



Governo do Estado da Paraíba
Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba – SESPb

**RELATÓRIO DE ANÁLISE MENSAL DO CONTRATO DE GESTÃO
Nº 043/2023**

**Apoio aos Exames de Tomografia Computadorizada, Gerenciamento dos Serviços de
Hemodinâmica e da Linha de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**

Relatório mensal de acompanhamento do Contrato de Gestão Nº
043/2023 - Subgerência de Monitoramento e Avaliação de Contratos
de Serviços de Saúde (SMACSS) referente a maio de 2025.

João Pessoa – PB
2025





Sumário

1. Introdução -----	3
2. Do monitoramento -----	4
3. Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro-----	5
3.1 Do monitoramento dos Indicadores Assistenciais -----	5
3.2 Do Monitoramento dos Indicadores de Qualidade-----	6
4. Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes-----	9
4.1 Do monitoramento dos Indicadores Assistenciais-----	9
4.2 Do Monitoramento dos Indicadores de Qualidade-----	10
5. Central de Laudos -----	14
6. Do monitoramento dos Indicadores Financeiros-----	15
7. Conclusão -----	20





1. Introdução

O contrato nº43/2023, que tem como objeto a contratação da Fundação PB Saúde para execução das atividades de gestão e prestação de serviços de saúde, bem como a execução de ações programadas e estratégicas das Políticas de Saúde para o apoio aos serviços diagnósticos e terapia em hemodinâmica, junto ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande-PB (HETDLGF), no Complexo Hospitalar Regional Janduhy Carneiro em Patos/PB (CHRDJC), na Central de Laudos e no Programa Coração Paraibano, situado no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires em Santa Rita/PB.

A Subgerência de Monitoramento e Avaliação de Contratos de Serviços de Saúde (SMACSS), é responsável pelo monitoramento da execução deste contrato, cabendo-lhes a supervisão, o acompanhamento e a avaliação do desempenho da contratada, conforme os objetivos e metas constantes no contrato e suas alterações que porventura venham a ser efetuadas no decorrer do projeto.

O presente relatório apresenta os resultados avaliados da execução do referido contrato celebrado entre o Governo do Estado da Paraíba, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, e a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, permitindo a verificação da efetividade alcançada.





2. Do Monitoramento

A Subgerência de Monitoramento e Avaliação de Contratos de Serviços de Saúde (SMACSS), em por premissa o acompanhamento e a avaliação de desempenho para assegurar que as ações e metas programadas serão realizadas e os resultados planejados alcançados. O acompanhamento tempestivo possibilita que eventuais riscos e dificuldades sejam identificados e tratados a contento

A atividade de Monitoramento das Metas Contratadas e dos Contratos de Gestão consiste na verificação mensal e quadrimestral das metas contratuais de produção (parte fixa do contrato) e dos indicadores de qualidade (parte variável do contrato) em cooperação com as outras gerências que fazem parte da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, como a GEFIN, GERA V, GEAE entre outras, e culmina na elaboração deste Relatório de Execução dos Contratos de Gestão.

Cabe ainda a esta Subgerência, o monitoramento das obrigações assumidas em contrato pela Contratada através de visitas e inspeções rotineiras e/ou sob demanda da SES/PB.

Diante do exposto, a SMACSS analisou o relatório e documentos apresentados pela Fundação, bem como acompanhou a execução do Contrato de Gestão mencionado através de visitas e inspeções rotineiras. Diante da documentação, informações e relatórios apresentados, foram confrontados os aludidos dados com as metas estabelecidas, conforme exposto a seguir.





3. Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

A PB Saúde nesta unidade atenderá exclusivamente as necessidades quanto a realização de procedimentos em cardiologia intervencionista adulta e diagnóstico e terapêuticos endovascular, bem como a emissão de laudos em radiologia e diagnóstico por imagem.

