

**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 ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2019** - Aos 04 (quatro) dias do mês de setembro de 2019, junto às dependências do Departamento de Regulação – 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 (DASS), Nádia Aparecida Silva dos Santos (Central de Vagas do Hospital), Miriam Candido da Costa Moraes (DASS), Izabel Cristina da Silva Santos (Faturamento); Pelo DEREG: Ariana Julião Ramos Gameiro (DEREG), Lilian Martins Cirqueira dos Santos (COREG), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Mateus de Carvalho Popiel (COACE); e Douglas da Silva Gouveia (SEACONT); Pelo Conselho Municipal de Saúde, Luiz Antonio da Silva e Idreno de Almeida. REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO QUARTO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL COM VIGOROU ATÉ 28/06/2019, com a avaliação os seguintes indicadores:

<b>METAS QUANTITATIVAS</b>					
<b>ITEM</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE INFORMAÇÃO</b>
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	<b>Disponibilizar consultas de:</b> 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.	<b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u></b>  - entre 99% e 80% = <b>30 pontos</b> - entre 79% e 70% = <b>20 pontos</b> - abaixo de 70% = não pontua	Agenda disponibilizada SEAGEN
			<b>Disponibilizar Procedimentos de:</b> Oftalmologia (curva tonométrica, gonioscopia e mapeamento de retina), colonoscopia	<b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u></b>  - entre 99% e 80% = <b>30 pontos</b>	Agenda disponibilizada SEAGEN

			acima de 70 anos e/ou com restrições ambulatoriais; Cateterismo e Ecocardiograma. <b>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 20 (vinte) de cada mês</b>	- entre 79% e 70% = <b>20 pontos</b> - abaixo de 70% = não pontua	
--	--	--	--	--	--

**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	Disponibilizar diariamente para a Regulação Municipal 100% dos 60 (sessenta) leitos hospitalares da RUE , bem como de 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica.  <b>OBSERVAÇÃO: Os 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica serão disponibilizados de acordo com a demanda da instituição e taxa de ocupação.</b>	<b><u>Disponibilizou 100% do pactuado = 100 pontos</u></b>  - entre 99% e 80% = <b>80 pontos</b> - entre 79% e 70% = <b>50 pontos</b> - abaixo de 70% = não pontua	<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
		Manter as altas hospitalares atualizadas no SISREG	Manter atualizadas 100% das altas hospitalares e transferências durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia	<b><u>Manteve atualizado: - igual ou acima de 95% = 50 pontos</u></b>  - entre 70 e 94,9% = 20 pontos - abaixo de 70% = não pontua	Relatório de Auditoria com base em 1% de amostragem aleatória

**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	<b>MEDIA COMPLEXIDADE:</b> de acordo com o teto	<b>MC: apresentou 550 saidas de clínica médica /</b>	Relatório emitido pelo SIHD junto a
---	---------------------	---	---	--	-------------------------------------

		eixos pactuados no trimestre	financeiro estimativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Clínica médica : 350 saídas no mês</li> <li>Clínica cirúrgica : 200 saídas no mês</li> </ul> <p><b>ALTA COMPLEXIDADE:</b> de acordo com o teto financeiro estimativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Clínico e cirúrgico (exceto oncologia): <b>85</b> saídas no mês</li> </ul>	<p><b><u>cirúrgica, ou mais /mês= 75 pontos</u></b></p> <p>- entre 549 e 500/mês = 30 pontos</p> <p>- entre 499 e 450/mês = 20 pontos</p> <p>Apresentou menos que 450 saídas/mês = não pontua</p> <p><b><u>AC: apresentou 85 saídas clínico/cirúrgico ou mais /mês = 75 pontos</u></b></p> <p>- entre <b>84</b> e <b>60</b> saídas/mês = 30 pontos</p> <p>Apresentou menos que <b>60</b> saídas/mês = não pontua</p>	SEACONT
--	--	------------------------------	--	--	---------

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT) – DOCUMENTO EM ANEXO, NO TRIMESTRE DE ABRIL A JUNHO DE 2019, O HOSPITAL APRESENTOU O QUANTITATIVO DE 2.061 (DUAS E SESENTA E UMA) SAÍDAS HOSPITALARES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COM UMA MÉDIA MENSAL DE 687 (SEISCENTAS E OITENTA E SETE) SAÍDAS, DAS QUAIS UMA MÉDIA DE 412 (QUATROCENTAS E DOZE) DE CLÍNICA MÉDICA E UMA MÉDIA DE 273 (DUZENTAS E SETENTA E TRÊS) CIRÚRGICAS. COM RELAÇÃO A ALTA COMPLEXIDADE, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA MENSAL DE 54 (CINQUENTA E QUATRO) SAÍDAS HOSPITALARES.

