientes atendidos, refletindo eficiência operacional, organização adequada dos fluxos de atendimento e atendimento efetivo às demandas clínicas da população assistida.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 03: Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Serviço de Urgência e Emergência (Consulta Médica em Atenção Especializada)

Meta Trimestral: 1.512 consultas

Resultado Apurado: 1.393 consultas

Percentual de Alcance da Meta: 92,13%

O número de consultas médicas em atenção especializada no período avaliado apresentou bom volume, porém não atingiu a meta trimestral estabelecida. O desempenho observado reflete a dificuldade na captação de profissionais médicos com especialidade adequada para atender às necessidades da população na região de Paulo Afonso.

A escassez de especialistas, incluindo anestesistas e cirurgiões, impacta diretamente a oferta de consultas, limitando o acesso dos pacientes aos cuidados especializados.

A gestão permanece empenhada em identificar e implementar soluções para essa limitação, buscando estratégias para atrair e fixar profissionais qualificados na região, garantindo a continuidade do atendimento especializado e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 03: Atendimento de Urgência em Atenção Especializada (Médico)

Meta Trimestral: 2.160 atendimentos

Resultado Apurado: 12.334 atendimentos

Percentual de Alcance da Meta: 571,02%

Análise Técnica:

O número de atendimentos de urgência realizados no período avaliado superou amplamente a meta trimestral estabelecida, atingindo 571,02% do previsto. No entanto, observa-se que a maior parte desses atendimentos refere-se a pacientes de baixa complexidade, classificados nos níveis de risco verde e azul segundo a triagem de Manchester.

Esse cenário evidencia que, embora a unidade apresente alta capacidade de resposta, grande parte da demanda é composta por casos que poderiam ser resolvidos em níveis de atenção primária ou ambulatorial, impactando a organização do fluxo de urgência e potencialmente reduzindo a disponibilidade de atendimento para pacientes de maior complexidade.

Ressalta-se a importância de estratégias voltadas à regulação da demanda, à educação em saúde e à integração com a atenção primária, visando otimizar o uso da urgência especializada e priorizar o atendimento aos casos de maior complexidade clínica.

Indicador: Ambulatorial – Grupo 03: Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas

Meta Trimestral: 540 atendimentos

Resultado Apurado: 2.994 atendimentos

Percentual de Alcance da Meta: 554,44%

Análise Técnica:

O número de atendimentos de urgência com observação até 24 horas no período avaliado superou amplamente a meta trimestral estabelecida, atingindo 554,44% do previsto. Este resultado evidencia a capacidade assistencial da unidade em avaliar adequadamente os pacientes, distinguindo aqueles que necessitam de internação prolongada daqueles que podem ser liberados após monitoramento de curta duração, sem comprometer a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes.

Indicador: Grupo 04 – Cirurgias Ambulatoriais

Meta Trimestral: 189 procedimentos

Resultado Apurado: 73 procedimentos

Percentual de Alcance da Meta: 40,21%

Análise Técnica:

O número de cirurgias ambulatoriais realizadas no período avaliado ficou aquém da meta trimestral estabelecida, atingindo 40,21% do previsto. Esse desempenho reflete a persistente dificuldade na captação de profissionais médicos especializados na região de Paulo Afonso, em especial cirurgiões, cuja escassez limita a capacidade da unidade em ofertar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

A limitação de profissionais impacta diretamente o acesso dos pacientes a este tipo de serviço, prejudicando a resolutividade e a cobertura assistencial da população local.

A gestão permanece empenhada em desenvolver e implementar estratégias inovadoras para atrair e fixar profissionais qualificados na região, com o objetivo de ampliar a oferta de cirurgias ambulatoriais e atender às necessidades da população, garantindo qualidade e segurança nos procedimentos realizados.

INDICADOR QUALITATIVO

Relação Custo x Saídas Hospitalares

O indicador avalia a relação entre o valor repassado mensalmente pelo contratante para custeio da unidade de saúde (excluindo OPME) e a quantidade de saídas hospitalares comprovadas por meio de AIH, considerando todas as clínicas no período avaliado.

A **meta** estabelecida para o indicador é de **R\$ 6.321,66**.

No período analisado, os resultados observados foram:

- **Outubro:** R\$ 9.872,18

- **Novembro:** R\$ 7.890,54
- **Dezembro:** R\$ 10.444,48

Verifica-se que, em todos os meses avaliados, os valores apurados ficaram **acima da meta estabelecida**, caracterizando um **resultado desfavorável** para o indicador.

Esse desempenho se **justifica pelo não atingimento do número esperado de saídas hospitalares**, o que impacta diretamente o indicador.

Taxa de Infecção Hospitalar

O indicador avalia a taxa de infecção hospitalar da unidade, tendo como **meta estabelecida** valor **igual ou inferior a 5%**.

No período analisado, os resultados apurados foram:

- **Outubro:** 0,44%
- **Novembro:** 2,07%
- **Dezembro:** 1,026%

Constata-se que, em todos os meses avaliados, a taxa de infecção hospitalar **permaneceu abaixo do limite máximo estabelecido**, evidenciando **resultado satisfatório** do indicador.

Ressalta-se que o desempenho positivo foi alcançado **mesmo diante do perfil assistencial da unidade**, que atende pacientes com maior predisposição ao desenvolvimento de infecções hospitalares. Tal resultado demonstra a efetividade das ações de controle de infecção, o cuidado assistencial adotado e a observância dos protocolos de segurança do paciente.

Indicador Qualitativo – Mortalidade Institucional

O indicador avalia a taxa de mortalidade institucional da unidade, tendo como **meta estabelecida** valor **igual ou inferior a 3%**.

No período analisado, os resultados apurados foram:

- **Outubro:** 15,93%
- **Novembro:** 14,46%
- **Dezembro:** 5,04%

Verifica-se que, em todos os meses avaliados, a taxa de mortalidade institucional **permaneceu acima da meta pactuada**, caracterizando **resultado insatisfatório** do indicador. Contudo, observa-se **tendência de redução progressiva** ao longo do período analisado, com queda significativa em dezembro.

A taxa elevada de mortalidade está diretamente relacionada ao **perfil assistencial da unidade**, que contempla atendimento de **alta complexidade**, com predomínio de **pacientes idosos, portadores de múltiplas comorbidades**, que frequentemente chegam à unidade **em estado clínico crítico**. Adicionalmente, identificou-se que, em alguns casos, houve **agravamento do quadro clínico decorrente da permanência prolongada na fila de regulação**, impactando negativamente os desfechos assistenciais.

Ressalta-se que, **a partir do mês de novembro**, foram implementadas **medidas de reorganização assistencial e fluxo de atendimento**, refletindo na **redução da taxa de mortalidade observada nos meses subsequentes**.

Indicador Qualitativo – Taxa de Ocupação

O indicador avalia a taxa de ocupação da unidade hospitalar, tendo como **meta estabelecida** valor **igual ou superior a 80%**.

No período analisado, os resultados apurados foram:

- **Outubro:** 80,48%
- **Novembro:** 78,94%
- **Dezembro:** 85,44%

Constata-se que a taxa de ocupação **atingiu a meta nos meses de outubro e dezembro**, enquanto no mês de novembro apresentou **resultado ligeiramente abaixo do parâmetro pactuado**. De forma geral, o indicador manteve-se **próximo da meta**, com desempenho considerado **regular**, e apresentou **superação do parâmetro estabelecido em dezembro**.

O comportamento do indicador reflete a combinação de fatores relacionados ao **perfil assistencial da unidade**, caracterizado pelo atendimento a pacientes de **alta complexidade**. Destaca-se a **dificuldade na obtenção de vagas em tempo hábil no sistema de regulação** para pacientes graves internados na unidade, com necessidade de suporte especializado em **neurocirurgia e cardiologia**, o que impacta diretamente no fluxo assistencial.

A complexidade dos casos atendidos, associada à presença de **quadros clínicos graves e múltiplas comorbidades**, contribui para o **aumento do tempo médio de permanência** e, conseqüentemente, para a **redução do giro de leitos**. Ainda assim, a **elevada demanda assistencial** no período contribuiu para a recuperação e superação da meta no mês de dezembro.

Indicador Qualitativo - Percentual de Profissionais de Nível Técnico sem Experiência Anterior (Primeiro Emprego)

O indicador avalia o percentual de profissionais de nível técnico contratados sem experiência anterior comprovada, a título de primeiro emprego, tendo como meta estabelecida o limite máximo de 10%.

No período analisado, o resultado apurado foi de 0,00%, demonstrando conformidade plena com a meta estabelecida.

Ressalta-se que a S3 Gestão em Saúde assumiu a gestão do Hospital Regional de Paulo Afonso em 01 de outubro de 2025, absorvendo integralmente os profissionais vinculados à gestão anterior. Dessa forma, não houve contratação de profissionais de nível técnico caracterizados como primeiro emprego no período avaliado.

Indicador Qualitativo - Percentual de Profissionais de Nível Superior sem Experiência Anterior (Primeiro Emprego)

O indicador avalia o percentual de profissionais de nível superior contratados sem experiência anterior comprovada, a título de primeiro emprego, tendo como meta estabelecida o limite máximo de 10%.

No período analisado, o resultado apurado foi de 0,00%, evidenciando pleno atendimento à meta pactuada.

Ressalta-se que a S3 Gestão em Saúde assumiu a gestão do Hospital Regional de Paulo Afonso em 01 de outubro de 2025, absorvendo integralmente os profissionais vinculados à gestão anterior. Dessa forma, não houve, no período avaliado, contratação de profissionais de nível superior caracterizados como primeiro emprego.

2.2 PLANO DE AÇÃO DE MELHORIA

AÇÃO	OBJETIVO	RESPONSÁVEIS	ONDE	PRIORIDADE
Alinhamento das metas com SESAB e capacidade instalada	Garantir que as metas trimestrais estejam compatíveis com a capacidade instalada da unidade e normas da SESAB	Revisão conjunta com SESAB das metas e da capacidade instalada (leitos, salas cirúrgicas, equipamentos e equipe) UNIDADE X SESAB	HRPA	ALTA

3. DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO

3.1 RESUMOS DAS MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS DO PERÍODO

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025

Tabela 02 - Resumo das Movimentações Financeiras do Período

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO PERÍODO		DEMONSTRATIVO DO SALDO DA CONTA BANCÁRIA	
Saldo Financeiro do Período Anterior (e)		Saldo Atual em Conta Corrente	715,48
Total de entradas (f)	5.432.082,77	Saldo Atual de Aplicação Financeira	425.798,82
Repasse Públicos no Período - Custeio	4.898.667,82	TOTAL DO SALDO DA CONTA BANCÁRIA (i)	R\$ 426.514,30
Repasse Públicos no Período - Investimento	0,00		
Resultado de Aplicações Financeiras	11.130,64		
Reembolso de despesas	0,00		
Outras Receitas decorrentes da execução do contrato	522.284,31		
TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO PERÍODO (e+f)	5.432.082,77		
Total de saídas (g)	5.527.500,89		
Despesas de Custeio	5.524.502,89		
Despesas Pagas do Período	5.524.502,89		
Despesas Pagas de Períodos Anteriores	0,00		
Despesas de Investimento	2.998,00		
Despesas Pagas do Período	2.998,00		
Despesas Pagas de Períodos Anteriores	0,00		
TOTAL DO SALDO NO PERÍODO (e+f-g)	(R\$ 95.418,12)	CONCILIAÇÃO (e+f-g) - (i) = 0	(R\$ 521.932,42)
SALDO REMANESCENTE			
Total do Saldo no Período (e+f-g)	(R\$ 95.418,12)		
Despesas a Pagar (h)	0,00		
Despesas a Pagar - Custeio	0,00		
Despesas a Pagar - Investimento	0,00		
SALDO REMANESCENTE (e+f-g) - (h)	(R\$ 95.418,12)		

3.2 DEMONSTRATIVOS SINTÉTICO DE RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025

Tabela 03 - Demonstrativo Sintético de Receitas e Despesas do Período

1. Receitas Operacionais	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	TOTAL PERÍODO	
					Receitas Recebidas	Receitas a Receber
1.1.1 Repasse	0,00	0,00	0,00			
1.1.1 Repasse do Contrato de Gestão - Custeio	0,00	0,00	0,00	4.898.667,82	0,00	0,00
1.1.2 Repasse do Contrato de Gestão - Investimento	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
1.1.3 Repasse do Contrato de Gestão - Períodos Anteriores	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
(A) Total de Repasses	0,00	0,00	0,00	4.898.667,82	0,00	0,00
1.2 Outras Receitas	0,00	0,00	0,00			
1.2.1 Resultado de Aplicações Financeiras	0,00	0,00	0,00	11.130,64	0,00	0,00
1.2.2 Reembolso de despesas - total	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
1.2.3 Outros Recebimentos	0,00	0,00	0,00	522.284,31	0,00	
(B) Total de Outras Receitas	0,00	0,00	0,00	533.414,95	0,00	0,00
Total Geral das Receitas Operacionais	0,00	0,00	0,00	5.432.082,77	0,00	0,00

2. Despesas de Custeio	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	TOTAL PERÍODO	
					Despesas Pagas	Despesas a Pagar
2.1 Despesas com Recursos Humanos						
2.1.1 Remunerações		0,00	0,00	1.493.077,23	0,00	0,00
2.1.2 Encargos Sociais		0,00	0,00	520.365,02	0,00	0,00
2.1.3 Benefícios e Insumos de Pessoal		0,00	0,00	10.624,00	0,00	0,00
(A) Subtotal (Recursos Humanos)	0,00	0,00	0,00	2.024.066,25	0,00	0,00
2.2 Serviço de Terceiros		0,00	0,00	1.707.395,63	0,00	0,00
(B) Subtotal (Serviços de Terceiros)	0,00	0,00	0,00	1.707.395,63	0,00	0,00
2.3 Despesas Gerais		0,00	0,00	1.772.147,81	0,00	0,00
(C) Subtotal (Despesas Gerais)	0,00	0,00	0,00	1.772.147,81	0,00	0,00
2.4 Despesas com Manutenção		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(D) Subtotal (Manutenções)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.5 Tributos		0,00	0,00	20.893,20	0,00	0,00
(D) Subtotal (Tributos)	0,00	0,00	0,00	20.893,20	0,00	0,00
Total Geral das Despesas com Custeio	0,00	0,00	0,00	5.524.502,89	0,00	0,00

3. Despesa de Investimento	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	TOTAL PERÍODO	
					Despesas Pagas	Despesas a Pagar
3.1 Aquisição de Bens Permanentes	0,00	0,00	0,00	2.998,00	2.998,00	0,00
Total Geral das Despesas de Investimento	0,00	0,00	0,00	2.998,00	2.998,00	0,00
Total Geral de Despesas (Custeio + Investimer	0,00	0,00	0,00	5.527.500,89	2.998,00	0,00

3.3 DEMONSTRATIVO ANALÍTICO DE RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025									
Tabela 04 - Demonstrativo Analítico de Receitas e Despesas do Período									
1. Receitas Operacionais		OUT	NOV	DEZ	4º Trimestre	TOTAL PERÍODO			
						Receitas Recebidas		Receitas a Receber	
1.1	Receitas								
1.1.1	Repasse do Contrato de Gestão - Custeio	_-R\$ 2.162.008,63	-	_-R\$ 2.736.659,19	_-R\$ 4.898.667,82	-	R\$ 4.898.667,82		
1.1.2	Repasse do Contrato de Gestão - Investimento				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
1.1.3	Repasse do Contrato de Gestão - Períodos Anteriores				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
						R\$ -00			
	Subtotal	_-R\$ 2.162.008,63	_-R\$ -00	_-R\$ 2.736.659,19	_-R\$ 4.898.667,82	_-	R\$ 4.898.667,82		0,00
						R\$ -00			
1.2	Outras Receitas					R\$ -00			
1.2.1	Resultado de Aplicações Financeiras	_-R\$ 934,23	_-R\$ 8.996,89	_-R\$ 1.199,52	_-R\$ 11.130,64	_-	R\$ 11.130,64		0,00
1.2.2	Reembolso de despesas - total				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
1.2.3	Outros Recebimentos	_-R\$ 8.946,00	_-R\$ 11.265,00	_-R\$ 502.073,31	_-R\$ 522.284,31	_-	R\$ 522.284,31		
	Subtotal	_-R\$ 9.880,23	_-R\$ 20.261,89	_-R\$ 503.272,83	_-R\$ 533.414,95	_-	R\$ 533.414,95		0,00
(A) Total Geral das Receitas Operacionais					_-R\$ 5.432.082,77	_-	R\$ 5.432.082,77		0,00
2. Despesas de Custeio		OUT	NOV	DEZ	4º Trimestre	TOTAL PERÍODO			
						Despesas Pagas		Despesas a Pagar	
2.1	Despesas com Recursos Humanos								
2.1.1	Remunerações								
2.1.1.1	Folha de Pagamento		_-R\$ 732.668,36	_-R\$ 760.408,87	_-R\$ 1.493.077,23	_-	R\$ 1.493.077,23		0,00
2.1.1.2	Acordo Coletivo				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.1.3	Outros (especificar)				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
	Subtotal (Recursos Humanos)	_-R\$ -00	_-R\$ 732.668,36	_-R\$ 760.408,87	_-R\$ 1.493.077,23	_-	R\$ 1.493.077,23		0,00
2.1.2	Encargos Sociais								
2.1.2.1	INSS		_-R\$ 63.464,89	_-R\$ 102.519,61	_-R\$ 165.984,50	_-	R\$ 165.984,50		0,00
2.1.2.2	FGTS		_-R\$ 64.843,57	_-R\$ 76.088,14	_-R\$ 140.931,71	_-	R\$ 140.931,71		0,00
2.1.2.3	FGTS Multa Rescisória				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.2.4	Recisão de Trabalho (Saldo de Salário, Aviso Prévio, outros	_-R\$ 3,38	_-R\$ 15.239,89	_-R\$ 6.272,55	_-R\$ 21.515,82	_-	R\$ 21.515,82		0,00
2.1.2.5	PIS sobre a Folha de Pagamento				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.2.6	1/3 sobre Férias				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.2.7	13 Salário	_-R\$ 97.094,33	_-R\$ 87.819,07	_-R\$ 184.913,40	_-	R\$ 184.913,40			0,00
2.1.2.8	Despesas Sindicais				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.2.9	IRRF			_-R\$ 6.739,75	_-R\$ 6.739,75	_-	R\$ 6.739,75		0,00
2.1.2.10	ISSQN			_-R\$ 279,84	_-R\$ 279,84	_-	R\$ 279,84		0,00
2.1.2.11	Provisionamentos				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.2.12	Outros encargos/tributos				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
	Subtotal (Encargos)	_-R\$ 3,38	_-R\$ 240.642,68	_-R\$ 279.718,96	_-R\$ 520.365,02	_-	R\$ 520.365,02		0,00
2.1.3	Benefícios e Insumos de Pessoal								
2.1.3.1	Vale Transporte	_-R\$ 3.728,00	_-R\$ 3.728,00	_-R\$ 3.168,00	_-R\$ 10.624,00	_-	R\$ 10.624,00		0,00
2.1.3.2	Vale Alimentação				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.3.3	Plano de Saúde				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.3.4	Seguro de Vida				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.3.5	Plano Odontológico				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.3.6	Auxílio Educação (Bolsas de estudo, pós graduação, outros				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
2.1.3.7	Outros Benefícios				_-R\$ -00	-	R\$ -00		0,00
	Subtotal (Benefícios)	_-R\$ 3.728,00	_-R\$ 3.728,00	_-R\$ 3.168,00	_-R\$ 10.624,00	_-	R\$ 10.624,00		0,00
	Subtotal Despesas de Pessoal				_-R\$ 2.024.066,25	_-	R\$ 2.024.066,25		0,00

