

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 27/2017 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2018 - Aos 06 (seis) dias do mês de fevereiro de 2019, junto às dependências do Departamento de Regulação do Sistema – Saúde (DEREG), na Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – 3º andar – Encruzilhada – Santos/SP, deu-se início à REUNIÃO às 15:00 horas, onde compareceram: pela SANTA CASA: Enf. Mônica Carpalhoso Martins, Cristiane Silva Santos Mendes, Nádia Aparecida Silva dos Santos (Central de Vagas do Hospital), Miriam Candido da Costa Moraes (DASS), Eduardo Pimentel de Paula Narciso (DASS), Monique de Oliveira Andrade Melo (Faturamento) e Vilma Pereira da Silva (Faturamento). Pelo DEREG: Ariana Julião Ramos Gameiro (DEREG), Lilian Martins Cirqueira dos Santos (COREG), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Leonor Fossa Monteiro da Silva (SEAUDIT), Mateus de Carvalho Popiel (SEAGEN); Ciro Caires Leite (SECONVAG), Marina Santos Medeiro Batista (SEAGEN) e Thais Cardoso Soares (SEACONT); Pelo Conselho Municipal de Saúde, Sr. Idreno de Almeida (suplente), Silas da Silva e Aurélia Maria Rios Piterskih (Comissão de Políticas de Saúde Públicas), com a avaliação os seguintes indicadores:

| METAS QUANTITATIVAS | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|---|-------------------------------|
| ITEM | INDICADOR | AÇÃO | META | PONTUAÇÃO | FONTE DE INFORMAÇÃO |
| 1 | Regulação de procedimentos ambulatoriais | Disponibilizar mensalmente a agenda de primeiras consultas e exames ambulatoriais para o Gestor Municipal, por e-mail: seagen@santos.sp.gov.br para a SEAGEN, até o dia 20 de cada mês | <p>Disponibilizar consultas de: avaliação de oncologia clínica (quimioterapia e radioterapia), avaliação de oncologia cirúrgica e oncohematologia. Disponibilizar também consultas de: Oftalmologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia pediátrica e Neurocirurgia.</p> <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 20 (vinte) de cada mês</p> | <p>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</p> <p>- entre 99% e 80% = 30 pontos - entre 79% e 70% = 20 pontos - abaixo de 70% = não pontua</p> | Agenda disponibilizada SEAGEN |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------------------|
| | | | <p>Disponibilizar Procedimentos de: Oftalmologia (curva tonométrica, gonioscopia e mapeamento de retina), colonoscopia acima de 70 anos e/ou com restrições ambulatoriais; Cateterismo e Ecocardiograma.</p> <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 20 (vinte) de cada mês</p> | <p><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u></p> <p>- entre 99% e 80% = 30 pontos - entre 79% e 70% = 20 pontos - abaixo de 70% = não pontua</p> | <p>Agenda disponibilizada SEAGEN</p> |
|--|--|--|--|--|--------------------------------------|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELA SEAGEN RELATÓRIO COM A OFERTA DE VAGAS ENTRE CONSULTAS E EXAMES PARA O TRIMESTRE AVALIADO (DOCUMENTO EM ANEXO) COM ATENDIMENTO DE 100% DO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|---|---|
| 2 | Regulação de Vagas Hospitalares | Disponibilizar diariamente leitos de internação RUE e de UTI Pediátrica para a Central de Regulação Municipal | <p>Disponibilizar diariamente para a Regulação Municipal 100% dos 60 (sessenta) leitos hospitalares da RUE , bem como de 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica.</p> <p>OBSERVAÇÃO: Os 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica serão disponibilizados de acordo com a demanda da instituição e taxa de ocupação.</p> | <p><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 100 pontos</u></p> <p>- entre 99% e 80% = 80 pontos - entre 79% e 70% = 50 pontos - abaixo de 70% = não pontua</p> | <p><u>60 leitos RUE:</u> Censo hospitalar disponibilizado pela Instituição diariamente X relatório de recusa da SECONVAG <u>08 leitos UTI pediátrica:</u> Relatório de pagamentos efetuados da SECONC</p> |
| | | Manter as altas hospitalares atualizadas no SISREG | <p>Manter atualizadas 100% das altas hospitalares e transferências durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia</p> | <p><u>Manteve atualizado: - igual ou acima de 95% = 50 pontos</u></p> <p>- entre 70 e 94,9% = 20 pontos - abaixo de 70% = não pontua</p> | <p>Relatório de Auditoria com base em 1% de amostragem aleatória</p> |

