

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 92/2018 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (HOSPITAL SANTO ANTONIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2023 E JANEIRO DE 2024 (PRIMEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) – Aos 03 (três) dias do mês de abril de 2024 (dois mil e vinte e quatro), junto às dependências do Departamento de Regulação – Saúde (DEREG), sito à Rua Barão de Paranapiacaba, 241 – Encruzilhada – Santos – SP, deu-se início à REUNIÃO às 15h horas, onde compareceram: pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: Fleuri Gomes de Melo Filho e Néria Lúcia dos Santos (membros titulares da Comissão), pelo DEREG: Eloisa Fraga Lopes Galasso (DEREG), Flávia Mendes de Souza (COREG) e Andreza Galvão de Camargo (SEAUDIT) como membros titulares de Comissão; e Geovana Domingos Nunes (COACE), Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) como membros suplentes da mesma. Ausente a representação do Conselho Municipal de Saúde, em que pese ter sido informado por e-mail da reunião. Os demais participantes assinam a lista de presença. Iniciada a reunião, é dado andamento à avaliação dos indicadores, conforme segue:

METAS QUANTITATIVAS					
ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
1	REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	Apresentar mensalmente a agenda de primeiras consultas para o Gestor Municipal e/ou Estadual	<p>Disponibilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 (vinte) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica (30% do indicador); - 40 (quarenta) vagas de avaliação em oncologia clínica (30% do indicador); - Agenda de cintilografia, conforme pactuado com o Gestor (25% do indicador) com teto financeiro limitado a R\$20.000,00 (vinte mil reais); - Relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento (15% do indicador). <p>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.</p>	<p>Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 99% e 80%: 70 pontos; - Entre 79% e 70%: 50 pontos; Abaixo de 70%, não pontua. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia junto ao sistema CROSS; 2 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador. 3 - Relatório da COACE informando sobre a agenda de cintilografia
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: NO TOCANTE AO RECEBIMENTO DA AGENDA MENSAL DAS VAGAS DE ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CLÍNICA, EM RAZÃO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE VAGAS POR MEIO DO SISTEMA CROSS, QUE NÃO PERMITE UMA VISUALIZAÇÃO PELA REGULAÇÃO MUNICIPAL, FOI APRESENTADA COMPROVAÇÃO PELO HOSPITAL, POR MEIO DA APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO SISTEMA CROSS, BEM COMO A RELAÇÃO DOS PACIENTES AVALIADOS, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR AS 75% PRECONIZADOS PARA ESSAS PARTES DO INDICADOR. QUANTO A CINTILOGRAFIA, O INDICADOR FOI ATENDIDO DENTRO DO QUANTITATIVO DE PACIENTES</p>					

ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO JUNTO AO HOSPITAL (TETO PREVIAMENTE COMBINADO DE R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS) EM EXAMES POR MÊS, CONFORME RELATÓRIO DA COACE, ATINGINDO OS 25% DESSA PARTE DO INDICADOR. NO SOMATÓRIO, O INDICADOR FOI ALCANÇADO EM 100%

PONTUAÇÃO: 85 (OITENTA E CINCO) PONTOS.

2	CIRURGIAS EM ONCOLOGIA	Realizar as cirurgias oncológicas preconizadas para o CACON.	Cumprir quantitativo de cirurgias em oncologia estipulado na Portaria GM/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, qual seja, 650 cirurgias/ano = 163 por trimestre.	<p><u>Realizou no trimestre:</u></p> <p><u>163 cirurgias ou mais: 85 pontos;</u></p> <p>- Entre 100 e 162 cirurgias: 70 pontos;</p> <p>- Entre 60 e 99 cirurgias: 50 pontos;</p> <p>Realizou menos que 60 cirurgias, não pontua.</p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT-DEREG.
---	-------------------------------	--	--	---	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT), COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO PERÍODO AVALIADO O HOSPITAL REALIZOU 71 (SETENTA E UMA) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DESTA FORMA, O HOSPITAL PONTUA PARCIALMENTE.

PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS

3	REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES	Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de internação SUS para a Central de Regulação Municipal.	(A) Disponibilizar diariamente 100% dos leitos SUS, conforme CNES.	<p><u>Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;</u></p> <p>Entre 99% e 80%: 70 pontos;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 50 pontos</p> <p>Abaixo de 70%: não pontua.</p> <p>Não disponibilizou: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG.
		Enviar diariamente o censo com a distribuição dos leitos de UTI para a Central de Regulação	(B) Disponibilizar diariamente 7 (sete) leitos de UTI.	<p><u>Disponibilizou 100% (7 leitos): 85 pontos;</u></p> <p>Entre 99% e 80%: 70</p>	Relatório da supervisão de regulação in loco X Censo Hospitalar.