2.2	Serviços de Terceiros						Despesas Pagas	Despesas a Pagar
2.2.1	Manutenção de Máquinas e Equipamentos	-R\$	50.180,00 -	-R\$	50.180,00 -	R\$	50.180,00	0,00
2.2.2	Auditoria Externa			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.2.3	Assessoria Jurídica	-R\$	28.155,00 -	-R\$	16.893,00 -	-R\$	45.048,00	0,00
2.2.4	Assessoria Contábil	-R\$	18.000,00 -	-R\$	18.000,00 -	R\$	36.000,00	0,00
2.2.5	Serviços de Segurança			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.2.6	Manutenção e Suporte em Softwares	-R\$	13.692,00 -	-R\$	10.294,32 -	-R\$	56.867,55	0,00
2.2.7	Locação de Equipamentos e Máquinas		-R\$	36.314,51 -	-R\$	44.791,76 -	R\$	81.106,27
2.2.8	Locação de Imóvel	-R\$	1.985,00 -	-R\$	1.985,00 -	R\$	3.970,00	0,00
2.2.9	Despesas de frete e locação de veículos	-R\$	4.500,00 -	-R\$	4.500,00 -	R\$	4.500,00	0,00
2.2.10	Eventos, Cursos, Oficinas	-R\$	1.713,60 -	-R\$	1.713,60 -	R\$	1.713,60	0,00
2.2.11	Serviços Gráficos			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.2.12	Outros Serviços de Terceiros (MÉDICOS)	-R\$	3.770,65 -	-R\$	458.941,72 -	-R\$	1.428.010,21	0,00
				-R\$	-00 -	R\$	-00	
Subtotal (Serviços de Terceiros) -R\$		17.462,65 -	-R\$	610.084,15 -	-R\$	1.079.848,83 -	-R\$	1.707.395,63
						R\$	1.707.395,63	0,00

2.3	Despesas Gerais						Despesas Pagas	Despesas a Pagar
2.3.1	Telefonia			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.2	Energia Elétrica			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.3	Água e Esgoto			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.4	Correios, Telégrafos e Internet	-R\$	1.950,00 -	-R\$	1.950,00 -	-R\$	3.900,00	0,00
2.3.5	Material de Copa e Cozinha			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.6	Material de Limpeza	-R\$	565,00 -	-R\$	460,32 -	-R\$	5.593,32	0,00
2.3.7	Material de Expediente	-R\$	553,45 -	-R\$	11.234,75 -	-R\$	11.788,20	0,00
2.3.8	Despesas de Viagem (Diárias, hospedagens, alimentação, t	-R\$	11.361,00 -	-R\$	5.134,97 -	-R\$	16.495,97	0,00
2.3.9	Passagens			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.10	Seguros			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.11	Despesas bancárias			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.3.12	Juros e Multas	-R\$	261,57 -	-R\$	2.001,98 -	-R\$	4.004,94	0,00
2.3.13	Fardamento	-R\$	50.000,00 -	-R\$	22.516,00 -	-R\$	72.516,00	0,00
2.3.14	Combustível	-R\$	2.114,93 -	-R\$	5.062,24 -	-R\$	16.477,03	0,00
2.3.15	Seguro de Veículo	-R\$	1.668,64 -	-R\$	1.668,64 -	-R\$	3.337,28	0,00
2.3.16	Outras Despesas Gerais	-R\$	84.266,78 -	-R\$	525.252,98 -	-R\$	1.638.035,07	0,00
				-R\$	-00 -			
Subtotal (Despesas Gerais) -R\$		149.122,73 -	-R\$	564.047,13 -	-R\$	1.058.977,95 -	-R\$	1.772.147,81
						R\$	1.772.147,81	0,00

2.4	Despesas com Manutenção						Despesas Pagas	Despesas a Pagar
2.4.1	Despesas com Manutenção			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
Subtotal (Despesas com Manutenção) -R\$		-00 -	-R\$	-00 -	-R\$	-00 -	R\$	-00
								0,00

2.5	Tributos						Despesas Pagas	Despesas a Pagar
2.5.1	IOF			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.5.2	IRRF sobre aplicações			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.5.3	IPVA/RENAVAM/Licenciamento/Seguro Obrigatório			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.5.4	IP TU			-R\$	-00 -	R\$	-00	0,00
2.5.5	Outros Tributos (ISS, IRPJ, PIS, COFINS, CSLL)		-R\$	20.893,20 -	-R\$	20.893,20 -	R\$	20.893,20
				-R\$	-00 -	R\$	-00	
Subtotal (Tributos) R\$		-00 -	-R\$	-00 -	-R\$	20.893,20 -	-R\$	20.893,20
								0,00

3. Despesas de Investimento		OUT	NOV	DEZ	4º Trimestre		TOTAL PERÍODO		
							Despesas Pagas	Despesas a Pagar	
3.1	Aquisição de Bens Permanentes				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
3.1.1	Móveis e Utensílios				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
3.1.2	Máquinas e Equipamentos	_-R\$	2.998,00 _-		_-R\$	2.998,00 _-	R\$	2.998,00	
3.1.3	Computadores				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
3.1.4	Veículos				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
3.1.5	Softwares e Sistema Operacional				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
3.1.6	Outros (Relógio de ponto)				_-R\$	-00 _-	R\$	-00	
Total (Despesas de Investimento)		_-R\$	2.998,00 _-	_-R\$	-00 _-	_-R\$	2.998,00 _-	R\$	2.998,00
Total Geral de Despesas (Custeio + Investimento)					_-R\$	5.527.500,89 _-	R\$	5.527.500,89	0,00

3.4 RELAÇÃO DE BENS PERMANENTES ADQUIRIDOS NO PERÍODO

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025									
Tabela 05 - Relação de Bens Permanentes Adquiridos no Período									
Nº do Patrimônio	Data da aquisição	Fornecedor	Nota Fiscal	Localização do Bem	Descrição do Bem	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Justificativa para aquisição
1	13/10/25	Vga Eletronicos e Tecnologia Ltda	50513	HRPA	Registrador de ponto eletrônico	2	_-R\$ 1.499,00 _-	2.998,00	
2									

3.5 RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS NO PERÍODO

4º Relatório de Prestação de Contas Anual do Contrato de Gestão nº 005/2025 - Período 01/10/2025 a 31/12/2025						
Tabela 06 - Relação de Serviços de Terceiros no Período						
Contratado	Descrição do Serviço	Valor			TOTAL 4º TRIMESTRE	
		OUT	NOV	DEZ		
GENTE SEGURADORA S.A	SEGURO	-R\$ 1.709,67 -	-R\$ 1.709,67 -	-R\$ 2.799,66 -	-R\$ 6.219,00 -	
AMA-RENALCLIN S/C LTDA	SERVIÇO DE NEFROLOGIA	R\$ 60.000,00	-R\$ 60.000,00 -	-R\$ 60.000,00 -	-R\$ 180.000,00 -	
APOIO COTAÇÕES SISTEMAS DE INFORMÁTICA S.A.	SISTEMA DE COTAÇÕES	-R\$ 953,90 -	-R\$ 953,90 -	-R\$ 953,90 -	-R\$ 2.861,70 -	
CLIOMEL - CLINICA ODONTO MEDICA LTDA	LABORATÓRIO TERCEIRIZADO	-R\$ 11.498,35 -	-R\$ 6.716,97 -	-R\$ 9.554,83 -	-R\$ 27.770,15 -	
CPC BRASIL SISTEMAS LTDA	SERVIÇO DE SOFTWARE	-R\$ 20.019,73 -			-R\$ 20.019,73 -	
C S SERVIÇOS DE DESIGN LTDA	SERVIÇO DE APLICAÇÃO E CONFECÇÃO DE ADESIVOS				-R\$ -00 -	
IMA SERVIÇOS COMBINADOS PARA APOIO A EDIFÍCIOS E COMERCIO VAREJISTA DE BEBIDAS E ALIMENTOS LTDA - EAGLE COMERCIO & SERVIÇOS EVOLUIR DEDETIZAÇÃO E CONTROLE DE PRAGAS LTDA	SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE VEICULO	-R\$ 4.500,00 -	-R\$ 4.500,00 -	-R\$ 4.500,00 -	-R\$ 13.500,00 -	
	SERVIÇOS DE DESINSETIZAÇÃO	-R\$ 1.150,00 -	-R\$ 1.150,00 -		-R\$ 2.300,00 -	
HENTECH MANUTENCAO DE APARELHOS ELETROMEDICOS LTDA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DAS MAQUINAS DE LAVAR	-R\$ 15.000,00 -	-R\$ 17.000,00 -	-R\$ 15.000,00 -	-R\$ 47.000,00 -	
HENTECH MANUTENCAO DE APARELHOS ELETROMEDICOS LTDA	SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA	-R\$ 25.000,00 -	-R\$ 25.000,00 -	-R\$ 25.000,00 -	-R\$ 75.000,00 -	
INFOSOL SOLUÇÕES DE INFORMÁTICA LTDA	SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	-R\$ 13.782,17 -			-R\$ 13.782,17 -	
24.568.182 KEMUEL LOPES DA SILVA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE ARES CONDICIO	R\$ 10.180,00	-R\$ 10.180,00 -	-R\$ 10.180,00 -	-R\$ 30.540,00 -	
MEDTEST DIAGNOSTICA COMERCIO DISTRIBUICAO IMPORTACAO E EXPORTACAO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA	SERVIÇO DE COMODATO DE EQUIPAMENTOS E FORNECIMENTO DE REAGE	-R\$ 600,00 -	-R\$ 600,00 -	-R\$ 600,00 -	-R\$ 1.800,00 -	
PRINCÍPIOS & PRINCÍPIOS SERVIÇOS CONTÁBEIS LTDA ME	SERVIÇO DE ASSESSORIA DE CONTABILIDADE	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 54.000,00 -	
SERTEBA SERVIÇOS TECNICOS LTDA	LOCAÇÃO DE RÁDIOS PORTÁTEIS	-R\$ 980,00 -	-R\$ 980,00 -	-R\$ 980,00 -	-R\$ 2.940,00 -	
VX TELERRADIOLOGIA LTDA	SERVIÇO DE TELERRADIOLOGIA		-R\$ 22.779,00 -	-R\$ 42.636,05 -	-R\$ 65.415,05 -	
GUPY TECNOLOGIA EM RECRUTAMENTO LTDA	PLATAFORMA DO SISTEMA GUPY	-R\$ 7.199,52 -	-R\$ 3.599,76 -	-R\$ 3.599,76 -	-R\$ 14.399,04 -	
44.590.244 MANOEL BISPO DE JESUS NETO	ASSESSORIA DE CONTRATOS	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 54.000,00 -	
TRINITY GESTÃO ADMINISTRATIVA LTDA	SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 36.000,00 -	
FERNANDA DA SILVA RODRIGUES - EVOLUTION GESTÃO	SERVIÇO DE ASSESSORIA DE QUALIDADE	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -		-R\$ 36.000,00 -	
DIOGO AUGUSTO MONTEIRO SANTOS DE MELO	SERVIÇO ESPECIALIZADOS EM GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 18.000,00 -	-R\$ 54.000,00 -	
MAISMED ATIVIDADES MEDICAS LTDA	SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL	-R\$ 16.300,00 -	-R\$ 550,00 -	-R\$ 850,00 -	-R\$ 17.700,00 -	
MAXIMO COMPUTADORES E INFORMÁTICA LTDA	LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS	-R\$ 8.577,34 -	-R\$ 7.182,02 -	-R\$ 7.540,04 -	-R\$ 23.299,40 -	

MICRO & SOFT INFORMATICA LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMATICA		-R\$ 15.405,00	-R\$ 15.405,00	-R\$ 30.810,00	-
NEOTECH PROVEDOR DE INTERNET LTDA - NEOTECH TECNOLOGIA	PROVEDOR DE INTERNET	-R\$ 1.950,00	-R\$ 1.950,00	-R\$ 1.950,00	-R\$ 5.850,00	-
ROCHA TEC+ SERVIÇOS LTDA	LOCAÇÃO DE AMBIENTE EM NUVEM / SUPORTE TÉCNICO EM NÍVEL	-R\$ 5.000,00	-R\$ 5.000,00	-R\$ 5.000,00	-R\$ 15.000,00	-
ROCHA TEC+ SERVIÇOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE TELEFONIA	-R\$ 2.735,00	-R\$ 2.735,00	-R\$ 2.845,00	-R\$ 8.315,00	-
ROCHA TEC+ SERVIÇOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA: FIREWALL, SWITCHES	-R\$ 3.800,00	-R\$ 3.800,00	-R\$ 3.800,00	-R\$ 11.400,00	-
SAPRA LANDAUER SERVIÇO DE ASSESSORIA E PROTEÇÃO RADIOLOGICA LTDA	LOCAÇÃO DE DOSÍMETROS – CENTRO CIRÚRGICO		-R\$ 547,58	-R\$ 547,58	-R\$ 1.095,16	-
SAPRA LANDAUER SERVIÇO DE ASSESSORIA E PROTEÇÃO RADIOLOGICA LTDA	LOCAÇÃO DE DOSÍMETROS – RADIOLOGIA		-R\$ 345,84	-R\$ 345,84	-R\$ 691,68	-
UMBU ASSESSORIA, CONSULTORIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE LTDA	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTAO ADMINISTRATIVA	-R\$ 12.000,00	-R\$ 12.000,00	-R\$ 12.000,00	-R\$ 36.000,00	-
VALDEMIR GONÇALVES DOS SANTOS	LOCAÇÃO DE IMÓVEL	-R\$ 1.985,00	-R\$ 1.985,00	-R\$ 1.985,00	-R\$ 5.955,00	-
VALTER & CALIL ADVOCACIA	ASSESSORIA JURIDICA	-R\$ 12.000,00	-R\$ 18.000,00	-R\$ 18.000,00	-R\$ 48.000,00	-
PHISICA SERVICOS ESPECIALIZADOS LTDA	SERVIÇO DE TESTES DE CONFORMIDADE – SALA DE RAIO-X		-R\$ 7.650,00		-R\$ 7.650,00	-
LS TECNOLOGIA LTDA	SISTEMA OPERACIONAL MEDMAIS		-R\$ 25.870,84	-R\$ 25.870,84	-R\$ 51.741,68	-
SERVICE POWER COMERCIO E SERVIÇOS DE INFORMATICA LTDA	LOCAÇÃO DE 3 NOBREAK	-R\$ 1.440,00	-R\$ 1.440,00	-R\$ 1.440,00	-R\$ 4.320,00	-
HK SEGURANCA DO TRABALHO EQUIPAMENTOS E TREINAMENTOS LTDA	MANUTENÇÃO E RECARGA DE EXTINTORES	-R\$ 560,00			-R\$ 560,00	-
RETEC RESIDUOS S A	COLETA DE RESIDUOS	-R\$ 5.596,75	-R\$ 10.527,96	-R\$ 9.701,37	-R\$ 25.826,08	-
BAHIA SOFTWARE HOUSE TECNOLOGIA EM INFORMAÇÃO LTDA	LICENÇA DE USO E MANUTENÇÃO DE SOFTWARE	-R\$ 600,00	-R\$ 600,00	-R\$ 600,00	-R\$ 1.800,00	-
VR BENEF. SERV. PROC. SA	LICENÇA DE SISTEMA DE PONTO	-R\$ 2.494,80	-R\$ 2.494,80	-R\$ 2.494,80	-R\$ 7.484,40	-
FABIO EDSON DE OLIVEIRA COSTA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO NA AMBULÂNCIA	-R\$ 220,00			-R\$ 220,00	-
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS DO NORDESTE LTDA	ASSISTÊNCIA TÉCNICA PREVENTIVA	-R\$ 820,00	-R\$ 820,00		-R\$ 1.640,00	-
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS DO NORDESTE LTDA	LOCAÇÃO DE CILINDROS	-R\$ 2.610,01	-R\$ 2.610,01		-R\$ 5.220,02	-
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS DO NORDESTE LTDA	TELEMETRIA REMOTA	-R\$ 700,00	-R\$ 700,00		-R\$ 1.400,00	-
ARTS CONSTRUTIONS E SERVICES LTDA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL			-R\$ 17.786,66	-R\$ 17.786,66	-
		-R\$ 323.962,24	-R\$ 367.383,35	-R\$ 375.966,33	-R\$ 1.067.311,92	-

***NOTA: OS VALORES SÃO REFERENTES A COMPETÊNCIA DA NOTA FISCAL E NÃO COMPREENDE A COMPETÊNCIA DO PAGAME**

3.6 ANÁLISE DAS RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO

As despesas apresentadas no período apresentado de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2025 cumpriram rigorosamente o plano de trabalho, parte integrante do Contrato de gestão, sendo destinados para o pleno funcionamento da unidade, com o pagamento de salários, encargos e benefícios, abastecimento da unidade, compra de materiais hospitalares, medicamentos, material de expediente, material de manutenção, descartáveis, dentre outros, bem como a contratação de serviços de engenharia clínica, manutenção predial, comunicação visual, seguro de ambulâncias, além de outras despesas que estavam previstas no período. Todas as despesas foram essenciais para o pleno funcionamento da unidade, e a gestão financeira manteve dentro do previsto, sem ocorrências de gastos não planejados.

3.7 BALANÇO PATRIMONIAL

Conforme é estabelecido no Manual do PEOS que as Demonstrações Financeiras decorrentes do contrato de gestão deverão ser publicadas anualmente no Diário Oficial do Estado (DOE), "até 30 de junho do exercício subsequente, as demonstrações financeiras decorrentes do contrato de gestão, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais da Contabilidade e com o relatório de execução do contrato".

A apresentação da publicação das Demonstrações Financeiras relacionadas ao contrato de gestão poderá ser realizada até o prazo estabelecido no Manual, ou seja, até 30 de junho de 2026.

3.8 DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO

Conforme é estabelecido no Manual do PEOS que as Demonstrações Financeiras decorrentes do contrato de gestão deverão ser publicadas anualmente no Diário Oficial do Estado (DOE), "até 30 de junho do exercício subsequente, as demonstrações financeiras decorrentes do contrato de gestão, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais da Contabilidade e com o relatório de execução do contrato".