3.1 Do Monitoramento dos Indicadores Assistenciais

i. **Número de Procedimentos em Cardiologia Intervencionista:**

Meta mensal proposta: 180

Quantitativo realizado: 164

Desempenho: 91% da meta

ii. **Número de Procedimentos Endovasculares realizados:**

Meta mensal proposta: 20

Quantitativo realizado: 20

Desempenho: 100% da meta

iii. **Total de procedimentos realizados:**

Consolidado das metas estabelecidas: 200

Quantitativo realizado: 184

Desempenho: 92% do esperado

Análise: Conforme os dados do relatório de gestão da PB Saúde, no mês de maio não foi atingindo a meta para os procedimentos em Cardiologia Intervencionista, devido a manutenção do equipamento com uma interrupção de aproximadamente 08 dias. Com relação aos procedimentos endovasculares foi possível obter 100% da meta. No consolidado podemos observar uma redução no número de procedimentos com relação aos meses anteriores, sendo essa a menor produção já realizada no ano.





3.2 Do Monitoramento dos Indicadores de Qualidade

i. Taxa de Procedimentos Realizados Sem a Ocorrência de Eventos Adversos (TxPSOEA):

Meta proposta: $\geq 99\%$

Taxa mensal: 100%

Análise: O indicador verifica o índice de procedimentos realizados sem nenhuma intercorrência, sendo ideal a taxa alcançada maior ou igual a 99%, observou-se que em sua totalidade, os procedimentos ocorreram sem a incidência de eventos adversos no período analisado. Enfatizado a ação e a estratégia em continuar promovendo e incentivando os atuais métodos de prevenção de eventos adversos.

ii. Taxa de Mortalidade (TXM):

Meta proposta: $\leq 2\%$

Taxa mensal: 2,16%

Análise: O indicador averigua o índice de mortes durante os procedimentos ou até sete dias pós-operatório, quanto menor melhor. Observou-se que a taxa apresentada ficou levemente acima do desejado, sendo apontado como causa o estado grave dos pacientes na admissão, além disso nenhum desses paciente foram submetidos a procedimentos por não terem condições clínicas. Como ação foi apresentado estratégias como a revisão dos protocolos assistenciais, capacitação continua da equipe, promoção da segurança do paciente e suporte psicossocial.

iii. Taxa de Disponibilidade de Laudos (TXDL):

Meta proposta: $\geq 99\%$

Taxa mensal: 100%

Análise: O indicador monitora a taxa de laudos dos exames realizados na hemodinâmica disponibilizados em tempo previsto, de acordo com os dados do relatório todos os laudos foram entregues em tempo hábil. Relaciona-se os fatos as estratégias de gerenciamento efetivo da disponibilização de laudos pela equipe médica. Como ação continuar desenvolvendo a atual estratégia de trabalho de forma a monitorar e otimizar os processos para garantir que essa performance se mantenha.





iv. Taxa de Absenteísmo de Procedimentos Eletivos Agendados (TXAB)

Meta proposta: $\leq 10\%$

Taxa mensal: 6,38%

Análise: O indicador monitora a taxa de absenteísmo dos procedimentos eletivos agendados. De acordo com os dados apresentados, a taxa de absenteísmo ficou dentro do esperado, conforme pactuação no PT. Como causa foi relacionado ao não comparecimento 03 pacientes eletivos à unidade. Como ação foi apresentado a realização de uma análise detalhada dos casos de absenteísmo, identificar padrões e os motivos de não comparecimento, além de continuar buscando a comunicação com o agendamento.

v. Densidade de incidência de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)

Meta proposta: $\leq 50/1000$.

Taxa mensal: 0,00

Análise: O indicador verifica a densidade de incidência em infecção relacionadas à assistência à saúde, o resultado informa o risco de contrair IRAS por 1.000 pacientes-dia, quanto menor melhor. Conforme informações do relatório de gestão, o valor atingiu a meta almejada, sem registro de caso de IRAS, no referido mês. Como ação foi proposto manter o monitoramento do indicador, visando a qualidade do serviço prestado e realizar treinamento da equipe sobre práticas de prevenção de infecções.

vi. Escala Net Promoter Score (NPS)

Meta: $\geq 75\%$

Taxa mensal: 100%

Análise: o indicador verifica o nível de satisfação dos consumidores em relação aos serviços prestados pela empresa. Conforme os dados apresentados, registrou-se 100% dentro do almejado. Como ação foi proposto incentivar a ouvidoria a aumentar a quantidade de entrevistas de satisfação a serem realizadas e manter a qualidade e a eficiência do serviço ofertado.

vii. Identificação do Paciente na Hemodinâmica





Meta proposta: manter 100%.