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG (DOCUMENTO EM ANEXO), DEU-SE O ATENDIMENTO AO INDICADOR EM AMBOS OS ASPECTOS:

O HOSPITAL PONTUA 150 PONTOS

| | | | | | |
|---|---------------------|--|---|---|---|
| 3 | Saídas Hospitalares | Apresentar o processamento das AIHs nos eixos pactuados no trimestre | <p>MEDIA COMPLEXIDADE: de acordo com o teto financeiro estimativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clínica médica : 350 saídas no mês Clínica cirúrgica : 200 saídas no mês <p>ALTA COMPLEXIDADE: de acordo com o teto financeiro estimativo</p> <ul style="list-style-type: none"> Clínico e cirúrgico (exceto oncologia): 85 saídas no mês | <p>MC: apresentou 550 saídas de clínica médica / cirúrgica, ou mais / mês = 75 pontos</p> <p>- entre 549 e 500/mês = 30 pontos - entre 499 e 450/mês = 20 pontos Apresentou menos que 450 saídas/mês = não pontua</p> <p>AC: apresentou 85 saídas clínico/cirúrgico ou mais / mês = 75 pontos</p> <p>- entre 84 e 60 saídas/mês = 30 pontos Apresentou menos que 60 saídas/mês = não pontua</p> | Relatório emitido pelo SIHD junto a SEACONT |
|---|---------------------|--|---|---|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT) – DOCUMENTO EM ANEXO, NO TRIMESTRE DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018, O HOSPITAL APRESENTOU O QUANTITATIVO DE 2.402 (DUAS MIL QUATROCENTOS E DUAS) SAÍDAS HOSPITALARES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COM UMA MÉDIA MENSAL DE 801 (OITOCENTAS E UMA) SAÍDAS, DAS QUAIS 454 (QUATROCENTAS E CINQUENTA E QUATRO) DE CLÍNICA MÉDICA E 346 (TREZENTAS E QUARENTA E SEIS) CIRÚRGICAS. COM RELAÇÃO A ALTA COMPLEXIDADE, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA MENSAL DE 84 (OITENTA E QUATRO) SAÍDAS HOSPITALARES. ASSIM, QUANTO A MÉDIA COMPLEXIDADE O HOSPITAL PONTUA 75 PONTOS E QUANTO A ALTA COMPLEXIDADE PONTUA 30 PONTOS..

O HOSPITAL PONTUA 105 PONTOS

| | | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|--|
| 4 | Cirurgias em oncologia | Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON | Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre. | <p>Realizou no trimestre:</p> <p>- 163 cirurgias ou mais = 100 pontos</p> <p>- entre 150 e 162 cirurgias = 80 pontos</p> | Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT |
|---|------------------------|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | - entre 100 e 149 cirurgias = 50 pontos Realizou menos que 100 cirurgias = não pontua | |
|--|--|--|--|--|--|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT) – DOCUMENTO EM ANEXO, NO TRIMESTRE DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018, O HOSPITAL REALIZOU 200 (DUZENTAS) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DEU-SE O ATENDIMENTO AO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS

METAS QUALITATIVAS

| ITEM | INDICADOR | AÇÃO | META | PONTUAÇÃO | FONTE DE INFORMAÇÃO |
|------|------------------|----------------------------------|--|---|--|
| 5 | Taxa de Ocupação | Otimizar os recursos disponíveis | Manter taxa de ocupação dos leitos disponibilizados pelo prestador em 85% para leitos RUE, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011 | Ocupação: Maior ou igual a 85% = 50 pontos De 84 a 80% = 20 pontos Menor que 80% não pontua | Censo Hospitalar disponibilizado diariamente pela Instituição |
| | | | Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em até 85% | Ocupação: Entre 80 e 85%: 75 pontos Entre 79 e 70% = 30 pontos Abaixo de 70% não pontua | Censo Hospitalar disponibilizado diariamente pela Instituição X Relatório da supervisão de Regulação in loco |

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 92,6% QUANTO AOS LEITOS DA RUE, COM ATENDIMENTO DE 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. QUANTO A UTI A TAXA DE OCUPAÇÃO FICOU EM 71,7%. ATINGINDO-SE A PONTUAÇÃO INTERMEDIÁRIA DO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 80 PONTOS

| | | | | | |
|---|----------------------|---|---|--|--------------------|
| 6 | Média de Permanência | Adequar o número de dias de internação ao preconizado pelo MS | Manter média de permanência do paciente em no máximo 10 (dez) dias para o Leito RUE, nos termos da Portaria GM/MS nº 2395, de 11 de outubro de 2011 | Permanência: - até 10 dias: 25 pontos - de 11 a 20 dias - 10 pontos Maior que 20 dias - não pontua | BI-SISREG SECONVAG |
|---|----------------------|---|---|--|--------------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------------------|
| | | | Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias | <p>Permanência: - até 8 dias: 25 pontos - de 8 a 16 dias -10 pontos Maior que 16 dias – não pontua</p> | BI-SISREG SECONVAG |
|--|--|--|--|--|-----------------------|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA OS LEITOS DA RUE FOI DE 10,36% PARA O LEITO RUE, E QUANTO AO LEITO CIRÚRGICO 8,64%. QUANTO AOS LEITOS RUE, O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS. COM RELAÇÃO AOS LEITOS CIRURGICOS, O HOSPITAL PONTUA PARCIALMENTE (10 PONTOS).

O HOSPITAL 35 PONTOS

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| 7 | Comissões institucionais: CCIH, Prontuário, Óbitos, Humanização | Demonstrar a efetiva atuação das Comissões | <p>- apresentar cópias das Atas das reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões;</p> <p>CCIH: apresentar as metas do PCDI do período avaliado, constando avaliação de resultados obtidos e intervenções propostas;</p> <p>Prontuário e Óbitos: descrever itens avaliados no período e demonstrar o percentual de atingimento dos critérios, principalmente na área materno-infantil;</p> <p>Humanização: descrever ações desenvolvidas e resultados alcançados no período avaliado</p> | <p>Apresentou ata de todas as Comissões e demais documentos solicitados: 30 pontos</p> <p>Não apresentou: não pontua</p> | Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados |
|---|---|--|---|---|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADAS PELO HOSPITAL CÓPIA DAS ATAS DAS REUNIÕES DAS COMISSÕES ESTIPULADAS PELO INDICADOR, DENTRO DO TRIMESTRE AVALIADO.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|---|--|
| 8 | Controle de Infecção Hospitalar | Monitorar a densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTIs mantendo-a dentro do percentual máximo de 1% | Descrever as ações e densidade de incidência de infecção primária por cateter venoso central (IPCS) nas UTIs mantendo-a dentro do percentual máximo de 1% de acordo com os resultados obtidos pela CCIH | <u>Incidência em até 1%: 30 pontos</u> Até 2% - 10 pontos Acima de 2% - não pontua | Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador |
|---|---------------------------------|--|---|---|--|