A apresentação da publicação das Demonstrações Financeiras relacionadas ao contrato de gestão poderá ser realizada até o prazo estabelecido no Manual, ou seja, até 30 de junho de 2026.

3.9 DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA

Conforme é estabelecido no Manual do PEOS que as Demonstrações Financeiras decorrentes do contrato de gestão deverão ser publicadas anualmente no Diário Oficial do Estado (DOE), "até 30 de junho do exercício subsequente, as demonstrações financeiras decorrentes do contrato de gestão, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais da Contabilidade e com o relatório de execução do contrato".

A apresentação da publicação das Demonstrações Financeiras relacionadas ao contrato de gestão poderá ser realizada até o prazo estabelecido no Manual, ou seja, até 30 de junho de 2026.

4. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Em anexo I a esse documento apresentamos os relatórios mensais da pesquisa de satisfação da unidade do quarto trimestre de 2025.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A S3 Gestão em Saúde assumiu a gestão do Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA) em 01 de outubro de 2025, encontrando um cenário assistencial complexo, caracterizado por alta demanda, superlotação, atendimento de elevada complexidade e fragilidades nos fluxos assistenciais. Ressalta-se que o HRPA é unidade de referência para o município de Paulo Afonso e para outros oito municípios circunvizinhos, o que amplia significativamente a responsabilidade assistencial e o volume de atendimentos prestados.

Desde o início da gestão, a S3 tem atuado de forma estruturada e progressiva na implantação e reorganização dos fluxos assistenciais, com foco na qualificação do cuidado, na segurança do paciente e na humanização da assistência. Os resultados apresentados neste relatório refletem um período inicial de transição e adaptação, no qual os processos assistenciais ainda se encontram em fase de consolidação.

A gestão tem priorizado o fortalecimento do acolhimento com classificação de risco, a organização dos fluxos de atendimento, internação e alta hospitalar, bem como a melhoria da integração entre os setores assistenciais e administrativos. Nesse contexto, destaca-se o esforço contínuo na construção de uma comunicação assertiva e integrada com todos os entes envolvidos no processo hospitalar, incluindo equipes multiprofissionais, gestão municipal e estadual, serviços de apoio diagnóstico, rede de atenção à saúde e demais parceiros institucionais, e não apenas os fluxos regulatórios.

Mesmo diante de um contexto desafiador e de um curto período de gestão, a S3 Gestão em Saúde reafirma seu compromisso com a melhoria contínua dos processos assistenciais, com a humanização do cuidado e com a adoção de práticas alinhadas à Política Nacional de Humanização (PNH) e às diretrizes de Segurança do Paciente, buscando garantir um atendimento organizado, seguro, eficiente e humanizado.

Dessa forma, a S3 seguirá avançando na consolidação dos fluxos assistenciais, no fortalecimento da comunicação institucional e na qualificação das práticas de cuidado, com o objetivo de oferecer um serviço de saúde de qualidade à população de Paulo Afonso

e dos municípios referenciados, respeitando a dignidade do paciente e fortalecendo o papel do HRPAs como unidade estratégica da rede regional de saúde.

6. COMPROVANTES DE REGULARIDADE TRABALHISTA, PREVIDENCIÁRIA E FISCAL

Documentos apresentados em anexo a esse relatório.

7. DECLARAÇÃO DOS DIRIGENTES E CONSELHEIROS

7.1 DECLARAÇÃO DOS DIRIGENTES

Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações contidas neste Relatório Anual de Prestação de Contas, referente 4º trimestre de 2025, do Contrato de Gestão nº 05/2025, celebrado entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB e a ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA DE UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE.

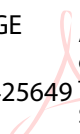
Paulo Afonso, 21 de janeiro de 2026.



Tiana Pimentel
Diretora Geral - HRPAs
CRA 16122

Tiana Pimentel
Diretora Geral

YURGAN TARGE
PASSOS
SANTANA:00425649563



Assinado de forma
digital por YURGAN
TARGE PASSOS
SANTANA:00425649563

Yurgan Targe Passos Santana
Diretor Presidente – S3 Gestão

ANEXO 1

PESQUISA DE

SATISFAÇÃO

DOS

USUÁRIOS



PESQUISA SATISFAÇÃO OUTUBRO- HRPA

RELATÓRIO MENSAL DE ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

OUTUBRO 2025

1 INTRODUÇÃO

A Pesquisa de Satisfação do Usuário configura-se como instrumento fundamental de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, integrando as diretrizes do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e os mecanismos de monitoramento do desempenho institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da gestão hospitalar sob regime de contrato, a pesquisa de satisfação assume caráter normativo e obrigatório, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 005/2025, firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde, entidade responsável pela administração do Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA).

De acordo com o referido contrato, cabe à unidade implantar e manter um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento, previamente aprovado pela SESAB, bem como realizar a leitura, análise e adoção de medidas de melhoria, no prazo máximo de 30 dias úteis, em resposta às sugestões, queixas e reclamações manifestadas pelos usuários, com vistas à qualificação do atendimento prestado.

Adicionalmente, o contrato prevê a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com a produção de relatórios mensais de suas atividades, os quais devem ser arquivados e disponibilizados para avaliação em visitas técnicas da CONTRATANTE, reforçando a centralidade da escuta do usuário no processo de avaliação institucional.

Nesse sentido, a Pesquisa de Satisfação do Usuário realizada pelo HRPA constitui ferramenta estratégica para o acompanhamento do desempenho assistencial e administrativo, subsidiando a gestão hospitalar na identificação de fragilidades, no monitoramento de resultados e na implementação de ações de melhoria contínua, em consonância com as exigências contratuais e as diretrizes do PNASS.

2 OBJETIVO

Avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA), no período avaliado, por meio da aplicação de pesquisa de satisfação pós-atendimento normatizada, analisando indicadores quantitativos e manifestações qualitativas, em conformidade com o Contrato de Gestão nº 005/2025 e com as diretrizes do PNASS, de modo a subsidiar a gestão hospitalar na tomada de decisão, no monitoramento da qualidade e na adoção tempestiva de medidas de melhoria no atendimento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, fundamentado nos dados oriundos da Pesquisa de Satisfação do Usuário aplicada no HRP.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário institucional padronizado, disponibilizado em versão impressa, com depósito em urna física, garantindo maior acessibilidade e adesão dos usuários ao instrumento avaliativo.

As respostas quantitativas foram classificadas nas categorias ótimo, bom, regular e ruim, sendo posteriormente consolidadas e analisadas de forma setorial e global, possibilitando a mensuração do desempenho dos serviços prestados e o cálculo de indicadores de satisfação.

As manifestações qualitativas, compreendendo elogios, reclamações e sugestões, foram organizadas por tipologia e setor relacionado, possibilitando análise descritiva e levantamento de aspectos recorrentes associados aos processos assistenciais e administrativos.

Os dados foram consolidados mensalmente, a partir de registros coletados semanalmente, e analisados conforme metas institucionais estabelecidas, em consonância com as diretrizes do PNASS, subsidiando o monitoramento da qualidade e a tomada de decisão pela gestão hospitalar.

4 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Esta seção apresenta os resultados quantitativos da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao período de outubro de 2025, contemplando os indicadores de satisfação global, satisfação por setor, e demais indicadores institucionais definidos, apresentados em forma de gráficos para facilitar a análise gerencial.

Os indicadores a seguir foram definidos como instrumentos oficiais de monitoramento da satisfação do usuário, com metas institucionais previamente estabelecidas.

4.1 Índice Global de Satisfação do Usuário – IGSU

O Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) corresponde à proporção de avaliações classificadas como ótimo e bom em relação ao total de respostas válidas

registradas no período, conforme metodologia institucional adotada para a Pesquisa de Satisfação do Usuário, em consonância com as diretrizes do PNASS e com as disposições contratuais vigentes.

O IGSU é calculado a partir da proporção de respostas consideradas positivas, correspondentes às classificações “ótimo” e “bom”, em relação ao total de respostas válidas registradas no período. O resultado é expresso em percentual, conforme a fórmula: $IGSU (\%) = (n^{\circ} \text{ de respostas "ótimo"} + n^{\circ} \text{ de respostas "bom"}) \div n^{\circ} \text{ total de respostas válidas} \times 100$, permitindo a mensuração padronizada do nível de satisfação dos usuários e a comparabilidade dos resultados ao longo do tempo.

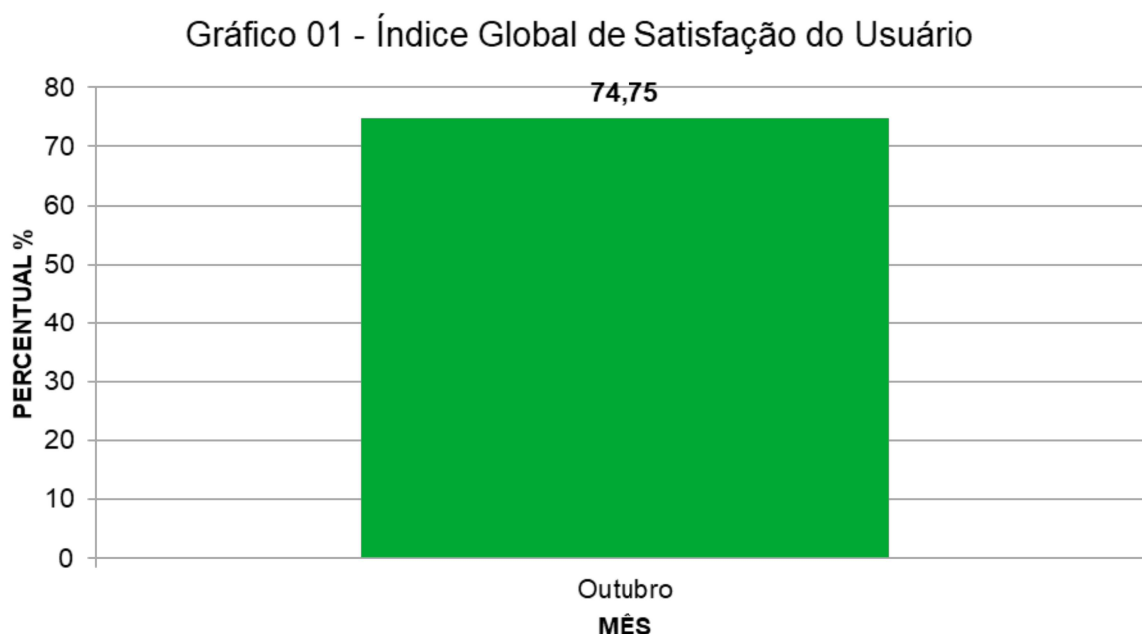
No período de outubro de 2025, foram analisadas 99 respostas válidas da Pesquisa de Satisfação do Usuário. Considerando como satisfatórias as avaliações classificadas como “Ótimo” e “Bom”, totalizaram-se 74 respostas positivas, resultando em um Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) de 74,75%.

O resultado obtido encontra-se acima da meta institucional estabelecida de $\geq 70\%$, a qual foi previamente pactuada entre a Direção e o setor de Qualidade como parâmetro inicial para o monitoramento da satisfação dos usuários. Essa meta considera o contexto de implantação e consolidação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, bem como os processos de sensibilização e capacitação das equipes e a ampliação progressiva da adesão dos usuários ao instrumento avaliativo.

Ressalta-se que essa meta poderá ser revisada e gradualmente elevada a partir da consolidação da série histórica e do amadurecimento do processo institucional de avaliação.

Para fins de cálculo do IGSU, as avaliações classificadas como regular não são consideradas como avaliações positivas, por representarem percepção de atendimento aceitável, porém sem evidência de satisfação plena, conforme práticas consolidadas de gestão da qualidade em serviços de saúde.

O IGSU apurado no período apresentou-se acima da meta institucional estabelecida, configurando resultado satisfatório sob a ótica do usuário.



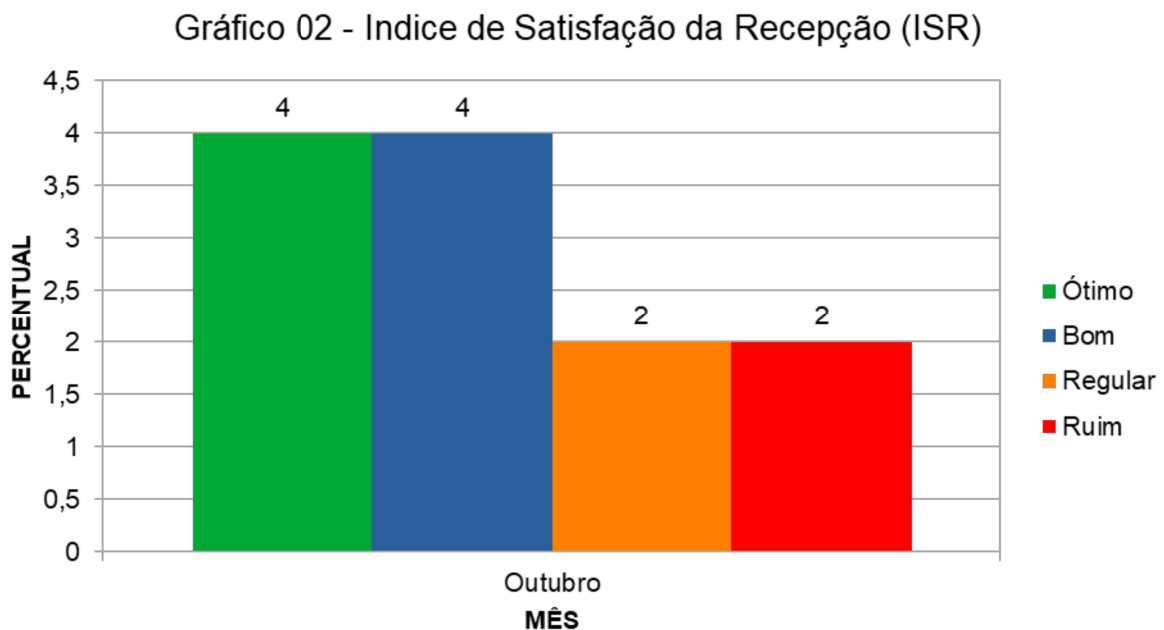
Ressalta-se que, embora o resultado seja positivo, permanece a necessidade de aprimoramento contínuo dos processos avaliativos e assistenciais, motivo pelo qual encontra-se em andamento a padronização integral dos formulários, visando maior consistência e qualificação das análises futuras.

4.2 Indicadores de Satisfação por Setor

A avaliação da satisfação por setor permite detalhar a percepção dos usuários em relação aos serviços assistenciais e administrativos, subsidiando ações de melhoria direcionadas. Serão apresentados gráficos com a distribuição das respostas (ótimo, bom, regular e ruim) em números absolutos, garantindo transparência e fácil leitura dos dados.

Após os gráficos, será calculado o índice geral de satisfação por setor, utilizando a mesma metodologia adotada para o IGSU, considerando a proporção de respostas “ótimo” e “bom” sobre o total de respostas válidas.

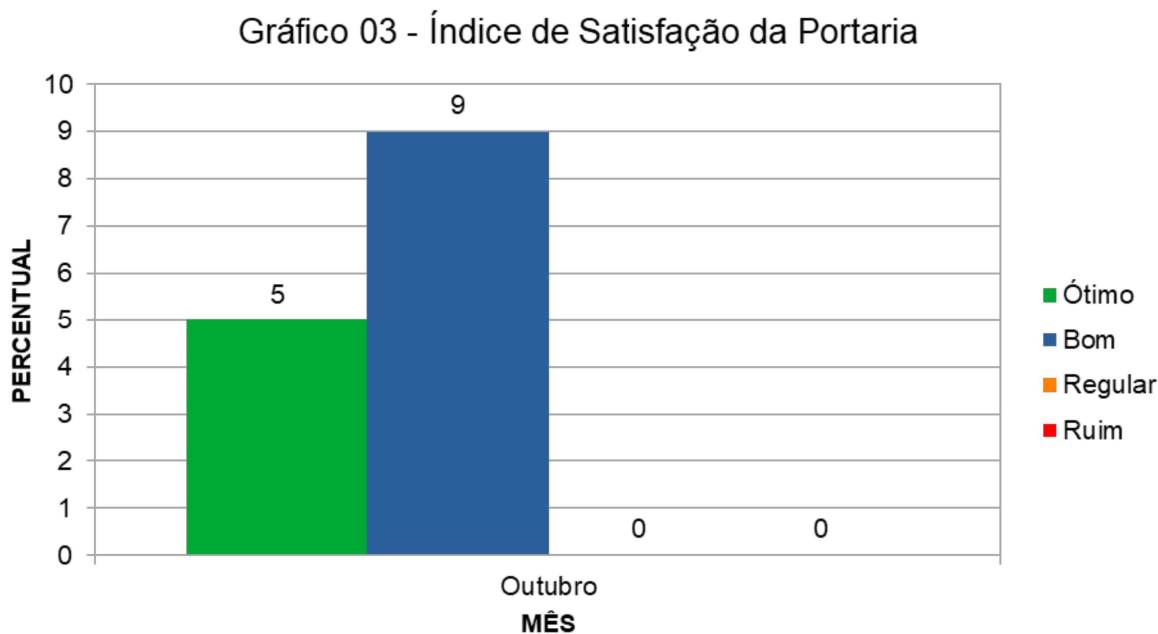
4.2.1 Índice de Satisfação da Recepção (ISR)



No mês de outubro, 12 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da recepção. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 4 ótimo, 4 bom, 2 regular e 2 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Recepção (ISR) apurado em outubro foi de 66,67%, situando-se abaixo da meta institucional vigente de 70%.