Taxa mensal: 100%.

Análise: O indicador que monitora a taxa de pacientes identificados com pulseira de identificação, quanto maior, melhor. De acordo com o relatório a meta foi cumprida, atingindo em 100%. Como ação foi proposto continuar com o gerenciamento eficaz e acompanhamento dos resultados dos dados estratégicos.





4. Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

A PB Saúde nesta unidade atenderá exclusivamente as necessidades quanto a realização de procedimentos em cardiologia intervencionista adulta, diagnóstico e terapêuticos endovascular e neurorradiologia intervencionista, bem como a emissão de laudos em radiologia e diagnóstico por imagem.

4.1 Do Monitoramento dos Indicadores Assistenciais

i. Número de Procedimentos em Cardiologia Intervencionista:

Meta mensal proposta: 168

Quantitativo realizado: 242

Desempenho: 44% acima da meta

ii. Número de procedimentos em Neurorradiologia Intervencionista:

Meta mensal proposta: 32

Quantitativo realizado: 56

Desempenho: 75% acima da meta

iii. Número de Procedimentos Endovasculares:

Meta mensal proposta: 40

Quantitativo realizado: 60

Desempenho: 50% acima da meta

iv. Total de Procedimentos realizados:

Consolidado das metas estabelecidas: 240.

Quantitativo realizado: 358

Desempenho: 49% acima do esperado

Análise: No plano de trabalho as metas para os serviços ofertados são individualizadas, no relatório da PB saúde temos o consolidado das metas apresentando um desempenho de 49% acima do esperado. Além disso, podemos observamos o atingimento das metas em todas as especialidades.





4.2 Do Monitoramento dos Indicadores de Qualidade

i. Taxa de Procedimentos Realizados Sem a Ocorrência de Eventos Adversos (TxPSOEA):

Meta proposta: $\geq 99\%$

Taxa mensal: 99,13%

Análise: O indicador verifica o índice de procedimentos realizados sem nenhuma intercorrência, sendo ideal o resultado alcançado maior ou igual a 99%. Observou-se que houve apenas 02 eventos adversos registrado no período analisado, portanto atingindo a meta pactuada. Como ação foi proposto realizar investigação de causa raiz, com foco em identificar fragilidades no processo e propor melhorias com base nelas.

ii. Taxa de Mortalidade (TXM):

Meta proposta: $\leq 2\%$.

Taxa mensal: 2,18%.

Análise: O indicador averigua o índice de mortes durante os procedimentos ou até sete dias pós-operatório, quanto menor melhor. Observou-se que a taxa apresentada ficou levemente acima da meta pactuada, registrando 05 óbitos no período analisado, justificado pelo quadro clínico grave do paciente. Como ação foi proposto continuar analisando a necessidade de revisão dos protocolos ou práticas adotadas, bem como realizar uma avaliação detalhada das condições clínicas dos pacientes no momento da admissão e durante o acompanhamento e envolver a equipe assistencial na análise dos óbitos para identificar oportunidades de melhoria nos processos clínicos e administrativos.

iii. Taxa de Disponibilidade de Laudos (TXDL):

Meta proposta: $\geq 99\%$.

Taxa mensal: 100%.

Análise: O indicador monitora a taxa de laudos dos exames realizados na hemodinâmica disponibilizados em tempo previsto, de acordo com os dados do relatório todos os 413 laudos foram entregues em tempo hábil. Relaciona-se os fatos as ao fluxo do serviço associado à informatização de sistemas possibilitando o rápido lançamento dos laudos e acesso ao seu conteúdo pelas unidades assistenciais. Como ação foi proposto manter os atuais fluxos e dinâmica de trabalho.





iv. Taxa de Absenteísmo de Procedimentos Eletivos Agendados (TXAB)

Meta proposta: $\leq 10\%$.

Taxa mensal: 12,66%.