ASSIM, QUANTO A MÉDIA COMPLEXIDADE O HOSPITAL PONTUA 75 PONTOS E QUANTO A ALTA COMPLEXIDADE NÃO PONTUA

**O HOSPITAL PONTUA 75 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><b><u>Realizou no trimestre:</u></b></p> <p><b><u>- 163 cirurgias ou mais = 100 pontos</u></b></p> <p>- entre 150 e 162 cirurgias = <b>80 pontos</b></p> <p>- entre 100 e 149 cirurgias = <b>50 pontos</b></p> <p>Realizou menos que <b>100</b> cirurgias</p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT
---	------------------------	---	---	--	--

				= não pontua	
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT) – DOCUMENTO EM ANEXO, NO TRIMESTRE DE ABRIL A JUNHO DE 2019, O HOSPITAL REALIZOU 133 (CENTRO E TRINTA E TRÊS) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DEU-SE O ATENDIMENTO PARCIAL AO INDICADOR.</p> <p><b>O HOSPITAL PONTUA 50 PONTOS</b></p>					
<b>METAS QUALITATIVAS</b>					
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	<p><b>Ocupação:</b>  <b>Maior ou igual a 85% = 50 pontos</b>  De 84 a 80% = <b>20 pontos</b>  Menor que 80% não pontua</p>	Censo Hospitalar disponibilizado diariamente pela Instituição
			Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto em até 85%	<p><b>Ocupação:</b>  <b>Entre 80 e 85%: 75 pontos</b>  Entre 79 e 70% = <b>30 pontos</b>  Abaixo de 70% não pontua</p>	Censo Hospitalar disponibilizado diariamente pela Instituição X Relatório da supervisão de Regulação in loco
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 88,8% QUANTO AOS LEITOS DA RUE, COM ATENDIMENTO DE 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. QUANTO A UTI A TAXA DE OCUPAÇÃO FICOU EM 75,9%. QUANTO AOS LEITOS RUE O HOSPITAL PONTUA 50 PONTOS E QUANTO AOS LEITOS DE UTI O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS, TOTALIZANDO 80 PONTOS.</p> <p><b>O HOSPITAL PONTUA 80 PONTOS</b></p>					
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	<p><b>Permanência:</b>  - <b>até 10 dias: 25 pontos</b>  - de 11 a 20 dias - <b>10 pontos</b>  Maior que 20 dias - não pontua</p>	BI-SISREG SECONVAG
			Manter média de permanência do paciente no leito cirúrgico em até 8 dias	<p><b>Permanência:</b>  - <b>até 8 dias: 25 pontos</b>  - <b>de 8 a 16 dias -10 pontos</b>  Maior que 16</p>	BI-SISREG SECONVAG

				dias – não pontua	
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA OS LEITOS DA RUE FOI DE 8,95% PARA O LEITO RUE, E QUANTO AO LEITO CIRÚRGICO 9,69%. QUANTO AOS LEITOS RUE, O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS. COM RELAÇÃO AOS LEITOS CIRURGICOS, O HOSPITAL PONTUA 10 PONTOS, TOTALIZANDO 50 PONTOS.</p>					
<p><b>O HOSPITAL 35 PONTOS</b></p>					
7	Comissões institucionais: CCIH, Prontuário, Óbitos, Humanização	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões	- apresentar cópias das Atas das reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões; CCIH: apresentar as metas do PCDI do período avaliado, constando avaliação de resultados obtidos e intervenções propostas; Prontuário e Óbitos: descrever itens avaliados no período e demonstrar o percentual de atingimento dos critérios, principalmente na área materno-infantil; Humanização: descrever ações desenvolvidas e resultados alcançados no período avaliado	Apresentou ata de todas as Comissões e demais documentos solicitados: <b>30 pontos</b> Não apresentou: não pontua	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> APRESENTADAS PELO HOSPITAL CÓPIA DAS ATAS DAS REUNIÕES DAS COMISSÕES ESTIPULADAS PELO INDICADOR, DENTRO DO TRIMESTRE AVALIADO.</p>					
<p><b>O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS</b></p>					
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	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	<b><u>Incidência em até 1%: 30 pontos</u></b> Até 2% - <b>10 pontos</b> Acima de 2% - não pontua	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador

		máximo de 1%			
--	--	--------------	--	--	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADOS PELO HOSPITAL RELATÓRIOS DAS TAXAS DE INFECÇÃO RELACIONADAS AO INDICADOR PARA OS MESES DE ABRIL 0%, MAIO 0,04% E JUNHO 0%