4.2.2 Índice de Satisfação da Portaria (ISPT)

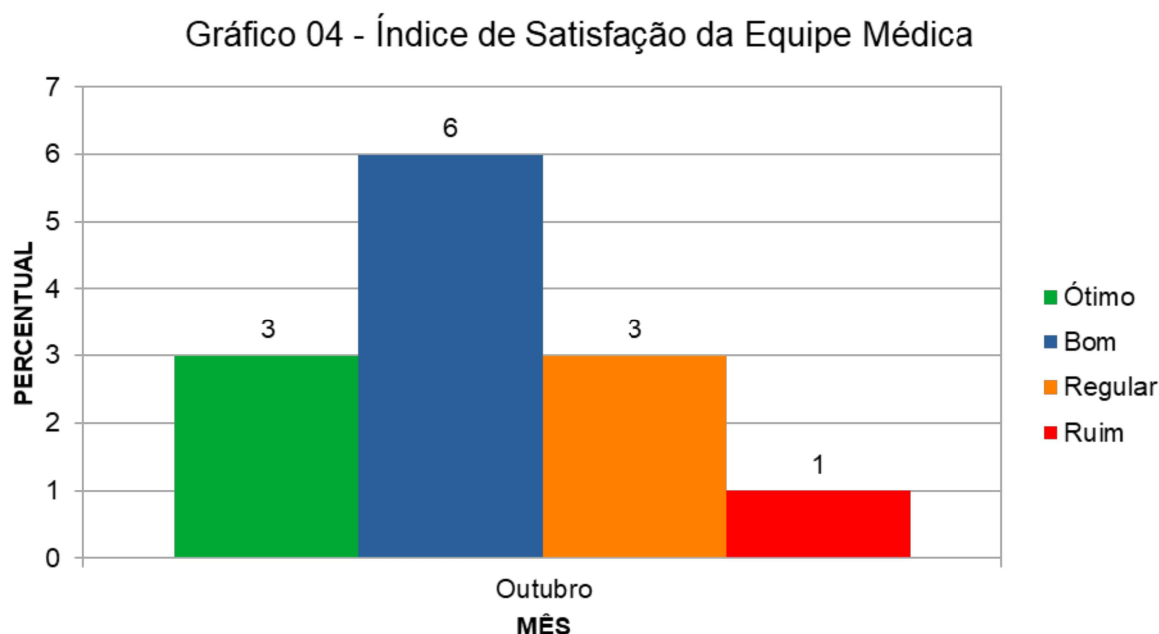


No mês de outubro, 14 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da portaria. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 5 ótimo, 9 bom, 0 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Portaria (ISPT) apurado em outubro foi de 100%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.3 Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM)

No mês de outubro, 13 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da equipe médica. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 3 ótimo, 6 bom, 3 regular e 1 ruim.

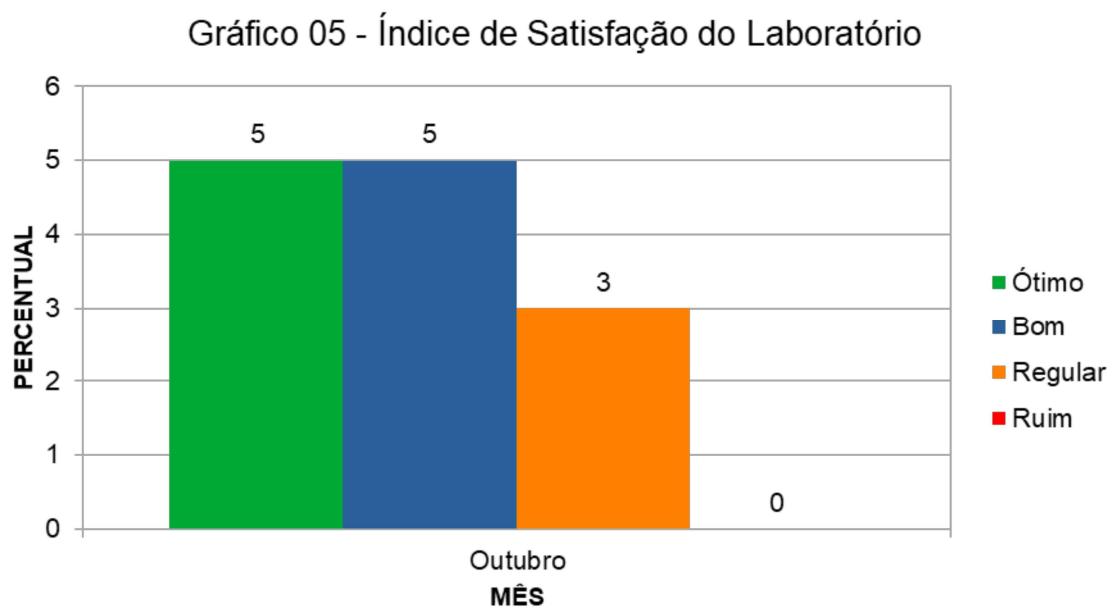


Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM) apurado em outubro foi de 69,23%, situando-se ligeiramente abaixo da meta institucional vigente de 70%.

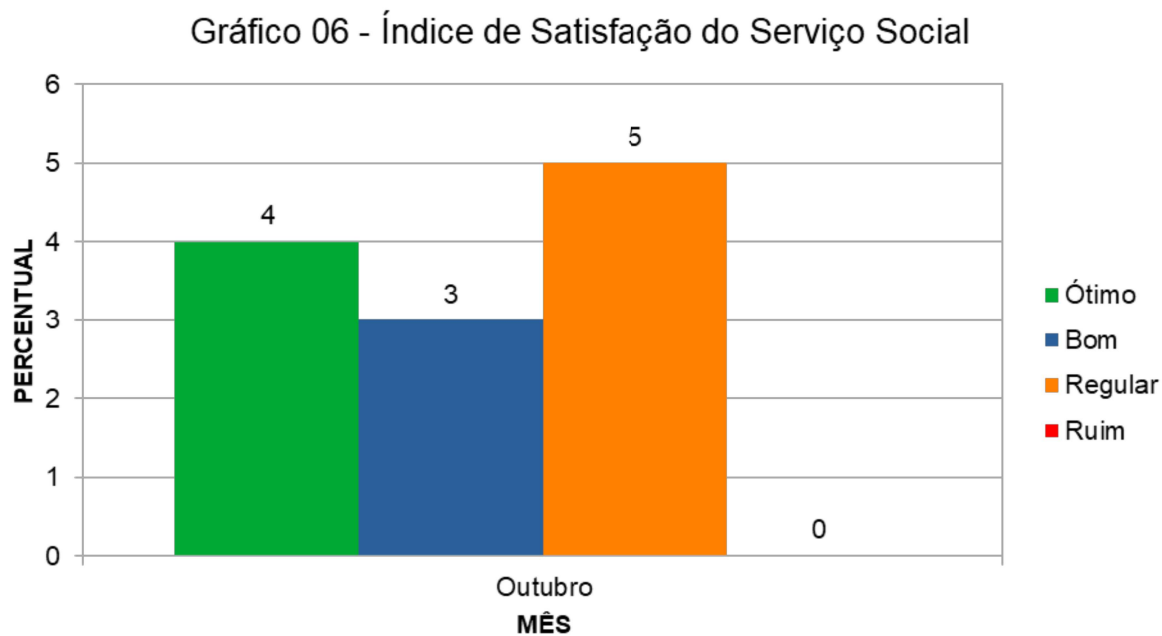
4.2.4 Índice de Satisfação do Laboratório (ISL)

No mês de outubro, 13 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do laboratório. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 5 ótimo, 5 bom, 3 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação do Laboratório (ISL) apurado em outubro foi de 76,92%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.



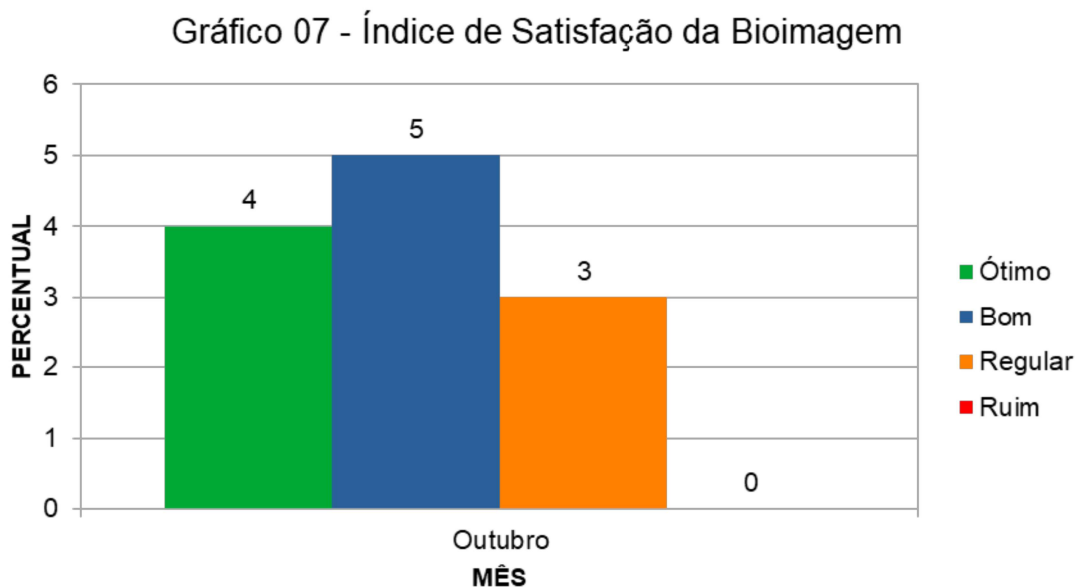
4.2.5 Índice de Satisfação do Serviço Social (ISSS)



No mês de outubro, 12 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do Serviço Social. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 4 ótimo, 3 bom, 5 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação do Serviço Social (ISSS) apurado em outubro foi de 58,33%, situando-se abaixo da meta institucional vigente de 70%.

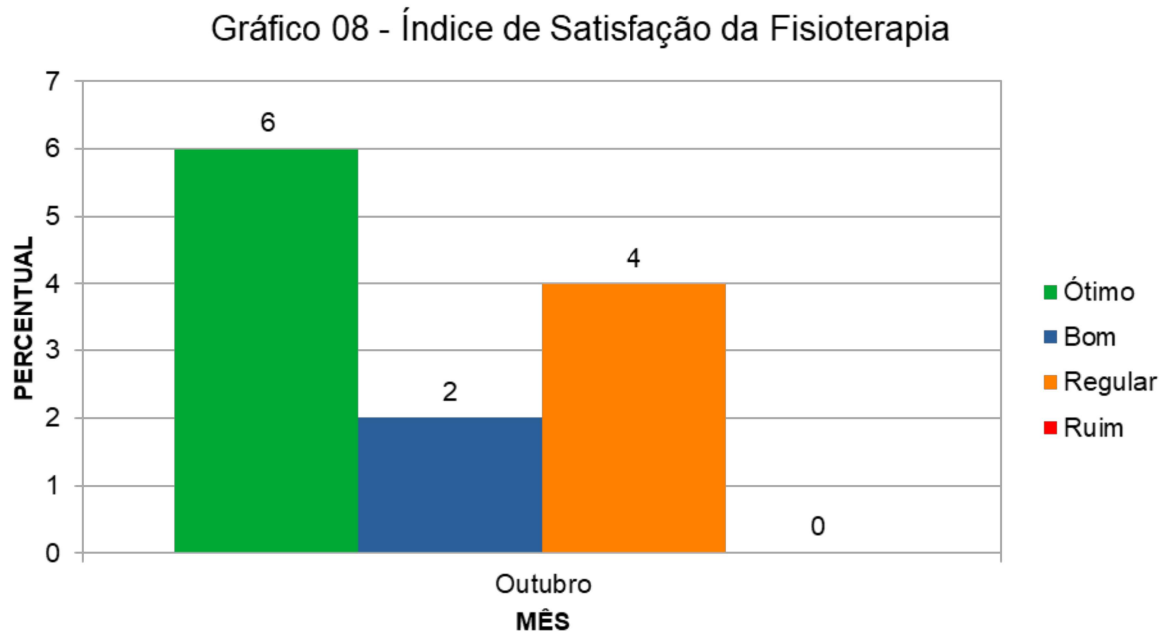
4.2.6 Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB)



No mês de outubro, 12 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Bioimagem. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 4 ótimo, 5 bom, 3 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB) apurado em outubro foi de 75,00%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.7 Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF)



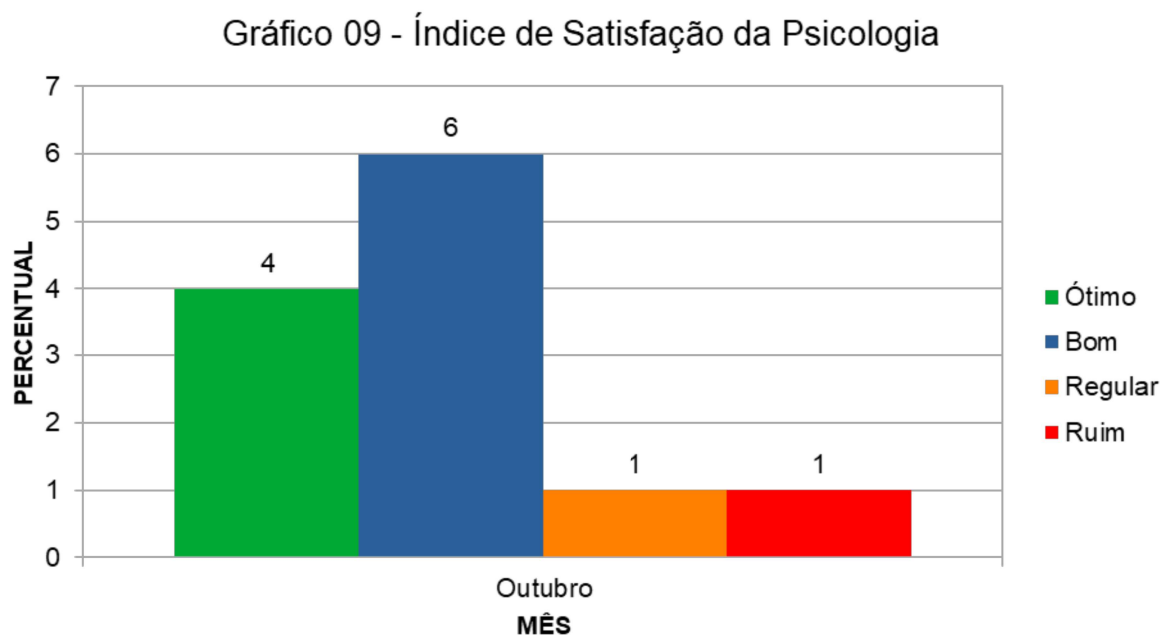
No mês de outubro, 12 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Fisioterapia. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 6 ótimo, 2 bom, 4 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF) apurado em outubro foi de 66,67%, situando-se abaixo da meta institucional vigente de 70%.

4.2.8 Índice de Satisfação da Psicologia (ISP)

No mês de outubro, 12 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Psicologia. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 4 ótimo, 6 bom, 1 regular e 1 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Psicologia (ISP) apurado em outubro foi de 83,33%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.



Os índices de satisfação referentes aos setores de triagem, sala de medicação, infraestrutura, nutrição e ambulatório não foram apresentados neste relatório em razão de esses serviços constarem de forma não uniforme nos instrumentos de coleta.

Considerando a necessidade de garantir consistência metodológica, comparabilidade dos resultados e evitar interpretações equivocadas, optou-se pela não consolidação desses indicadores neste período.

5 ANÁLISE QUALITATIVA DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS

A análise qualitativa das manifestações dos usuários no mês de outubro evidencia predominância de percepções positivas relacionadas à assistência prestada, em consonância com o Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) apurado no período. Destacam-se registros favoráveis direcionados às equipes assistenciais, relacionados à atenção, postura ética e qualidade do cuidado.

Ressalta-se que outubro correspondeu ao primeiro mês de implantação do sistema de coleta de dados da Pesquisa de Satisfação do Usuário, com adesão ainda limitada dos usuários ao instrumento avaliativo, fator que pode influenciar a representatividade dos resultados e deve ser considerado na interpretação dos dados.

As manifestações críticas concentraram-se em aspectos organizacionais, de fluxo assistencial e comunicação, especialmente em setores com índices abaixo da meta institucional, indicando oportunidades de melhoria nesses processos.

De forma geral, observa-se que, embora a assistência direta seja bem avaliada, persistem fragilidades organizacionais que impactam a experiência do usuário, reforçando a necessidade de ações contínuas de aprimoramento.

6 ENCAMINHAMENTOS E AÇÕES

Com base na análise dos indicadores quantitativos e qualitativos da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao mês de outubro, primeiro período de implantação do sistema de coleta de dados, identificaram-se oportunidades de melhoria relacionadas aos fluxos assistenciais, organização do atendimento, comunicação profissional-usuário e integração entre os serviços. Considerando o caráter inicial do processo e a adesão ainda limitada dos usuários, foram definidos os seguintes encaminhamentos e ações:

- Reforçar junto às coordenações assistenciais, em especial das áreas que apresentaram índices abaixo da meta institucional, a importância da comunicação clara, acessível e humanizada com usuários e acompanhantes, incluindo orientações sobre condutas, fluxos e encaminhamentos.
- Encaminhar às áreas responsáveis a avaliação e acompanhamento das demandas organizacionais e de processo, visando à redução do tempo de espera e à melhoria do fluxo assistencial.
- Fortalecer o reconhecimento institucional das boas práticas assistenciais identificadas nos setores com desempenho satisfatório, estimulando sua disseminação entre as equipes.
- Intensificar as ações de sensibilização das equipes e dos usuários quanto à importância da participação na Pesquisa de Satisfação, com vistas à ampliação da adesão e à maior representatividade dos dados nos meses subsequentes.
- Manter o monitoramento mensal dos indicadores de satisfação, com reavaliação periódica das ações implementadas, subsidiando a gestão hospitalar no planejamento e na melhoria contínua da qualidade assistencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste relatório evidenciam que a Pesquisa de Satisfação do Usuário configura-se como ferramenta estratégica para o monitoramento do desempenho institucional sob a perspectiva do usuário, especialmente no contexto do primeiro mês de implantação do sistema de coleta de dados. Os indicadores quantitativos analisados demonstram desempenho global acima da meta institucional vigente, ainda que decorrentes de um período inicial, marcado por adesão limitada dos usuários ao instrumento avaliativo.

A análise qualitativa das manifestações reforça a percepção positiva da assistência prestada, com destaque para a atuação das equipes assistenciais e de apoio, ao mesmo tempo em que sinaliza fragilidades relacionadas à organização dos fluxos assistenciais, comunicação profissional-usuário e integração entre os serviços, aspectos que demandam acompanhamento e intervenções progressivas.

Ressalta-se que as limitações metodológicas inerentes ao caráter inicial da implantação e ao quantitativo reduzido de participantes foram consideradas na interpretação dos dados, sem prejuízo da utilidade do monitoramento realizado.

Nesse sentido, os achados apresentados subsidiam a tomada de decisão da gestão e orientam o planejamento de ações voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial.

A consolidação do instrumento de pesquisa e a ampliação gradual da participação dos usuários, aliadas ao monitoramento mensal dos indicadores, tendem a qualificar progressivamente as análises, fortalecendo a cultura institucional de avaliação, transparência e melhoria contínua, em consonância com as diretrizes do Contrato de Gestão nº 005/2025.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Avaliação da Satisfação do Usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): diretrizes e resultados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). *Contrato de Gestão nº 005/2025*, celebrado com a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde. Salvador: SESAB, 2025.



PESQUISA SATISFAÇÃO NOVEMBRO- HRP

RELATÓRIO MENSAL DE ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NOVEMBRO

1 INTRODUÇÃO

A Pesquisa de Satisfação do Usuário configura-se como instrumento fundamental de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, integrando as diretrizes do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e os mecanismos de monitoramento do desempenho institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da gestão hospitalar sob regime de contrato, a pesquisa de satisfação assume caráter normativo e obrigatório, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 005/2025, firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde, entidade responsável pela administração do Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA).