Análise: O indicador monitora a taxa de absenteísmo dos procedimentos eletivos agendados. De acordo com os dados, a taxa de absenteísmo não atingiu a meta pactuada, apresentado 13,91%. Como causa foi apontado que dos 230 procedimentos eletivos, 29 não foram realizados, desses, a principal justificativa foi a dificuldade de serem comunicados a respeito do procedimento pela secretaria municipal de origem. Como ação foi proposto continuar no monitoramento da informação sobre ausência de pacientes eletivos identificando as fragilidades no processo.

v. Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)

Meta proposta: $\leq 50/1000$

Taxa mensal: 19,53

Análise: O indicador verifica a densidade de incidência em infecção relacionadas à assistência à saúde, o resultado informa o risco de contrair IRAS por 1.000 pacientes-dia, quanto menor melhor. Conforme informações do relatório, o resultado ficou dentro do esperado. Como causa foi apontado 05 casos de IRAS no período. Como ação foi proposto continuar a promover capacitações e manter auditorias na unidade.

vi. Taxa de Identificação do Paciente (TxIP)

Meta proposta: manter 100%.

Taxa mensal: 85,5%.

Análise: O indicador que monitora a taxa de pacientes identificados com pulseira de identificação. De acordo com o relatório a meta não foi cumprida. Mais uma vez, enfatizamos a necessidade de corrigir tais atitudes, visto a recorrência.

vii. Net Promoter Score (NPS):

Meta proposta: manter $>75\%$.

Taxa mensal: 100%.





Análise: o indicador verifica o nível de satisfação do paciente em relação aos serviços prestados. O resultado obtido ficou dentro do esperado, apresentando a melhor taxa do ano. Como ação foi proposto aumentar a quantidade de formulários a fim de assegurar que as informações obtidas reflitam melhor a satisfação dos usuários, contribuindo para a precisão do indicador NPS.





5. Central de Laudos

A Central de Laudos representa um avanço estratégico na modernização dos serviços de diagnóstico por imagem, viabilizando a centralização e a emissão remota de laudos médicos com eficiência, precisão e segurança. Através do uso de tecnologias avançadas, o serviço permite a interpretação ágil de exames realizados em diversas unidades hospitalares, otimizando processos e ampliando o acesso a diagnósticos de qualidade, especialmente em regiões com deficiência de especial.

i. Número de laudos em tomografia e hemodinâmica emitidos:

Meta mensal proposta: 8.000

Quantitativo realizado: 8.470

Desempenho: 5% acima da meta

Análise: Com base no relatório de gestão enviado pela PBSAÚDE, verifica-se uma divergência entre a meta total mensal estabelecida no plano de trabalho. Enquanto o plano de trabalho estipula uma meta de 8.000 laudos mensais, o relatório de gestão registra um total de 9.810. Inicialmente, o plano de trabalho previa a emissão de laudos apenas para exames de tomografia computadorizada e hemodinâmica. No entanto, o relatório também inclui laudos de ressonância magnética. Com essa ampliação, a meta mensal foi atingida, pois foram emitidos 8.470 laudos no período analisado. Se considerarmos apenas tomografias e exames de hemodinâmica, o total cai para 7.803 laudos, representando 97% da meta pactuada. O relatório destaca alguns desafios que precisam ser superados para consolidar o sucesso da Central, tais como: modernização da infraestrutura tecnológica, fortalecimento da segurança da informação e capacitação contínua dos profissionais – aspectos essenciais para a sustentabilidade do projeto.





6. Do Monitoramento dos Indicadores Financeiros

Iniciaremos nesse relatório as análises pontuais do mês de maio de 2025 e considerando que todas as informações devem seguir a premissa da boa gestão, analisaremos como um todo o aspecto financeiro e administrativo. Em todo esse processo contamos com os aspectos de governança e que tais aspectos estejam de acordo com o pactuado em contrato e plano de trabalho.

Inicialmente, usaremos como definição para o indicador de Despesas Administrativas a apresentada pela própria Fundação PB Saúde em seu relatório de gestão na página 18, referente ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes – Campina Grande/PB, segundo o qual:

“Despesas administrativas são gastos gerais de uma empresa que não estão ligados diretamente à produção. São exemplos desses gastos: conta telefônica, recepção, limpeza e departamento jurídico.”

Diante desta definição, verificamos resumidamente a definição de despesas administrativas, sendo evidenciado os gastos que devem compor o cálculo desse indicador.