**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%	<p><b>Apresentar relatórios dentro do percentual pactuado: 25 pontos</b></p> <p>Apresentar relatórios abaixo do percentual pactuado: <b>10 pontos</b></p> <p>Não apresentou os relatórios: não pontua</p>	Relatórios apresentados pelo prestador
---	---	---	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELO HOSPITAL (DOCUMENTO EM ANEXO), NO PERÍODO DE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2019, APRESENTOU 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	<p><b>Apresentou 100% dos contratos: 30 pontos</b></p> <p>Entre 80 e 100%: 10 pontos</p> <p>Abaixo de 80%: não pontua</p>	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 HEMODIÁLISE, 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	Realizar os exames: - teste de reflexo de Bruckner (do reflexo vermelho); - dosagem de fenilcetonúria (pezinho); - teste da orelhinha ; - teste do coraçãozinho	<b><u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado: 25 pontos</u></b>  Realizou entre 90 e 99% dos neonatos no trimestre avaliado: <b>10</b> pontos  Realizou abaixo de 90% – não pontua.	Relatório de visita técnica feita pelo <b>DEREG</b>
----	------------------	--	---	--	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 34499/2019-97, 39914/2019-44 E 41266/2019-69, NO TRIMESTRE DE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2019, O INDICADOR FOI ATINGIDO RESPECTIVAMENTE NO PERCENTUAL DE 100%, 96,87% E 87,09%, COM MÉDIA DE ATENDIMENTO DE 94,65%.

**O HOSPITAL PONTUA 10 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)	- 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;	<b><u>Realizou em 100% das gestantes: 25 pontos.</u></b>  Realizou entre 90 e 99% das gestantes – <b>10</b> pontos Realizou abaixo de 90% - não pontua	Relatório de visita técnica feita pelo <b>DEREG</b>  Relatórios emitidos pelo SIHD
----	--	--	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 34499/2019-97, 39914/2019-44 E 41266/2019-69, NO TRIMESTRE DE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2019, FOI VERIFICADA A REGULARIDADE DE REALIZAÇÃO DO INDICADOR EM 100% (CEM POR CENTO).

**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.	<b><u>80% de pertinência ou mais: 30 pontos</u></b>  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 40130/2019-31, 41281/2019-52 E 41259/2019-01, O HOSPITAL ATENDEU RESPECTIVAMENTE 88,88% EM ABRIL, 100% EM MAIO E 100% EM JUNHO, 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	<b><u>Manteve em 6% ou menos: 30 pontos</u></b> Acima de 6%: não pontua	Relatório emitido pela Instituição
----	-----------------------------------	---	---	--	------------------------------------

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DE TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL COM ÍNDICES DE 5,40% EM ABRIL, 6,41% EM MAIO E 6,00% EM JUNHO O QUE DÁ UMA MÉDIA DE 5.93% 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	<b><u>1º trimestre:</u></b> implantar o KANBAN na Unidade Coronariana e UTI neurocirurgica <b><u>2º trimestre:</u></b> implantar o KANBAN na UTI Geral I e II <b><u>3º trimestre:</u></b> implantar o KANBAN na UTI da cirurgia cardiovascular e 3º G (oncologia) <b><u>4º trimestre:</u></b> implantar o KANBAN na UTI Pediátrica	<b><u>Apresentou 100% das ações: 100 pontos</u></b>  Entre 99 e 80%= <b>50 pontos</b>  Abaixo de 80%: <b>não pontua</b>	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg
----	-------------------	---	---	---	--

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA EQUIPE DA SEAUDIT, CONSTANTE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 41259/2019-01, DEU-SE O ATENDIMENTO DE 100% INDICADOR.

**O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS**

A totalização dos indicadores resultou em 375 (trezentos e setenta e cinco) pontos para as metas quantitativas e 425 (quatrocentos e vinte e cinco) pontos para as metas qualitativas, totalizando 800 (oitocentos) pontos. Desta forma, no tocante as metas qualitativas, o hospital faz jus a 100% (cem por cento) da parte variável. Quanto às metas quantitativas, a pontuação ficará em aberto, ante proposta formulada pelo hospital para compensação nos números não alcançados. Desta forma, a comissão aguardará os primeiros resultados da proposta para finalização da pontuação do trimestre, por meio de Ata Complementar. 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 JULIÃO RAMOS GAMEIRO .....  
LILIAN MARTINS CIRQUEIRA DOS SANTOS .....  
MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI .....  
MONICA CARPALHOSO MARTINS .....  
NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS .....  
DOUGLAS DA SILVA GOUVEIA .....  
LUIZ ANTONIO DA SILVA .....  
IDRENO DE ALMEIDA .....

**PELA SANTA CASA:**

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....  
MIRIAM CANDIDO DA COSTA MORAES.....  
IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS.....

**PARTICIPANTES DO Dereg**

MATHEUS DE CARVALHO POPIEL .....