De acordo com o referido contrato, cabe à unidade implantar e manter um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento, previamente aprovado pela SESAB, bem como realizar a leitura, análise e adoção de medidas de melhoria, no prazo máximo de 30 dias úteis, em resposta às sugestões, queixas e reclamações manifestadas pelos usuários, com vistas à qualificação do atendimento prestado.

Adicionalmente, o contrato prevê a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com a produção de relatórios mensais de suas atividades, os quais devem ser arquivados e disponibilizados para avaliação em visitas técnicas da CONTRATANTE, reforçando a centralidade da escuta do usuário no processo de avaliação institucional.

Nesse sentido, a Pesquisa de Satisfação do Usuário realizada pelo HRP constitui ferramenta estratégica para o acompanhamento do desempenho assistencial e administrativo, subsidiando a gestão hospitalar na identificação de fragilidades, no monitoramento de resultados e na implementação de ações de melhoria contínua, em consonância com as exigências contratuais e as diretrizes do PNASS.

2 OBJETIVO

Avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA), no período avaliado, por meio da aplicação de pesquisa de satisfação pós-atendimento normatizada, analisando indicadores quantitativos e manifestações qualitativas, em conformidade com o Contrato de Gestão nº 005/2025 e com as diretrizes do PNASS, de modo a subsidiar a gestão hospitalar na tomada de decisão, no monitoramento da qualidade e na adoção tempestiva de medidas de melhoria no atendimento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, fundamentado nos dados oriundos da Pesquisa de Satisfação do Usuário aplicada no HRPA.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário institucional padronizado, disponibilizado em formato eletrônico, via QR Code, e em versão impressa, com depósito em urna física, garantindo maior acessibilidade e adesão dos usuários ao instrumento avaliativo.

As respostas quantitativas foram classificadas nas categorias ótimo, bom, regular e ruim, sendo posteriormente consolidadas e analisadas de forma setorial e global, possibilitando a mensuração do desempenho dos serviços prestados e o cálculo de indicadores de satisfação.

As manifestações qualitativas, compreendendo elogios, reclamações e sugestões, foram organizadas por tipologia e setor relacionado, possibilitando análise descritiva e levantamento de aspectos recorrentes associados aos processos assistenciais e administrativos.

Os dados foram consolidados mensalmente, a partir de registros coletados semanalmente, e analisados conforme metas institucionais estabelecidas, em consonância com as diretrizes do PNASS, subsidiando o monitoramento da qualidade e a tomada de decisão pela gestão hospitalar.

4 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Esta seção apresenta os resultados quantitativos da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao período de novembro de 2025, contemplando os indicadores de satisfação global, satisfação por setor, e demais indicadores institucionais definidos, apresentados em forma de gráficos para facilitar a análise gerencial.

Os indicadores a seguir foram definidos como instrumentos oficiais de monitoramento da satisfação do usuário, com metas institucionais previamente estabelecidas.

4.1 Índice Global de Satisfação do Usuário – IGSU

O Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) corresponde à proporção de avaliações classificadas como ótimo e bom em relação ao total de respostas válidas registradas no período, conforme metodologia institucional adotada para a Pesquisa de Satisfação do Usuário, em consonância com as diretrizes do PNASS e com as disposições contratuais vigentes.

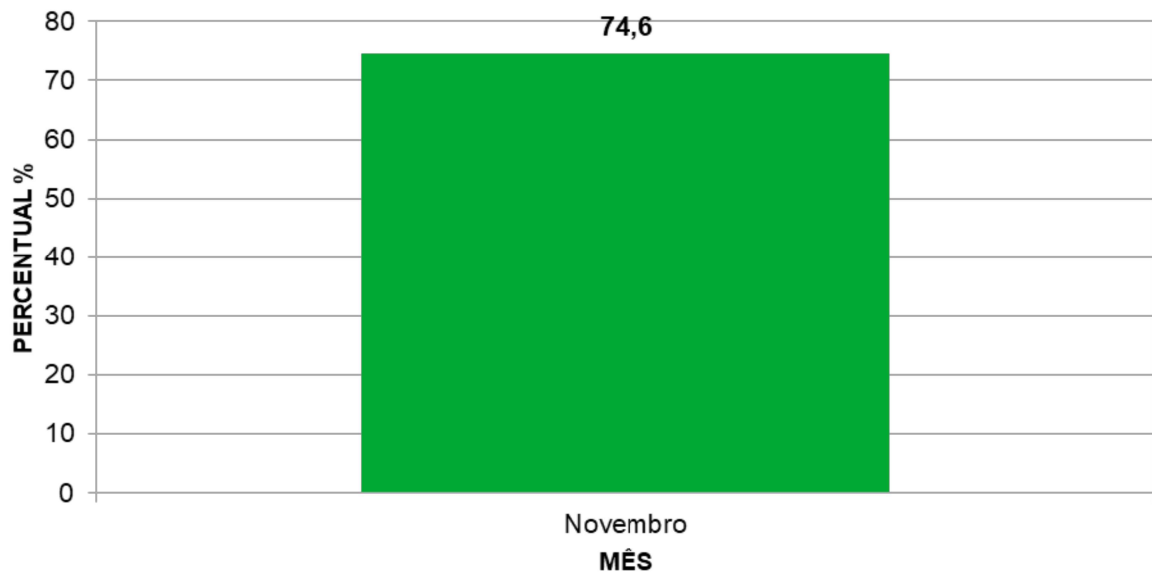
O IGSU é calculado a partir da proporção de respostas consideradas positivas, correspondentes às classificações “ótimo” e “bom”, em relação ao total de respostas válidas registradas no período. O resultado é expresso em percentual, conforme a fórmula: $IGSU (\%) = (n^{\circ} \text{ de respostas "ótimo"} + n^{\circ} \text{ de respostas "bom"}) \div n^{\circ} \text{ total de respostas válidas} \times 100$, permitindo a mensuração padronizada do nível de satisfação dos usuários e a comparabilidade dos resultados ao longo do tempo.

No período de novembro de 2025, o IGSU apurado foi de 74,6%, frente a meta institucional estabelecida de $\geq 70\%$. A meta de 70% foi previamente pactuada entre a Direção e o setor de Qualidade como parâmetro inicial para monitoramento da satisfação dos usuários, considerando a fase de implantação e consolidação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, o processo de sensibilização e capacitação das equipes, bem como a ampliação progressiva da adesão dos usuários ao instrumento avaliativo.

Ressalta-se que essa meta poderá ser revisada e gradualmente elevada a partir da consolidação da série histórica e do amadurecimento do processo institucional de avaliação.

Para fins de cálculo do IGSU, as avaliações classificadas como regular não são consideradas como avaliações positivas, por representarem percepção de atendimento aceitável, porém sem evidência de satisfação plena, conforme práticas consolidadas de gestão da qualidade em serviços de saúde.

Gráfico 01 - Índice Global de Satisfação do Usuário



O IGSU apurado no período apresentou-se acima da meta institucional estabelecida, configurando resultado satisfatório sob a ótica do usuário. Todavia, tal resultado deve ser analisado com a devida cautela, considerando as inconsistências identificadas entre os formulários eletrônico e impresso, que continham questões não equivalentes.

Para assegurar maior fidedignidade metodológica, foram consideradas no cálculo apenas as questões idênticas entre os instrumentos, sendo possível estimar uma margem de variação entre 3% e 5% no índice obtido.

Ressalta-se que, embora o resultado seja positivo, permanece a necessidade de aprimoramento contínuo dos processos avaliativos e assistenciais, motivo pelo qual encontra-se em andamento a padronização integral dos formulários, visando maior consistência e qualificação das análises futuras.

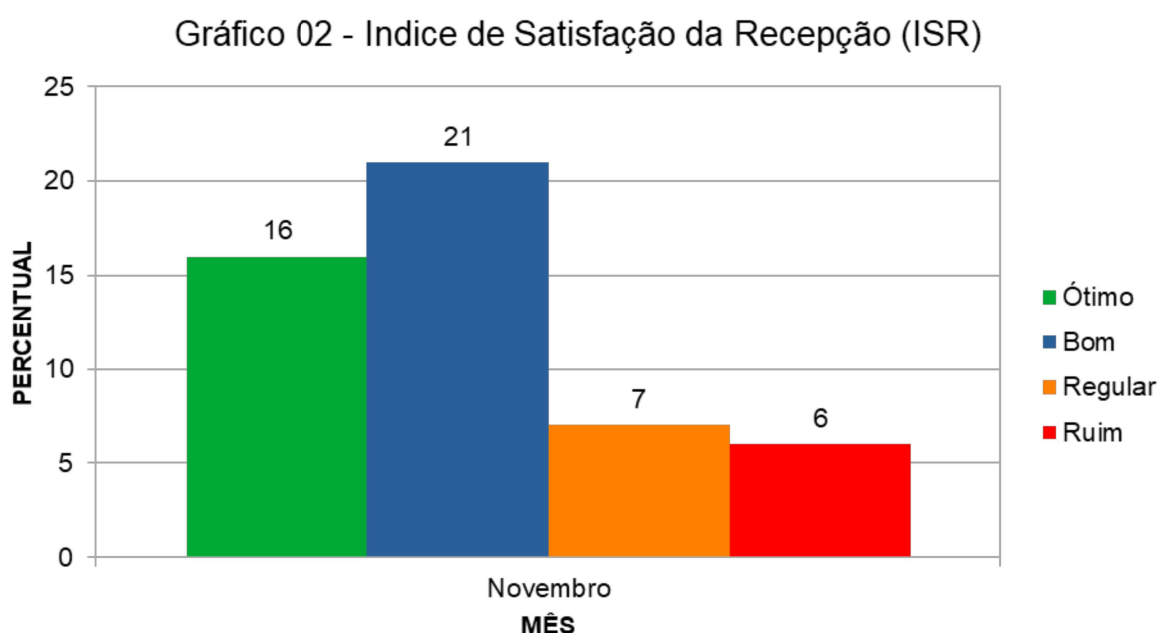
4.2 Indicadores de Satisfação por Setor

A avaliação da satisfação por setor permite detalhar a percepção dos usuários em relação aos serviços assistenciais e administrativos, subsidiando ações de melhoria direcionadas. Serão apresentados gráficos com a distribuição das respostas (ótimo, bom, regular e ruim) em números absolutos, garantindo transparência e fácil leitura dos dados.

Apenas setores com perguntas equivalentes em ambos os formulários (impresso e QR Code) serão considerados para cálculo do índice setorial, assegurando consistência e confiabilidade.

Após os gráficos, será calculado o índice geral de satisfação por setor, utilizando a mesma metodologia adotada para o IGSU, considerando a proporção de respostas “ótimo” e “bom” sobre o total de respostas válidas.

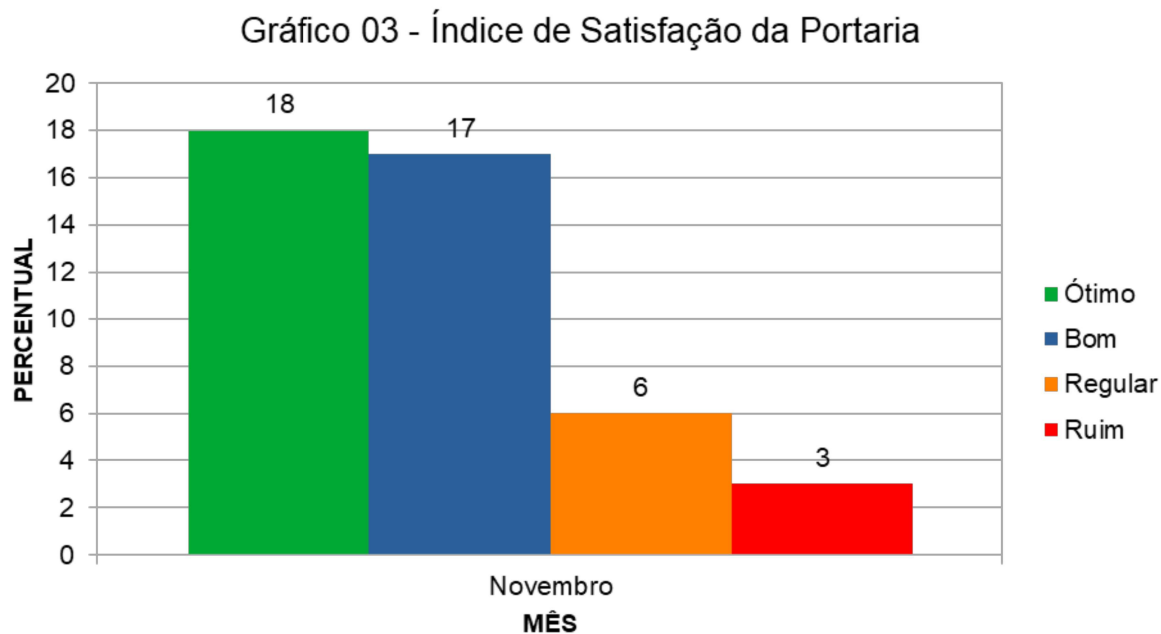
4.2.1 Índice de Satisfação da Recepção (ISR)



No mês de novembro, 50 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da recepção. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 16 ótimo, 21 bom, 7 regular e 6 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Recepção (ISR) apurado em novembro foi de 74%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.2 Índice de Satisfação da Portaria (ISPT)



No mês de novembro, 44 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da portaria. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 18 ótimo, 17 bom, 6 regular e 3 ruim.

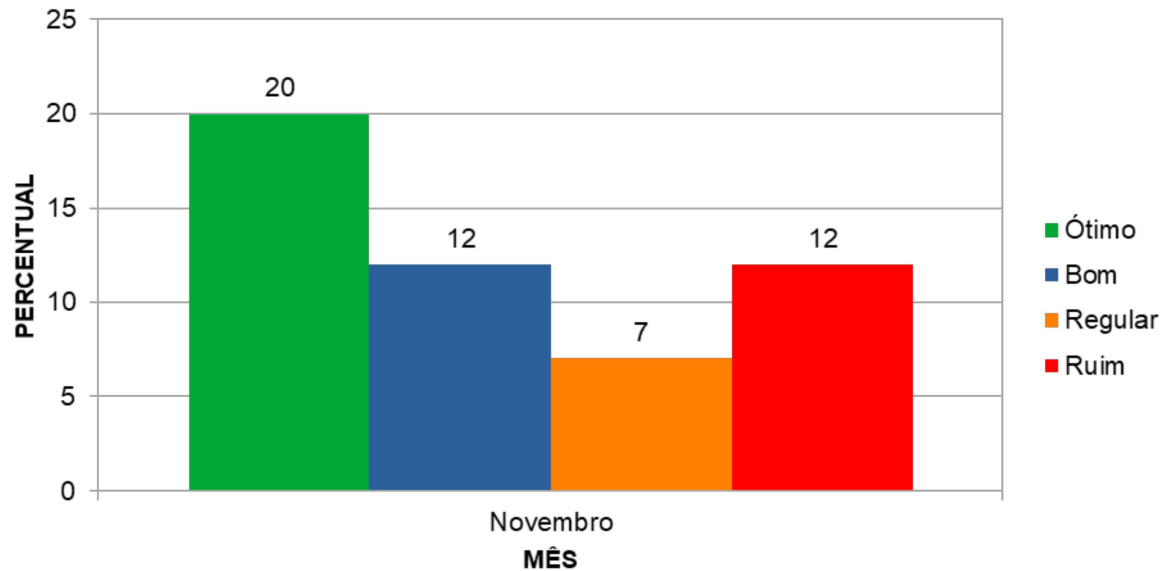
Assim, o Índice de Satisfação da Portaria (ISPT) em novembro foi de 80%, ultrapassando a meta institucional inicial de 70% estabelecida para a fase de implantação da pesquisa.

4.2.3 Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM)

No mês de novembro, 51 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da equipe médica. A distribuição das avaliações foi: 20 ótimos, 12 bom, 7 regular e 12 ruim.

Para o cálculo do índice setorial, são consideradas apenas as respostas classificadas como ótimo e bom. Portanto, o Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM) em novembro foi de 63%, abaixo da meta institucional inicial de 70%, evidenciando oportunidade de melhoria no atendimento e necessidade de acompanhamento das ações corretivas previstas.

Gráfico 04 - Índice de Satisfação da Equipe Médica

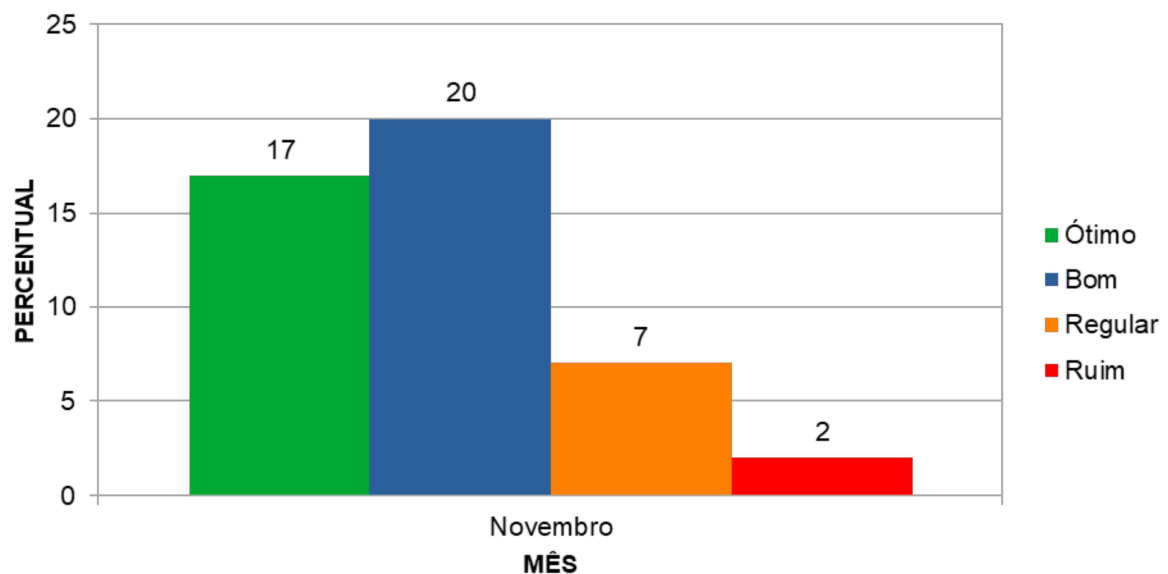


4.2.4 Índice de Satisfação do Laboratório (ISL)

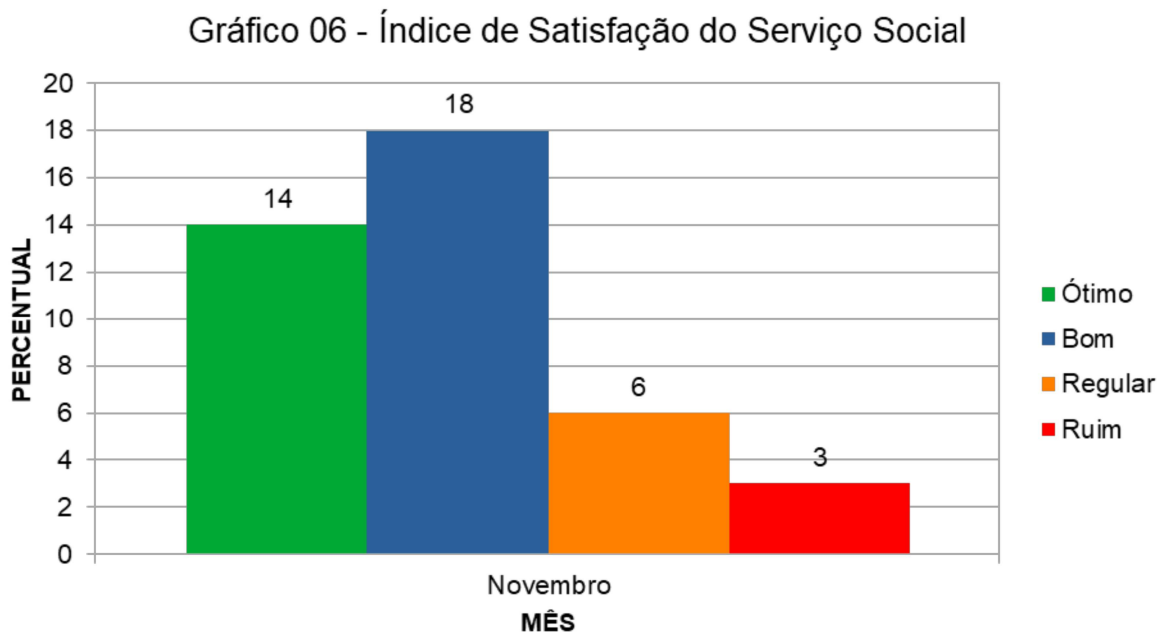
No mês de novembro, 46 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do laboratório. A distribuição das avaliações foi: 17 ótimo, 20 bom, 7 regular e 2 ruim.