Deste modo, seguimos a sequência da análise do relatório de gestão observando os índices a seguir:

Partindo da análise horizontal e tomando como base as informações dos meses anteriores, observamos que as despesas tomaram a tendência de queda em relação ao índice percentual tomado como meta, especificado no gráfico, no mês de maio e houve realmente uma queda expressiva.

Como causa desse valor de maio – **11,38%** a Pb Saúde descreve na pag. 20 do mesmo relatório citado anteriormente, informando que:

“Existe a intrínseca necessidade de realizar despesas de OPME. Consequentemente, esta categoria de despesas exerce a maior influência sobre o indicador analisado, resultado em um impacto significativo que eleva o valor do mesmo”.





Mesmo que esses índices tenham decaído neste mês de maio, ainda não obtiveram o índice satisfatório proposto em plano de trabalho.

Novamente é posto pela Fundação como causa dos valores do Índice das Despesas Administrativas, as OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais a nossa análise sugere que seja observado a Resolução CFC N° 1.378/11 (Aprova a NBC T 10.19), as normas da ANS e práticas recomendadas por demais entidades de gestão hospitalares, relativos as OPMEs.

No tópico seguinte sob o tópico *AÇÃO* é evidenciado a devida classificação das OPME, dando ciência de que tais valores não se referem as despesas de gestão ou administração da unidade, mas sim ao serviço-fim (assistencial) e que de fato os valores possam estar sendo usados no cálculo do índice e superestimando o resultando.

Como analise identificamos que as OPMEs não deveriam ser incluídas no cálculo das despesas administrativas, pois isso distorceria o índice elevando-o artificialmente e prejudicando a análise de eficiência administrativa da unidade de saúde.

Isto posto, cabe a Fundação a revisão do plano de contas e correção da medição do índice, seguimos solicitando e evidenciando a ausência de informações mais claras e relatórios mais detalhados para que possamos analisar precisamente os fatos e atos financeiros.

Levando em consideração as informações contidas no relatório seguiremos monitorando estas informações tempestivamente.

Seguindo a análise observamos os dados apresentados de perdas e avarias que ocorreram no setor de farmácia do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, estes informados pela responsável técnica da Farmácia no mês de maio de 2025, segundo a qual foram registradas perdas de produtos no valor de R\$ 483,94, montante inferior ao apresentado no mês de março que foi de R\$ 773,54, efetivando assim o bom desempenho do planejamento específico no controle e prevenção de tais perdas e avarias e materiais vencidos. Diante disto, esta equipe se restringirá a análise entendendo que houve uma redução significativa nas perdas e que foram efetivados planejamento específicos para que o resultado tenha alcançado níveis satisfatórios dos valores de perdas

Ainda foi apresentado uma planilha financeira na página 26 do relatório de gestão, onde se observam o total de despesas da unidade hospitalar no valor de R\$ 2.986.728,12 (dois milhões





novecentos e oitenta e seis mil setecentos e vinte e oito reais e doze centavos), valor que embora seja superior ao mês anterior ainda se encontra dentro do valor do repasse mensal.

Contudo, observamos que algumas despesas se apresentaram zeradas em um período mensal específico, como os serviços de esterilização, as quais acreditamos serem despesas represadas que serão pagas nos meses vindouros ou um serviço que não foi prestado no referido mês, como foi informado na última visita de monitoramento.

Salientamos que essa planilha de despesas foi apresentada unicamente em relatório do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, o mesmo não ocorreu em relatório do Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro, dificultando vislumbrar o aspecto financeiro da Hemodinâmica como um todo.

Levando em consideração as informações contidas nesses relatórios seguiremos monitorando estas informações tempestivamente.

A fim de permitir análises comprobatórias mais efetivas, sempre reafirmamos a necessidade de presteza e sincronia do envio dos documentos que comprovam os dados anteriormente postos em gráficos. Diante disto, solicitamos o envio da seguinte documentação:

Balanço Analíticos;

Balancete do mês de referência;

Folha de pagamento (E-social);

Planilha de controle financeiro e das despesas administrativas do mês de referência;

Demonstrativo do Resultado do Exercício do mês de referência (DRE);

Folha de ponto consolidada dos colaboradores.