AValiação do Indicador: APRESENTADOS PELO HOSPITAL RELATÓRIOS DAS TAXAS DE INFECÇÃO RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM PERCENTUAIS DOS MESES DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018 COM PERCENTUAL ABAIXO DE 1% NO QUE SE REFERE A INFECÇÃO PRIMÁRIA SANGUÍNEA. DEU-SE O ATENDIMENTO AO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 9 | Satisfação dos clientes externos e internos | Realizar avaliação da satisfação dos clientes internos e externos | Apresentar pesquisa de satisfação realizada no período avaliado, com percentual de aprovação acima de 70% | <u>Apresentar relatórios dentro do percentual pactuado: 25 pontos</u> Apresentar relatórios abaixo do percentual pactuado: 10 pontos Não apresentou os relatórios: não pontua | Relatórios apresentados pelo prestador |
|---|---|---|---|--|--|

AValiação do Indicador: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELO HOSPITAL (DOCUMENTO EM ANEXO), NO PERÍODO DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018, APRESENTANDO INDICES DE AVALIAÇÃO SUPERIORES AO PRECONIZADO PELO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS

| | | | | | |
|----|---------------------------------------|--|---|---|--|
| 10 | Manutenção preventiva de equipamentos | Apresentar cópias de contratos de manutenções preventivas em vigência, excluindo-se as cláusulas contratuais pertinentes aos valores monetários. | Contratos de: ar condicionado para áreas críticas (centro cirúrgico e UTI); Raio-X; hemodinâmica, elevadores, hemodiálise, tomografia; radioterapia | <u>Apresentou 100% dos contratos: 30 pontos</u> Entre 80 e 100%: 10 pontos Abaixo de 80%: não pontua | Relatórios apresentados pelo prestador |
|----|---------------------------------------|--|---|---|--|

AValiação do Indicador: APRESENTADA PELO HOSPITAL PLANILHA ATUALIZADA COM OS CONTRATOS DE MANUTENÇÃO VIGENTES, BEM COMO DOS ÚLTIMOS TERMOS DE ADITAMENTO

FIRMADO PARA AREAS DE RAIÓ X, RADIOTERAPIA, TOMOGRAFO, DECLARAÇÕES SOBRE MANUTENÇÃO DE ELEVADORES, MANUTENÇÃO PRÓPRIA DE AR CONDICIONADO, EM COMPLEMENTAÇÃO AS CÓPIAS DE CONTRATOS ANTERIORMENTE ENVIADAS, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

| | | | | | |
|----|------------------|--|---|---|--|
| 11 | Triagem neonatal | Realizar triagem neonatal em 100% dos neonatos | <p>Realizar os exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> - teste de reflexo de Bruckner (do reflexo vermelho); - dosagem de fenilcetonúria (pezinho); - teste da orelhinha ; - teste do coraçãozinho | <p><u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado: 25 pontos</u></p> <p>Realizou entre 90 e 99% dos neonatos no trimestre avaliado: 10 pontos</p> <p>Realizou abaixo de 90% – não pontua.</p> | <p>Relatório de visita técnica feita pelo Dereg</p> |
|----|------------------|--|---|---|--|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 80343/2018-05, 87500/2018-31 E 3785/2019-00, NO PERÍODO DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018, O HOSPITAL REALIZOU RESPECTIVAMENTE 65,85%, 64,17% E 98,39%. POR CONTA DO APARELHO ESTAR EM MANUTENÇÃO, SITUAÇÃO QUE FOI AVISADA PREVIAMENTE NA ÚLTIMA REUNIÃO DA COMISSÃO.

O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|
| 12 | Teste de VDRL e teste rápido de HIV para gestantes | Realizar os testes nas gestantes, com inclusão da informação em prontuário e na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar os testes em 100% das gestantes que não comprovem a sua realização no 3º trimestre de gestação; - registro da informação no prontuário da paciente; - registro da informação na AIH, por meio dos códigos 0214010040 e 0202031179; | <p><u>Realizou em 100% das gestantes: 25 pontos.</u></p> <p>Realizou entre 90 e 99% das gestantes – 10 pontos</p> <p>Realizou abaixo de 90% - não pontua</p> | <p>Relatório de visita técnica feita pelo Dereg</p> <p>Relatórios emitidos pelo SIHD</p> |
|----|--|--|---|--|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 80343/2018-05, 87500/2018-31 E 3785/2019-00, NO PERÍODO DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2018, O HOSPITAL REALIZOU 100% DESSE INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS

| | | | | | |
|----|-----------------|---|---|---|---|
| 13 | Taxa de Cesárea | Aferir a pertinência do CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas, nos termos da Tabela SIGTAP | Constatar no mínimo 80% de pertinência no CID Secundário nas indicações de parto cesariano em primíparas. | <u>80% de pertinência ou mais: 30 pontos</u> Abaixo de 80% não pontua | Relatório de Auditoria com base em 50 % de amostragem aleatória |
|----|-----------------|---|---|---|---|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS Nº 84135/2018-21, 3048/2019-53 E 6467/2019-92, O HOSPITAL ATENDEU RESPECTIVAMENTE 95,24%, 91,66% E 75%, COM MÉDIA DE 87,3% DE PERTINÊNCIA DO CID SECUNDÁRIO.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|---|---|--|------------------------------------|
| 14 | Taxa de Mortalidade Institucional | Manter controle dos processos de trabalho na área de U/E da Instituição | Manter a taxa de mortalidade institucional menor ou igual a 6% ao mês | <u>Manteve em 6% ou menos: 30 pontos</u> Acima de 6%: não pontua | Relatório emitido pela Instituição |
|----|-----------------------------------|---|---|--|------------------------------------|

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DE TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL COM ÍNDICES DE 5,11% EM OUTUBRO, 5,97% EM NOVEMBRO E 5,39% EM DEZEMBRO O QUE DÁ UMA MÉDIA DE 5,49% PARA O TRIMESTRE. ATRIBUI-SE O ATENDIMENTO AO INDICADOR.

O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS

| | | | | | |
|----|-------------------|---|---|---|---|
| 15 | Gestão da Clínica | Monitorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente atendido na RUE | <u>1º trimestre:</u> implantar o KANBAN na Unidade Coronariana e UTI neurocirurgica <u>2º trimestre:</u> implantar o KANBAN na UTI Geral I e II <u>3º trimestre:</u> implantar o KANBAN na UTI da cirurgia cardiovascular e 3º G (oncologia) | <u>Apresentou 100% das ações: 100 pontos</u> Entre 99 e 80%= 50 pontos Abaixo de 80%: não pontua | Relatório de visita técnica feita pelo Dereg |
|----|-------------------|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | 4º trimestre: implantar o KANBAN na UTI Pediátrica | | |
| <p><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA EQUIPE DA SEAUDIT, CONSTANTE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6037/2019-43, DEU-SE O ATENDIMENTO DO INDICADOR.</p> <p>O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS</p> | | | | | |

A totalização dos indicadores resultou em 455 (quatrocentos e cinquenta e cinco) pontos para as metas quantitativas e 440 (quatrocentos e quarenta) pontos para as metas qualitativas, totalizando 895 (oitocentos e noventa e cinco), fazendo jus a 100% (cem por cento) da parte variável.

Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, Maria José Lima do Carmo Martinatti e assinada por todos os presentes:

PELA COMISSÃO

ARIANA JULIANO RAMOS GAMEIRO

LILIAN MARTINS CIRQUEIRA DOS SANTOS.....

MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI

MONICA CARPALHOSO MARTINS

NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS

IDRENO DE ALMEIDA

PELA SANTA CASA:

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....

MIRIAM CANDIDO DA COSTA MORAES.....

EDUARDO PIMENTEL DE PAULA NARCISO

MONIQUE DE OLIVEIRA ANDRADE MELO.....

VILMA PEREIRA DA SILVA

PARTICIPANTES DO Dereg

MATHEUS DE CARVALHO POPIEL

CIRO CAIRES LEITE

LEONOR FOSSA MONTEIRO DA SILVA

MARINA SANTOS MEDEIRO BATISTA

THAIS CARDOSO SOARES

PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SILAS DA SILVA

AURÉLIA MARIA RIOS PITERSKIH.....