Dessa forma, o ISL em novembro foi de 80%, ficando acima da meta institucional inicial de 70%.

Gráfico 05 - Índice de Satisfação do Laboratório



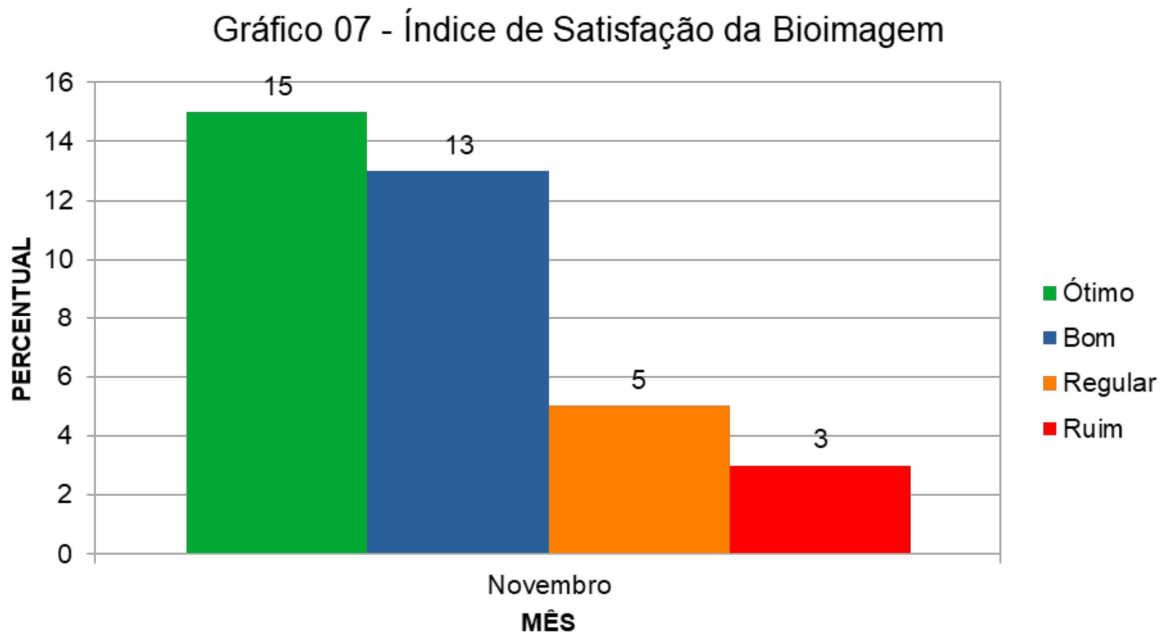
4.2.5 Índice de Satisfação do Serviço Social (ISSS)



No mês de novembro, 41 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do Serviço Social. A distribuição das avaliações foi: 14 ótimo, 18 bom, 6 regular e 3 ruim.

Assim, o Índice de Satisfação do ISSS em novembro foi de 78%, atingindo a meta institucional inicial de 70%.

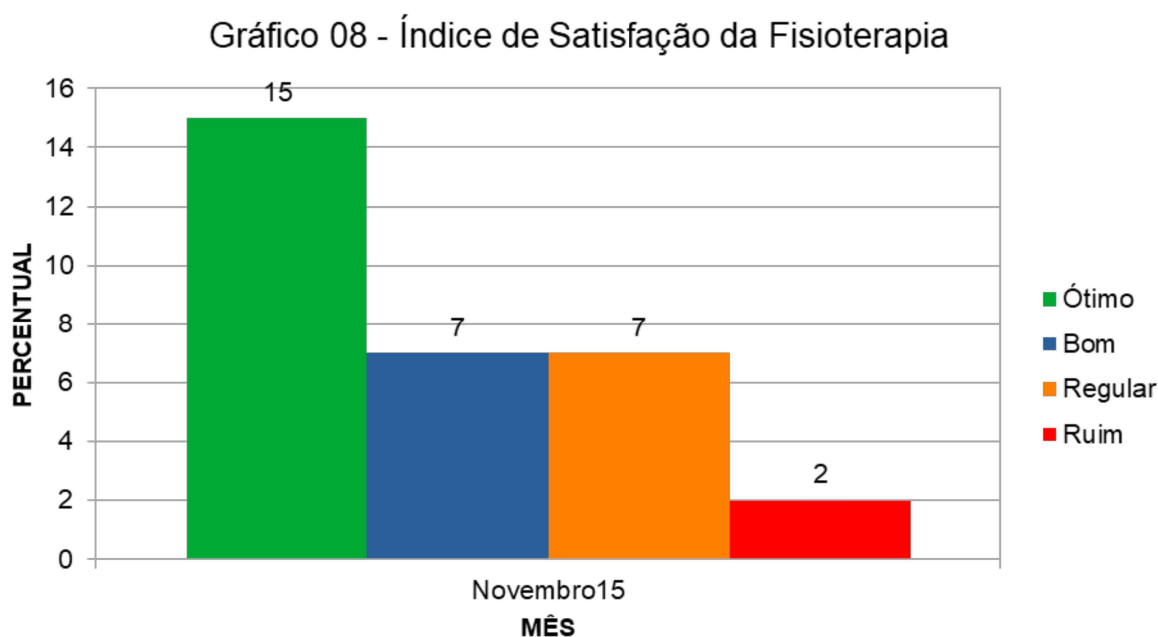
4.2.6 Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB)



No mês de novembro, 36 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da bioimagem. A distribuição das avaliações foi: 15 ótimo, 13 bom, 5 regular e 3 ruim.

Dessa forma, o Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB) em novembro foi de 78%, atingindo a meta institucional inicial de 70%.

4.2.7 Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF)

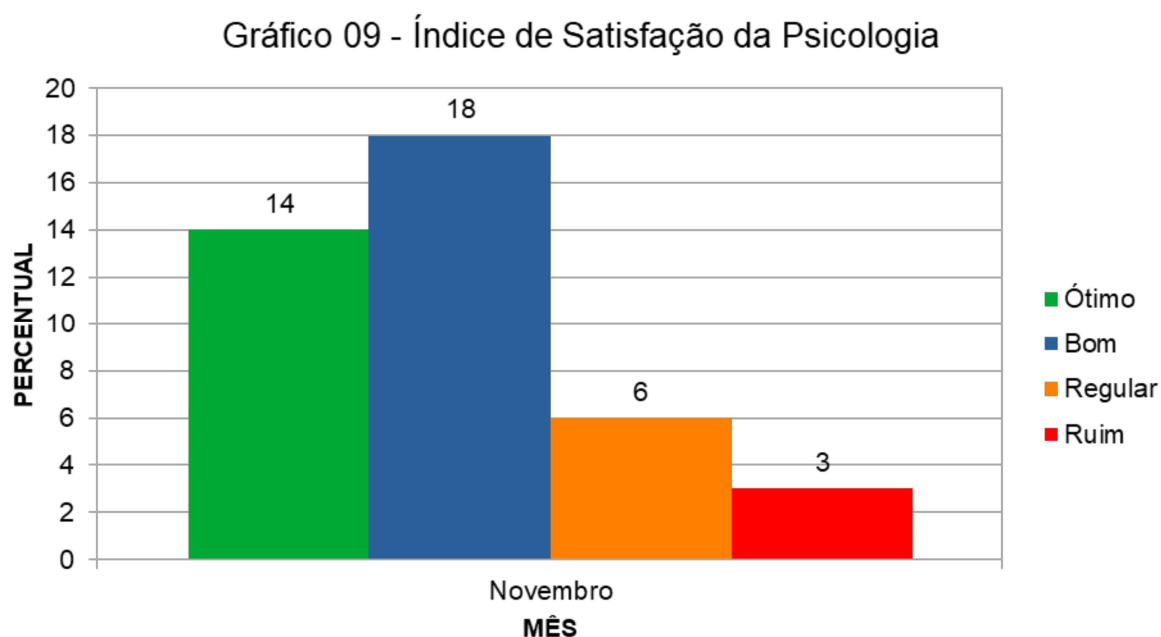


No mês de novembro, 31 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da fisioterapia. A distribuição das avaliações foi: 15 ótimo, 7 bom, 7 regular e 2 ruim. Assim, o Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF) em novembro foi de 71%, acima da meta institucional inicial de 70%.

4.2.8 Índice de Satisfação da Psicologia (ISP)

No mês de novembro, 34 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da psicologia. A distribuição das avaliações foi: 15 ótimo, 9 bom, 6 regular e 4 ruim.

No mês de novembro, 34 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da psicologia. A distribuição das avaliações foi: 15 ótimo, 9 bom, 6 regular e 4 ruim.



Dessa forma, o Índice de Satisfação da Psicologia (ISP) em novembro foi de 70,6%, dentro da meta institucional inicial de 70%, indicando necessidade de acompanhamento e análise das oportunidades de melhoria identificadas.

Os índices de satisfação referentes aos setores de triagem, sala de medicação, infraestrutura, nutrição e ambulatório não foram apresentados neste relatório em razão de esses serviços constarem de forma não uniforme nos instrumentos de coleta, estando alguns contemplados apenas no formulário eletrônico (QR Code) e outros exclusivamente no formulário impresso.

Considerando a necessidade de garantir consistência metodológica, comparabilidade dos resultados e evitar interpretações equivocadas, optou-se pela não consolidação desses indicadores neste período, inclusive no que se refere à correlação com o Índice de Indicação do Atendimento do Hospital e à avaliação geral do atendimento, mensurada por escala de 0 a 10.

Ressalta-se que, a partir de janeiro, será implantado um novo formulário de Pesquisa de Satisfação do Usuário, com padronização das mesmas perguntas em ambos os formatos (online e impresso), possibilitando a inclusão desses setores nas análises subsequentes de forma mais fidedigna e integrada aos indicadores institucionais.

5 ANÁLISE QUALITATIVA DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS

A análise qualitativa das manifestações dos usuários evidencia predominância de percepções positivas relacionadas à assistência à saúde, com destaque recorrente para a equipe de enfermagem e equipe médica, especialmente da clínica cirúrgica, frequentemente reconhecida pela competência técnica, postura ética, atenção, empatia e humanização no cuidado.

Observa-se menção reiterada à atuação profissional qualificada, indicando fortalecimento do vínculo, confiança e satisfação dos usuários e acompanhantes. Serviços de apoio, como recepção, portaria, maqueiros e equipe de higienização, também foram mencionados de forma favorável, sinalizando bom acolhimento institucional.

As manifestações críticas concentram-se, de forma consistente, em aspectos organizacionais, estruturais e de fluxo assistencial, com ênfase no tempo prolongado de espera para atendimento e diagnóstico, inclusive em situações percebidas pelos usuários como de maior gravidade clínica.

Foram ainda apontadas oportunidades de melhoria relacionadas à infraestrutura e apoio ao acompanhante, incluindo funcionamento de equipamentos (ar-condicionado), ampliação do horário de visitas, disponibilização de pia para higienização das mãos dos usuários no setor de emergência, oferta de copos na recepção e fornecimento adequado de insumos assistenciais, como fraldas e lençóis.

Adicionalmente, emergiram registros relacionados à comunicação profissional-usuário, evidenciando a necessidade de maior clareza nas explicações acerca de condutas e tratamentos adotados.

Observa-se, ainda, recorrência significativa de manifestações positivas direcionadas à atuação de profissionais da equipe assistencial, em especial no âmbito da clínica cirúrgica, evidenciando práticas consistentes de acolhimento, humanização e resolutividade no cuidado. Tais registros configuram experiências exitosas, passíveis de serem consideradas como referência para o fortalecimento e disseminação de boas práticas assistenciais no contexto institucional.

De forma geral, as manifestações qualitativas indicam que, embora a assistência direta seja amplamente bem avaliada, permanecem fragilidades nos fluxos assistenciais, na logística de apoio, na comunicação e em aspectos estruturais, os quais impactam a experiência do usuário.

6 ENCAMINHAMENTOS E AÇÕES

Com base na análise dos indicadores quantitativos e qualitativos da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao período avaliado, identificaram-se oportunidades de melhoria relacionadas aos fluxos assistenciais, organização do atendimento, comunicação profissional-usuário e aspectos estruturais e logísticos. Diante disso, foram definidos os seguintes encaminhamentos e ações:

- Reforçar junto às coordenações de enfermagem e médica a importância da comunicação clara, acessível e humanizada com usuários e acompanhantes, incluindo orientações sobre condutas, tratamentos e fluxos assistenciais.
- Encaminhar às áreas responsáveis a avaliação das demandas relacionadas à infraestrutura e apoio ao usuário, incluindo funcionamento de equipamentos, disponibilização de insumos assistenciais e adequações voltadas ao acompanhante.
- Reforçar junto às coordenações assistenciais o reconhecimento institucional das boas práticas identificadas, visando ao fortalecimento e à disseminação de experiências exitosas no cuidado.
- Manter o monitoramento mensal dos indicadores de satisfação e das manifestações dos usuários, com reavaliação periódica das ações adotadas e ajustes necessários, subsidiando a gestão hospitalar na tomada de decisão e no planejamento de melhorias contínuas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste relatório evidenciam que a Pesquisa de Satisfação do Usuário constitui ferramenta relevante para o monitoramento do desempenho institucional sob a perspectiva do usuário, permitindo à gestão acompanhar, de forma sistemática, os efeitos dos processos assistenciais e administrativos adotados no período. Os indicadores quantitativos analisados demonstram desempenho global e setorial acima da meta institucional vigente, ainda que inseridos em um contexto inicial de implantação do instrumento.

A análise descritiva das manifestações qualitativas reforça a percepção positiva da assistência prestada, especialmente no âmbito das equipes assistenciais, ao mesmo tempo em que sinaliza fragilidades relacionadas a fluxos, organização do atendimento, comunicação e aspectos estruturais, as quais demandam acompanhamento e intervenções graduais. Ressalta-se que limitações metodológicas decorrentes da utilização de instrumentos de coleta não totalmente padronizados foram devidamente consideradas, sem prejuízo da confiabilidade do monitoramento realizado.

Dessa forma, os achados apresentados subsidiam a tomada de decisão da gestão e orientam o planejamento de ações de melhoria contínua, em consonância com as diretrizes do Contrato de Gestão nº 005/2025. A consolidação de um instrumento padronizado e o monitoramento mensal dos indicadores tendem a qualificar progressivamente a análise, fortalecendo a cultura de avaliação, transparência e qualidade no atendimento prestado à população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Avaliação da Satisfação do Usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): diretrizes e resultados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). *Contrato de Gestão nº 005/2025*, celebrado com a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde. Salvador: SESAB, 2025.



PESQUISA SATISFAÇÃO DEZEMBRO- HRP

RELATÓRIO MENSAL DE ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

DEZEMBRO 2025

1 INTRODUÇÃO

A Pesquisa de Satisfação do Usuário configura-se como instrumento fundamental de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, integrando as diretrizes do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e os mecanismos de monitoramento do desempenho institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da gestão hospitalar sob regime de contrato, a pesquisa de satisfação assume caráter normativo e obrigatório, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 005/2025, firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde, entidade responsável pela administração do Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA).

De acordo com o referido contrato, cabe à unidade implantar e manter um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento, previamente aprovado pela SESAB, bem como realizar a leitura, análise e adoção de medidas de melhoria, no prazo máximo de 30 dias úteis, em resposta às sugestões, queixas e reclamações manifestadas pelos usuários, com vistas à qualificação do atendimento prestado.

Adicionalmente, o contrato prevê a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com a produção de relatórios mensais de suas atividades, os quais devem ser arquivados e disponibilizados para avaliação em visitas técnicas da CONTRATANTE, reforçando a centralidade da escuta do usuário no processo de avaliação institucional.

Nesse sentido, a Pesquisa de Satisfação do Usuário realizada pelo HRPA constitui ferramenta estratégica para o acompanhamento do desempenho assistencial e administrativo, subsidiando a gestão hospitalar na identificação de fragilidades, no monitoramento de resultados e na implementação de ações de melhoria contínua, em consonância com as exigências contratuais e as diretrizes do PNASS.

2 OBJETIVO

Avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA), no período avaliado, por meio da aplicação de pesquisa de satisfação pós-atendimento normatizada, analisando indicadores quantitativos e manifestações qualitativas, em conformidade com o Contrato de Gestão nº 005/2025 e com as diretrizes do PNASS, de modo a subsidiar a gestão hospitalar na tomada de decisão, no monitoramento da qualidade e na adoção tempestiva de medidas de melhoria no atendimento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, fundamentado nos dados oriundos da Pesquisa de Satisfação do Usuário aplicada no HRPA.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário institucional padronizado, disponibilizado em formato eletrônico, via QR Code, e em versão impressa, com depósito em urna física, garantindo maior acessibilidade e adesão dos usuários ao instrumento avaliativo.