Por fim, destacamos a necessidade impreterível de maiores dados específicos para a realização de um monitoramento mais eficiente por parte desta equipe, seguindo o princípio contábil da oportunidade

Isto posto, segue o presente relatório para as devidas providencias e deliberações cabíveis.





7. Conclusão

O presente Relatório de Gestão traz dados analisados no mês de maio de 2025 e apresenta os resultados de gestão das hemodinâmicas no Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro e Hospital de Emergência e no Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e da Central de Laudos, permitindo a verificação da efetividade alcançada, conforme as metas e indicadores firmados no Plano de Trabalho (PT), bem como apresentar a análise e ações quanto ao desempenho estabelecido.

O serviço de Hemodinâmica do CHRDJC pela primeira vez no ano, não atingiu a meta devido a interrupção das atividades no setor para a manutenção do equipamento, totalizando 184 intervenções realizadas, 8% abaixo da meta. Quanto aos indicadores de qualidade, apenas a taxa de mortalidade não atingiu o indicador pactuado, todos os óbitos ocorreram na UTI cardiológica, justificado pelo estado grave dos pacientes na admissão.

O serviço de Hemodinâmica do HETDLGF no segmento de cardiologia intervencionista, a meta pactuada foi cumprida conforme estabelecido no PT, realizando 242 procedimentos (44% acima da meta). Foram realizados 56 procedimentos em neurorradiologia, superando a meta em 75%, e 60 procedimentos endovasculares, com um desempenho 50% acima da meta pactuada. Visto isso, no consolidado foi realizado um total de 358 procedimentos, um desempenho de 49% acima do esperado. Com relação aos indicadores de qualidade, alguns não foram atingidos, como a taxa de mortalidade, a taxa de absenteísmo e a taxa de identificação dos pacientes. Recomenda-se seguir o plano de ação estabelecido no Relatório de Gestão da PB Saúde para assegurar o cumprimento dos indicadores.

Com relação ao serviço da Central de Laudos, diante da análise do relatório de gestão da PBSAÚDE, observa-se que a meta mensal estipulada em Plano de trabalho é de 8.000 laudos dos exames de tomografia computadorizada realizadas em 08 Unidades Hospitalares dispostas no referido plano. Entretanto, o relatório além de incluir dados de laudos de ressonância magnética, relaciona serviços em outros Hospitais, evidenciando redistribuição da demanda e alocação de mais equipamentos na rede. Com essa ampliação, a meta mensal foi atingida, com a emissão de 8.470 laudos no período analisado. Considerando apenas tomografias e exames de hemodinâmica, o total cai para 7.803, correspondendo a 97% da meta pactuada.





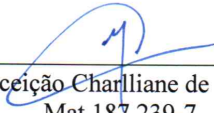
Diante dos dados financeiros mostrados em relatório de gestão enviado pela PBSAÚDE, mostra uma diminuição considerável do Índice de Despesas Administrativas de 21,21% em janeiro de 2025 para 8,28% em fevereiro de 2025, no entanto, na ausência de detalhamentos no cálculo desse índice e para substanciar tais informações prestadas, não podemos validar com precisão os valores apresentados. Observamos que foram enviadas no relatório da Hemodinâmica do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande informações adicionais que a partir de agora e de acordo com a frequência do envio destas, serão anexadas a nossas análises favorecendo ainda mais a visão do gerenciamento financeiro.

A Subgerência de Monitoramento e Avaliação de Contratos de Serviços de Saúde (SMACSS) encaminha para o Gabinete da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba o Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão para que se tome as medidas cabíveis.

João Pessoa, 16 de junho 2025







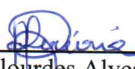
Maria da Conceição Charlliane de Medeiros Souza
Mat.187.239-7
Gerente de Gestão e Supervisão de Contratos



Maria Auxiliadora Fernandes da Silva
Mat.186.945-1
Subgerente Monitoramento e Avaliação de Contratos de Serviços de Saúde



Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior
Mat. 191.424-3
Enfermeiro



Josilourdes Alves Pereira
Mat. 689.359-7
Assistente Administrativo