As respostas quantitativas foram classificadas nas categorias ótimo, bom, regular e ruim, sendo posteriormente consolidadas e analisadas de forma setorial e global, possibilitando a mensuração do desempenho dos serviços prestados e o cálculo de indicadores de satisfação.

As manifestações qualitativas, compreendendo elogios, reclamações e sugestões, foram organizadas por tipologia e setor relacionado, possibilitando análise descritiva e

levantamento de aspectos recorrentes associados aos processos assistenciais e administrativos.

Os dados foram consolidados mensalmente, a partir de registros coletados semanalmente, e analisados conforme metas institucionais estabelecidas, em consonância com as diretrizes do PNASS, subsidiando o monitoramento da qualidade e a tomada de decisão pela gestão hospitalar.

4 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Esta seção apresenta os resultados quantitativos da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao período de dezembro de 2025, contemplando os indicadores de satisfação global, satisfação por setor, e demais indicadores institucionais definidos, apresentados em forma de gráficos para facilitar a análise gerencial.

Os indicadores a seguir foram definidos como instrumentos oficiais de monitoramento da satisfação do usuário, com metas institucionais previamente estabelecidas.

4.1 Índice Global de Satisfação do Usuário – IGSU

O Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) corresponde à proporção de avaliações classificadas como ótimo e bom em relação ao total de respostas válidas registradas no período, conforme metodologia institucional adotada para a Pesquisa de Satisfação do Usuário, em consonância com as diretrizes do PNASS e com as disposições contratuais vigentes.

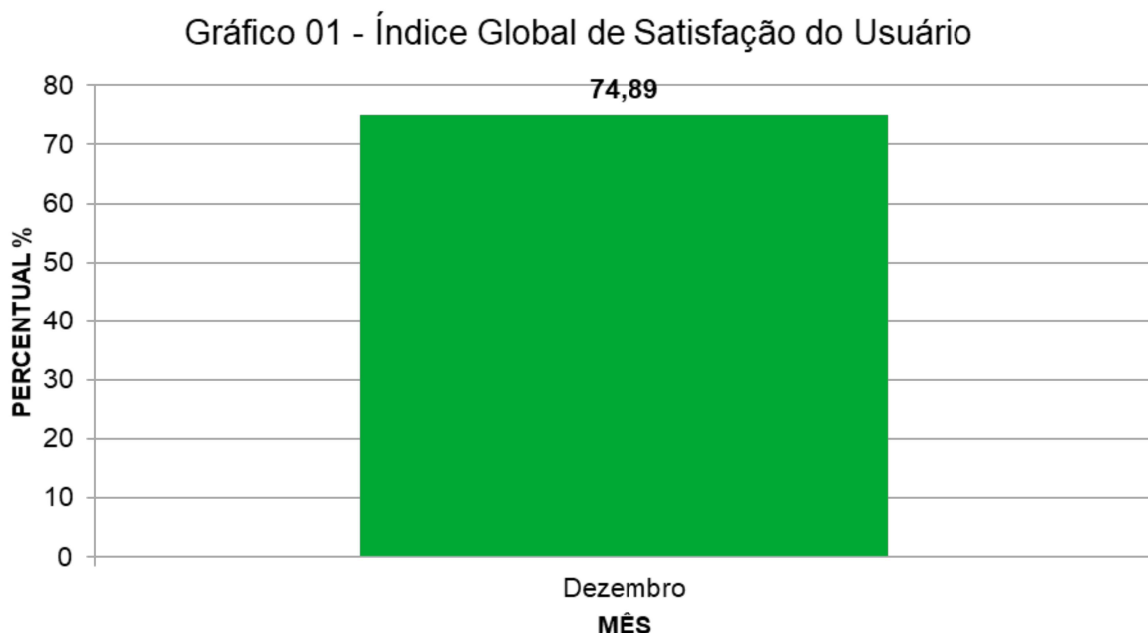
O IGSU é calculado a partir da proporção de respostas consideradas positivas, correspondentes às classificações “ótimo” e “bom”, em relação ao total de respostas válidas registradas no período. O resultado é expresso em percentual, conforme a fórmula: $IGSU (\%) = (n^{\circ} \text{ de respostas "ótimo"} + n^{\circ} \text{ de respostas "bom"}) \div n^{\circ} \text{ total de respostas válidas} \times 100$, permitindo a mensuração padronizada do nível de satisfação dos usuários e a comparabilidade dos resultados ao longo do tempo.

No mês de dezembro, foram analisadas 158 respostas válidas da Pesquisa de Satisfação do Usuário. Considerando como satisfatórias as avaliações classificadas como “Ótimo” e “Bom”, obteve-se um total de 112 respostas positivas, resultando em um Índice Global de Satisfação do Usuário (IGSU) de 70,89%.

O resultado apurado encontra-se acima da meta institucional estabelecida de $\geq 70\%$, evidenciando manutenção do desempenho satisfatório no período e reforçando a efetividade do monitoramento sistemático da satisfação dos usuários.

Ressalta-se que essa meta poderá ser revisada e gradualmente elevada a partir da consolidação da série histórica e do amadurecimento do processo institucional de avaliação.

Para fins de cálculo do IGSU, as avaliações classificadas como regular não são consideradas como avaliações positivas, por representarem percepção de atendimento aceitável, porém sem evidência de satisfação plena, conforme práticas consolidadas de gestão da qualidade em serviços de saúde.



O IGSU apurado no período apresentou-se acima da meta institucional estabelecida, configurando resultado satisfatório sob a ótica do usuário. Todavia, tal resultado deve ser analisado com a devida cautela, considerando as inconsistências identificadas entre os formulários eletrônico e impresso, que continham questões não equivalentes.

Para assegurar maior fidedignidade metodológica, foram consideradas no cálculo apenas as questões idênticas entre os instrumentos, sendo possível estimar uma margem de variação entre 3% e 5% no índice obtido.

Ressalta-se que, embora o resultado seja positivo, permanece a necessidade de aprimoramento contínuo dos processos avaliativos e assistenciais, motivo pelo qual encontra-se em andamento a padronização integral dos formulários, visando maior consistência e qualificação das análises futuras.

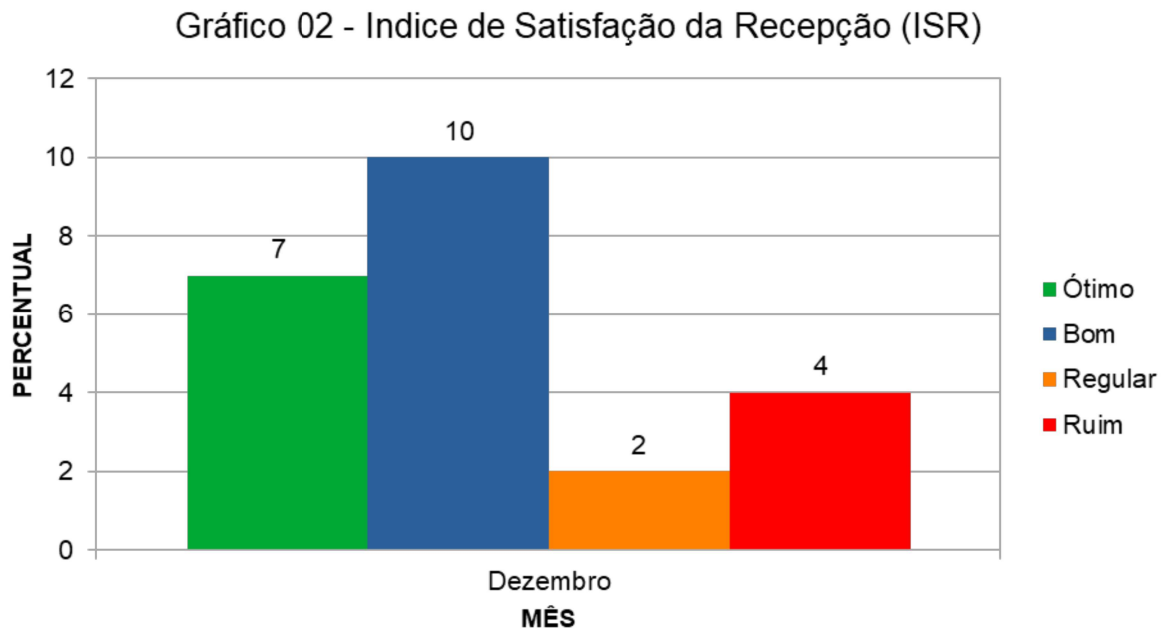
4.2 Indicadores de Satisfação por Setor

A avaliação da satisfação por setor permite detalhar a percepção dos usuários em relação aos serviços assistenciais e administrativos, subsidiando ações de melhoria direcionadas. Serão apresentados gráficos com a distribuição das respostas (ótimo, bom, regular e ruim) em números absolutos, garantindo transparência e fácil leitura dos dados.

Apenas setores com perguntas equivalentes em ambos os formulários (impresso e QR Code) serão considerados para cálculo do índice setorial, assegurando consistência e confiabilidade.

Após os gráficos, será calculado o índice geral de satisfação por setor, utilizando a mesma metodologia adotada para o IGSU, considerando a proporção de respostas “ótimo” e “bom” sobre o total de respostas válidas.

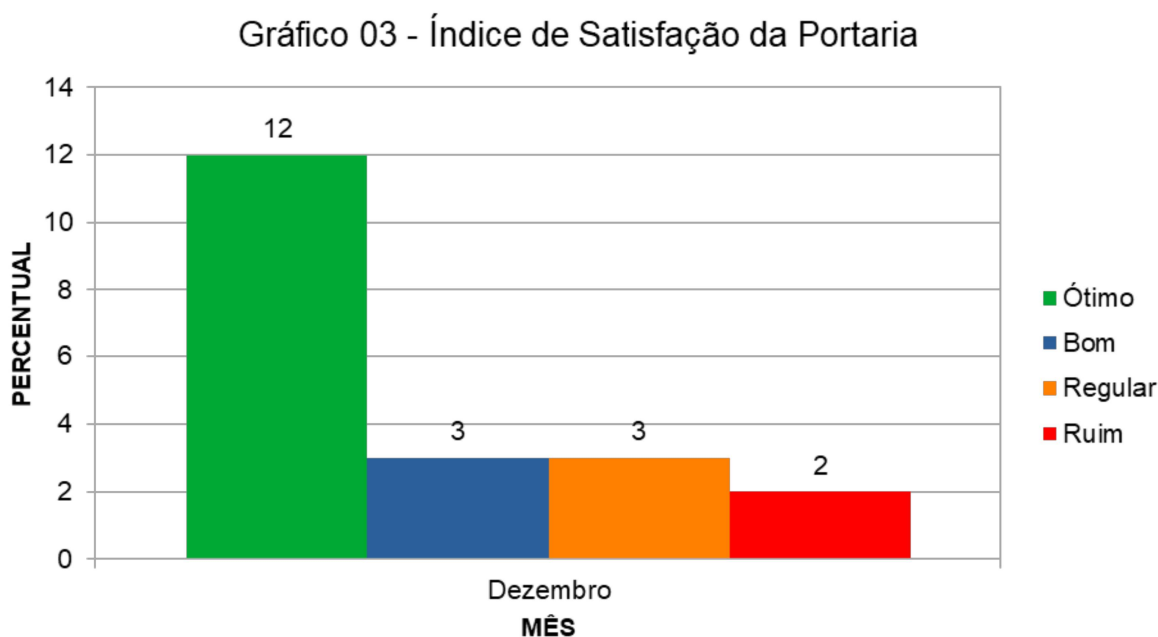
4.2.1 Índice de Satisfação da Recepção (ISR)



No mês de dezembro, 23 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da recepção. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 7 ótimo, 10 bom, 2 regular e 4 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Recepção (ISR) apurado em dezembro foi de 73,91%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.2 Índice de Satisfação da Portaria (ISPT)



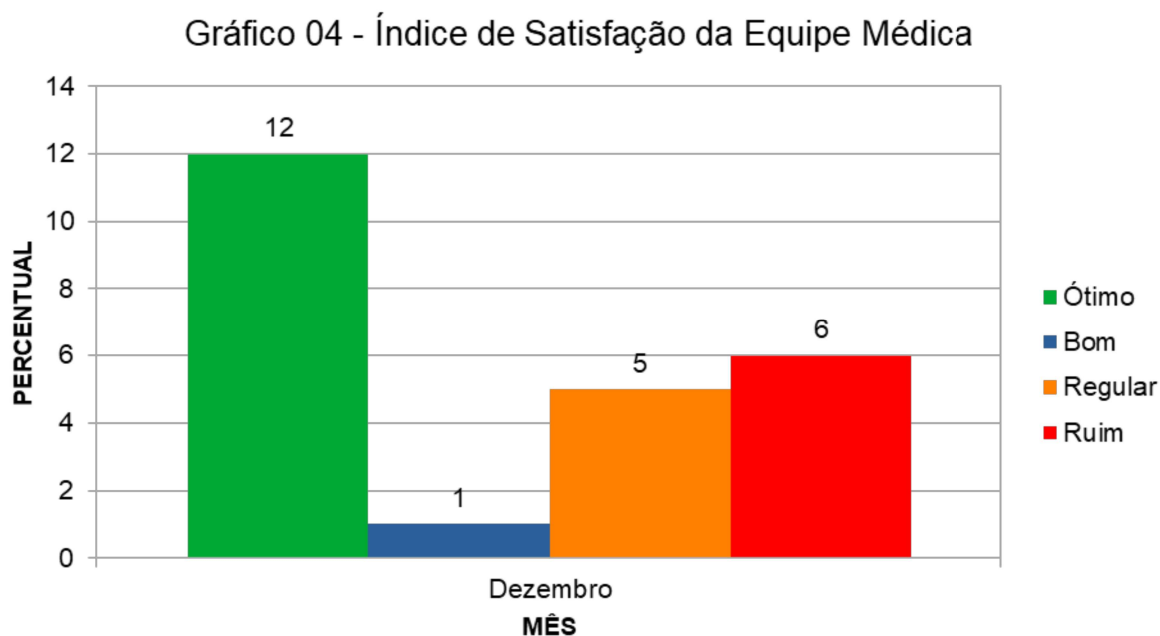
No mês de dezembro, 20 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da portaria. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 12 ótimo, 3 bom, 3 regular e 2 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Portaria (ISPT) apurado em dezembro foi de 75,00%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.3 Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM)

No mês de dezembro, 24 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da equipe médica. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 12 ótimo, 1 bom, 5 regular e 6 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Equipe Médica (ISM) apurado em dezembro foi de 54,17%, situando-se abaixo da meta institucional vigente de 70%.

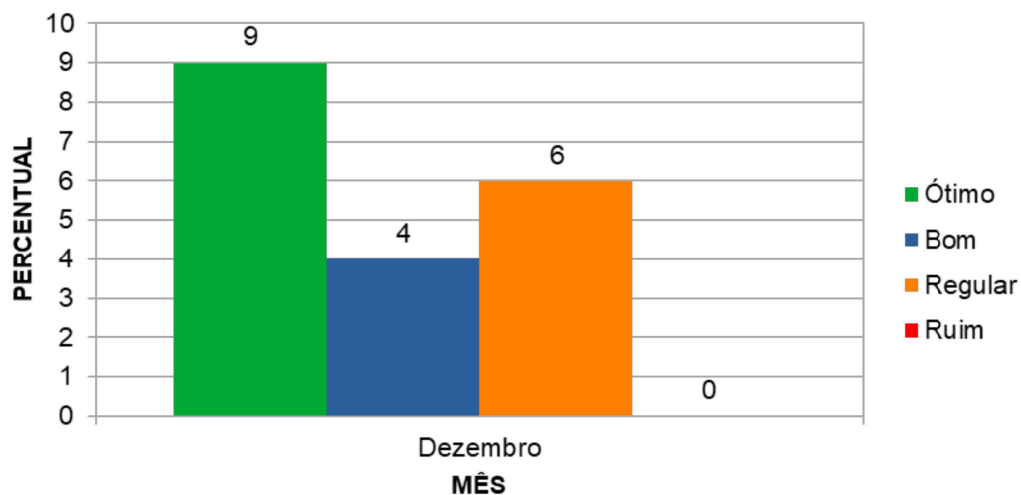


4.2.4 Índice de Satisfação do Laboratório (ISL)

No mês de dezembro, 19 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do laboratório. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 9 ótimo, 4 bom, 6 regular e 0 ruim.

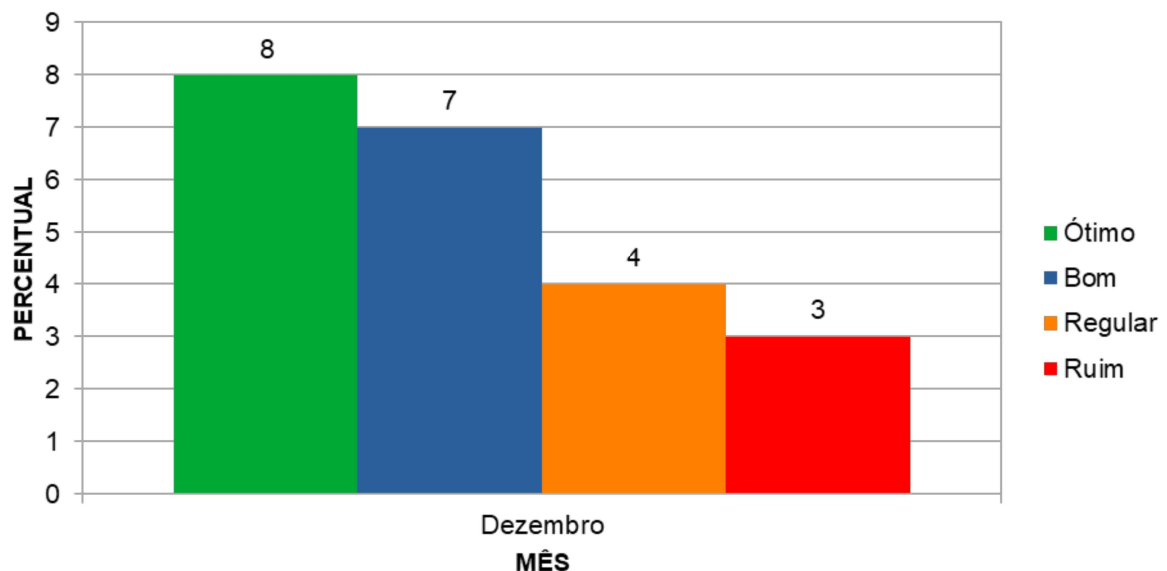
Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação do Laboratório (ISL) apurado em dezembro foi de 68,42%, situando-se ligeiramente abaixo da meta institucional vigente de 70%.

Gráfico 05 - Índice de Satisfação do Laboratório



4.2.5 Índice de Satisfação do Serviço Social (ISSS)

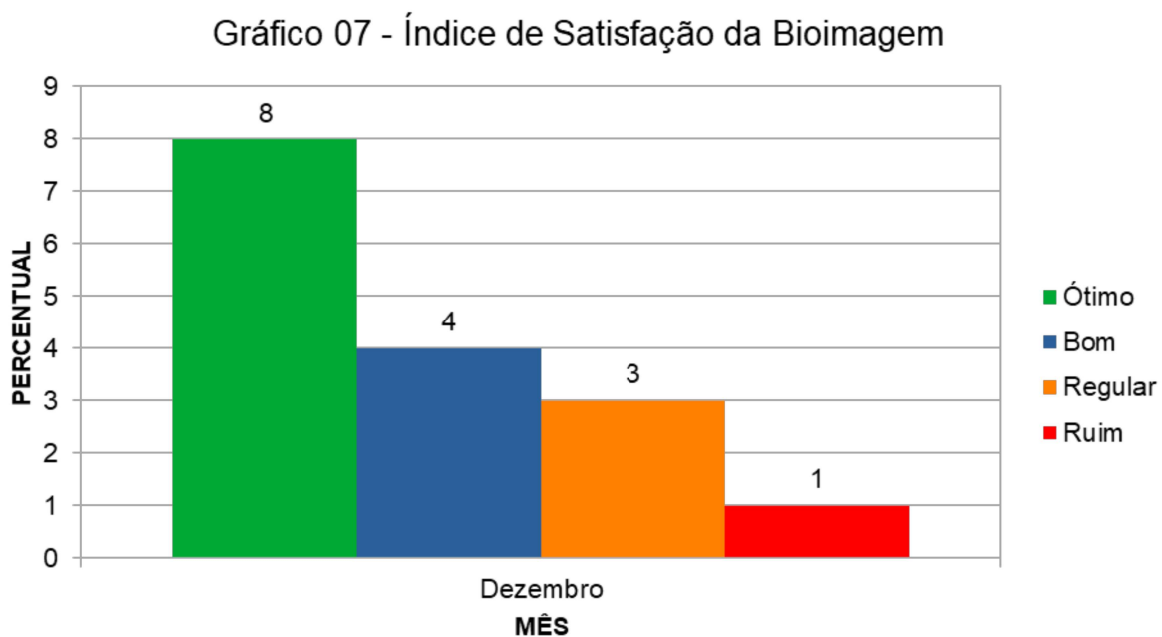
Gráfico 06 - Índice de Satisfação do Serviço Social



No mês de dezembro, 22 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento do Serviço Social. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 8 ótimo, 7 bom, 4 regular e 3 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação do Serviço Social (ISSS) apurado em dezembro foi de 68,18%, situando-se abaixo da meta institucional vigente de 70%.

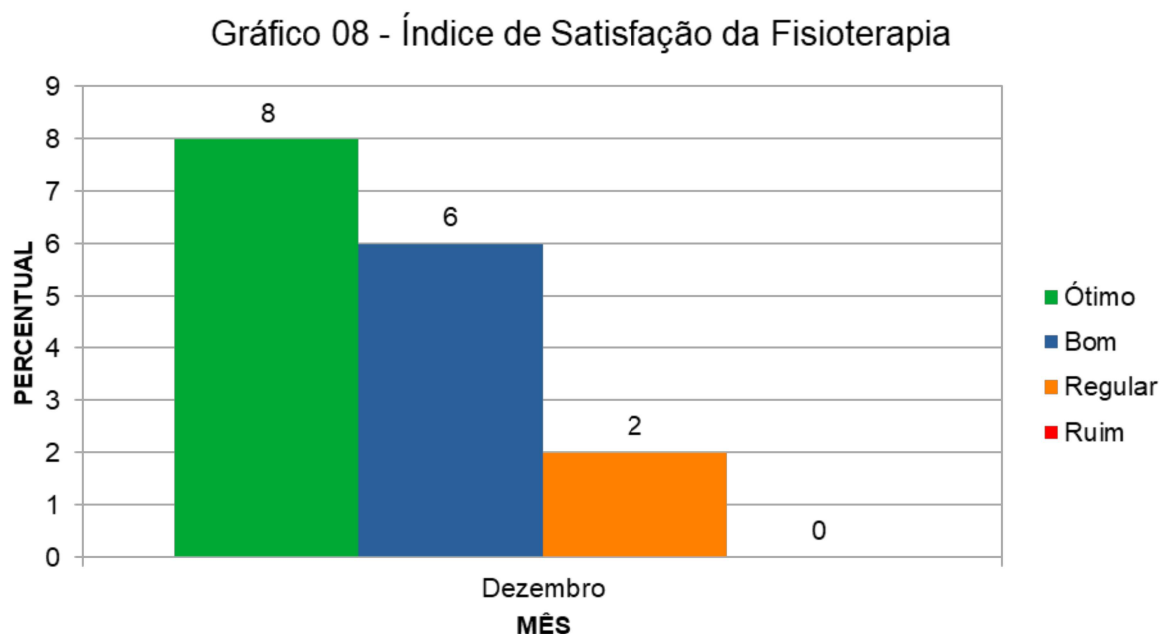
4.2.6 Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB)



No mês de dezembro, 16 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Bioimagem. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 8 ótimo, 4 bom, 3 regular e 1 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Bioimagem (ISB) apurado em dezembro foi de 75,00%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.7 Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF)



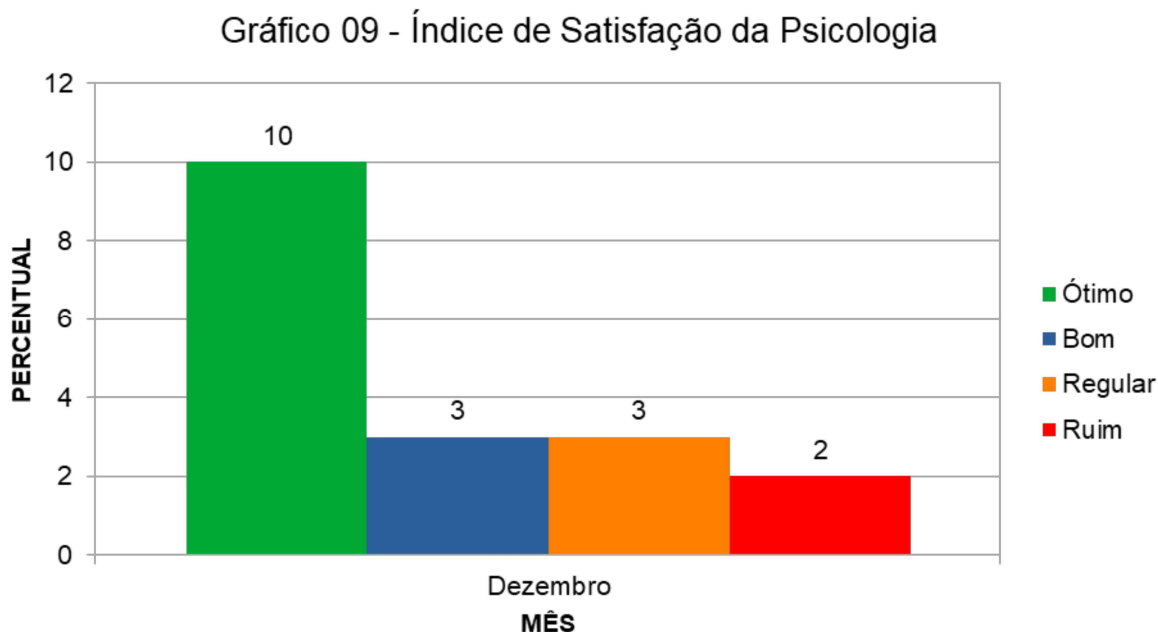
No mês de dezembro, 16 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Fisioterapia. A distribuição das avaliações foi a seguinte: 8 ótimo, 6 bom, 2 regular e 0 ruim.

Conforme a metodologia adotada, apenas as respostas classificadas como “ótimo” e “bom” são consideradas positivas para o cálculo do índice de satisfação setorial. Dessa forma, o Índice de Satisfação da Fisioterapia (ISF) apurado em dezembro foi de 87,50%, situando-se acima da meta institucional vigente de 70%.

4.2.8 Índice de Satisfação da Psicologia (ISP)

No mês de dezembro, 18 usuários participaram da Pesquisa de Satisfação referente ao atendimento da Psicologia. As avaliações distribuíram-se da seguinte forma: 10 ótimo, 3 bom, 3 regular e 2 ruim.

De acordo com a metodologia estabelecida, são consideradas respostas positivas aquelas classificadas como “ótimo” e “bom”, resultando em um Índice de Satisfação da Psicologia (ISP) de 72,22%. O resultado encontra-se acima da meta institucional vigente de 70%, embora ainda evidencie espaço para aprimoramento contínuo do serviço ofertado.



Os índices de satisfação referentes aos setores de triagem, sala de medicação, infraestrutura, nutrição e ambulatório não foram apresentados neste relatório em razão de esses serviços constarem de forma não uniforme nos instrumentos de coleta, estando alguns contemplados apenas no formulário eletrônico (QR Code) e outros exclusivamente no formulário impresso.

Considerando a necessidade de garantir consistência metodológica, comparabilidade dos resultados e evitar interpretações equivocadas, optou-se pela não consolidação desses indicadores neste período, inclusive no que se refere à correlação com o Índice de Indicação do Atendimento do Hospital e à avaliação geral do atendimento, mensurada por escala de 0 a 10.

Ressalta-se que, a partir de janeiro, será implantado um novo formulário de Pesquisa de Satisfação do Usuário, com padronização das mesmas perguntas em ambos os formatos (online e impresso), possibilitando a inclusão desses setores nas análises subsequentes de forma mais fidedigna e integrada aos indicadores institucionais.

5 ANÁLISE QUALITATIVA DAS MANIFESTAÇÕES DOS USUÁRIOS

A análise qualitativa das manifestações dos usuários registradas no mês de dezembro evidencia, de modo geral, percepção predominantemente positiva da assistência prestada, especialmente no que se refere ao acolhimento, atenção das equipes assistenciais e postura profissional durante o atendimento. Os relatos reforçam o reconhecimento do empenho das equipes multiprofissionais, com destaque para a assistência direta ao usuário.

Paralelamente, as manifestações classificadas como regular e ruim sinalizam fragilidades pontuais relacionadas à organização dos fluxos assistenciais, tempo de espera, clareza das informações fornecidas aos usuários e acompanhantes e aspectos estruturais e logísticos, os quais impactam a experiência do atendimento em determinados setores.

Ressalta-se que, embora o sistema de coleta de dados já se encontre em fase de maior consolidação em relação aos meses iniciais de implantação, o número de participantes ainda limitado pode influenciar a representatividade das manifestações qualitativas, devendo os resultados ser interpretados de forma contextualizada.

Dessa forma, a análise qualitativa cumpre papel complementar aos indicadores quantitativos, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e

subsidiando o planejamento de ações voltadas ao aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e da experiência do usuário.

6 ENCAMINHAMENTOS E AÇÕES

Com base na análise dos indicadores quantitativos e nas manifestações qualitativas da Pesquisa de Satisfação do Usuário referente ao mês de dezembro, foram identificadas oportunidades de aprimoramento relacionadas à organização dos fluxos assistenciais, comunicação profissional-usuário e aspectos estruturais e logísticos do atendimento.

Diante desse cenário, definem-se os seguintes encaminhamentos e ações:

- Reforçar, junto às coordenações assistenciais, a importância da comunicação clara, acessível e humanizada com usuários e acompanhantes, especialmente quanto às orientações sobre condutas, exames, tratamentos e tempo estimado de espera.
- Encaminhar às áreas responsáveis as demandas relacionadas à infraestrutura, ambiência e logística de apoio, visando à avaliação e adequação dos recursos que impactam a experiência do usuário.
- Estimular, junto às lideranças das equipes multiprofissionais, o reconhecimento e a disseminação das boas práticas assistenciais identificadas nas manifestações positivas, fortalecendo a cultura de qualidade e humanização do cuidado.
- Manter o monitoramento sistemático e mensal dos indicadores de satisfação e das manifestações dos usuários, considerando o processo de consolidação do instrumento de coleta, com reavaliação contínua das ações implementadas e ajustes necessários para subsidiar a gestão na tomada de decisão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados no presente relatório evidenciam que a Pesquisa de Satisfação do Usuário se consolida como ferramenta estratégica para o monitoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados, permitindo à gestão avaliar, sob a perspectiva do usuário, o desempenho dos processos assistenciais e de apoio no período analisado.

Os indicadores quantitativos demonstram predomínio de avaliações positivas, especialmente nos serviços assistenciais, ao mesmo tempo em que apontam fragilidades relacionadas à organização dos fluxos, comunicação profissional-usuário e aspectos estruturais, as quais impactam diretamente a experiência do cuidado. A análise qualitativa reforça essa percepção, destacando o reconhecimento das equipes e, simultaneamente, sinalizando pontos que demandam intervenções gerenciais.

Ressalta-se que o processo de coleta de dados encontra-se em fase de consolidação, fator que deve ser considerado na interpretação dos resultados, sem prejuízo de sua relevância para o planejamento institucional. Dessa forma, os achados subsidiam a tomada de decisão da gestão e orientam a definição de ações de melhoria contínua, fortalecendo a cultura de avaliação, transparência e qualidade assistencial, em consonância com as diretrizes institucionais vigentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Avaliação da Satisfação do Usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): diretrizes e resultados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). *Contrato de Gestão nº 005/2025*, celebrado com a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Ubaíra – S3 Gestão em Saúde. Salvador: SESAB, 2025.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA
CNPJ: 14.284.483/0001-08

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014. Emitida às 14:14:52 do dia 30/12/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 28/06/2026.

Código de controle da certidão: **EDDD.76AE.9652.DF60**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA FAZENDA

Emissão: 20/01/2026 11:55

Certidão Negativa de Débitos Tributários

(Emitida para os efeitos dos arts. 113 e 114 da Lei 3.956 de 11 de dezembro de 1981 - Código Tributário do Estado da Bahia)

Certidão Nº: 20260395411

RAZÃO SOCIAL	
ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANC	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ
071.754.432 - BAIXADO	14.284.483/0001-08

Fica certificado que não constam, até a presente data, pendências de responsabilidade da pessoa física ou jurídica acima identificada, relativas aos tributos administrados por esta Secretaria.

Esta certidão engloba todos os seus estabelecimentos quanto à inexistência de débitos, inclusive os inscritos na Dívida Ativa, de competência da Procuradoria Geral do Estado, ressalvado o direito da Fazenda Pública do Estado da Bahia cobrar quaisquer débitos que vierem a ser apurados posteriormente.

Emitida em 20/01/2026, conforme Portaria nº 918/99, sendo válida por 60 dias, contados a partir da data de sua emissão.

**AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO PODE SER COMPROVADA NAS INSPETORIAS FAZENDÁRIA
OU VIA INTERNET, NO ENDEREÇO <http://www.sefaz.ba.gov.br>**

Válida com a apresentação conjunta do cartão original de inscrição no CPF ou no CNPJ da
Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.



Prefeitura Municipal do Salvador - PMS

Secretaria Municipal da Fazenda - SEFAZ
Procuradoria Geral do Município de Salvador - PGMS

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITO DE NEGATIVA DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS NA SEFAZ E TRIBUTÁRIOS E NÃO TRIBUTÁRIOS INSCRITOS NA DÍVIDA ATIVA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Razão Social: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA
CNPJ: 14.284.483/0001-08
Endereço: RUA ANTONIO TEIXEIRA DELLA CELLA Nº SN - CENTRO, UBAIRA/BA - CEP: 45310000 -

Número da Certidão: 3710480

É certificado que:

Constam débitos administrados pela SEFAZ com exigibilidade suspensa nos termos do art. 8º, da Lei nº 7.186, de 27 de dezembro de 2006 - Código Tributário e de Rendas do Município de Salvador (CTRMS), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos;

e/ou

Constam nos sistemas da PGMS débitos inscritos em Dívida Ativa do Município com exigibilidade suspensa nos termos do art. 8º, da Lei nº 7.186, de 27 de dezembro de 2006 - Código Tributário e de Rendas do Município de Salvador (CTRMS), ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Esta certidão se refere à situação fiscal, compreendendo créditos tributários administrados pela SEFAZ e a inscrições em Dívida Ativa junto à PGMS e abrange, inclusive, a situação cadastral do estabelecimento matriz e suas filiais ou imóvel(is) em que esteja(m) na condição de contribuinte.

Conforme disposto no art. 279, do CTRMS, este documento tem os mesmos efeitos da Certidão Negativa.

Fica ressalvado o direito de o Município cobrar e inscrever em Dívida Ativa quaisquer dívidas do sujeito passivo que vierem a ser apuradas.

A aceitação desta certidão está condicionada a verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <https://sefaz.salvador.ba.gov.br>

Certidão emitida gratuitamente com base na Lei nº 7.186/2006 - CTRMS.

Certidão emitida às 11:59:25 horas do dia 20/01/2026.

Válida até dia 19/02/2026.

Código de controle da certidão: **2025.E8B7.BF0F.A985.FC06.5E39.D5B0.F2BC**

Esta certidão foi emitida pela página da Secretaria Municipal da Fazenda, no endereço <http://www.sefaz.salvador.ba.gov.br>, e sua autenticidade pode ser confirmada utilizando o código de controle acima.

Voltar

Imprimir



**Certificado de Regularidade do
FGTS - CRF**

Inscrição: 14.284.483/0001-08
Razão Social: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA
Endereço: RUA ANTONIO TEIXEIRA DELLA CELLA SN / CENTRO / UBAIRA / BA / 45310-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 05/01/2026 a 03/02/2026

Certificação Número: 2026010516070182315952

Informação obtida em 20/01/2026 12:00:14

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

**CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS
COM EFEITO DE NEGATIVA**

Nome: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA
(MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 14.284.483/0001-08
Certidão nº: 4253506/2026
Expedição: 20/01/2026, às 11:56:33
Validade: 19/07/2026 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **14.284.483/0001-08**, **CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas em face do inadimplemento de obrigações estabelecidas no(s) processo(s) abaixo, com débito garantido ou exigibilidade suspensa: **0000682-21.2022.5.05.0033 - TRT 05ª Região * (33ª VARA DO TRABALHO DE SALVADOR)**

* Débito garantido por depósito, bloqueio de numerário ou penhora de bens suficientes.

Total de processos: 1.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

A Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas, com os mesmos efeitos da negativa (art. 642-A, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho), atesta a existência de registro do CPF ou do CNPJ da pessoa sobre quem versa a certidão no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas, cujos débitos estejam com exigibilidade suspensa ou garantidos por depósito, bloqueio de numerário, penhora de bens suficientes ou, ainda, tenha sido deferida, no caso de empresa, a sua recuperação judicial, de acordo com a Lei 11.101/2005.

Dúvidas e sugestões: cndt@tst.jus.br