		Municipal.		<p>pontos;</p> <p>- Entre 79% e 70%: 50 pontos</p> <p>Abaixo de 70%: não pontua.</p> <p>Não disponibilizou: não pontua.</p>	
--	--	------------	--	---	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: COM RELAÇÃO A **PARTE "A" DO INDICADOR**, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS SUS, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO À 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. **PONTUA 85 PONTOS.**

COM RELAÇÃO A **PARTE "B" DO INDICADOR**, CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À DISPONIBILIZAÇÃO DOS LEITOS DE UTI, O HOSPITAL DEU ATENDIMENTO À 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. **PONTUA 85 PONTOS**

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 170 (CENTO E SETENTA) PONTOS

METAS QUALITATIVAS

ITEM	INDICADOR	AÇÃO	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE INFORMAÇÃO
4	TAXA DE OCUPAÇÃO	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI em no mínimo 85%.	<p><u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 80 pontos;</u></p> <p>- Entre 84,9 e 80%: 60 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%: não pontua.</p>	Relatório disponibilizado pela supervisão de regulação in loco fornecido pela SECONVAG/ Dereg.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, COM RELAÇÃO À TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE UTI, O HOSPITAL APRESENTOU AS SEGUINTE TAXAS PARA O PERÍODO: 100% PARA O MÊS DE NOVEMBRO DE 2023; 92,62% PARA O MÊS DE DEZEMBRO DE 2023; E 91,24% PARA O MÊS DE JANEIRO DE 2024, COM MÉDIA PARA O PERÍODO DE 95,49%, DANDO ATENDIMENTO A 100% DO INDICADOR.

PONTUAÇÃO: 80 (OITENTA) PONTOS

5	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Constituir interface com a Central de Regulação Municipal.	<p>- Manter Núcleo Interno de Regulação (NIR) conforme regulamentação, atendendo aos seguintes requisitos mínimos:</p> <p>- Médico horizontal ou diarista (20% do indicador);</p> <p>- Enfermeira diarista (20% do indicador);</p>	<p><u>Atendeu entre 90% a 100% do indicador: 80 pontos;</u></p> <p>Atendeu entre 89,90% a 80%</p>	<p>1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.</p> <p>2-Relatório disponibilizado</p>
---	--	--	--	--	--

			-Assistente Social (20% do indicador); - Atendimento 24 horas (20% do indicador); -Adesão aos Protocolos Municipais (20% do indicador).	do indicador: 60 pontos; Abaixo de 80%: não pontua.	pele gestor municipal através da SECONVAG-Dereg por meio de indicador.
	Tempo de resposta		Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	Respondeu 100% da solicitação em 1 hora: 80 pontos Respondeu entre 99% e 90% da solicitação em 1 hora: 60 pontos Abaixo de 90%: não pontua	Relatório emitido pela CRV / Dereg/SMS
	Taxa de Recusa		Manter taxa de recusa em no máximo 15%	Aceite de 85% ou mais = 80 pontos Aceite menor que 85% = não pontua	Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-Dereg por meio de indicador

AValiação do Indicador: COM RELAÇÃO À PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR, CONFORME INFORMADO PELA SECONVAG, DE TODA A REGULAMENTAÇÃO DISPOSTA EM PORTARIA PARA FUNCIONAMENTO DO NIR, O HOSPITAL NÃO ATENDE A QUESTÃO DO FUNCIONAMENTO 24 (VINTE E QUATRO) HORAS, ATENDENDO PARCIALMENTE O INDICADOR – **60 (SESSENTA) PONTOS.** COM RELAÇÃO À SEGUNDA PARTE DO INDICADOR, NO TOCANTE AO TEMPO DE RESPOSTA, O HOSPITAL NÃO RESPONDEU EM 1 (UMA) HORA, 90% DOS CASOS, **NÃO ATENDENDO AO INDICADOR – NÃO PONTUA.** QUANTO A TERCEIRA PARTE DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE RECUSA DE 93%. PORÉM, PELO FATO DA SUA PRODUÇÃO ULTRAPASSAR MENSALMENTE O TETO FINANCEIRO REPASSADO PELO GESTOR, NÃO HAVERÁ PENALIZAÇÃO NESTE QUESITO – **80 (OITENTA) PONTOS.**

PONTUAÇÃO TOTAL DO INDICADOR: 140 (CENTO E QUARENTA) PONTOS.

6	COMISSÕES INSTITUCIONAIS	Demonstrar a efetiva atuação das Comissões de CCIH, Prontuário, Óbitos e Humanização.	Apresentar cópias das atas das reuniões realizadas no período avaliado com no mínimo 60% de presença dos membros das comissões.	Apresentou ata de todas as Comissões: 50 pontos; Não apresentou, não pontua.	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados.
---	---------------------------------	---	---	---	--

AValiação do Indicador: APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS REUNIÕES DA CCIH, PRONTUÁRIO E ÓBITOS REALIZADAS NO PERÍODO AVALIADO. COM RELAÇÃO À COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO, O HOSPITAL APRESENTOU O BALANÇO ANUAL DAS AÇÕES REALIZADAS PELA REFERIDA COMISSÃO NO EXERCÍCIO DE 2023, BEM COMO ATA DA REUNIÃO REALIZADA EM DEZEMBRO, NO MÊS DE JANEIRO A REUNIÃO DE HUMANIZAÇÃO NÃO FOI REALIZADA, POIS FOI INFORMADO PELO HOSPITAL A MESMA PASSARÁ A SER REALIZADA BIMESTRALMENTE .

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS

7	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	Manter a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento e de acordo com a legislação e vigor	Manter taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento)	<p><u>Alcançou 100% da meta: 50 pontos</u></p> <p><u>Alcançou entre 99,9% e 70% da meta: 30 pontos</u></p> <p><u>Alcançou percentual abaixo de 70%: não pontua</u></p>	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado.
<p><u>AValiação do Indicador:</u> APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITAL GLOBAL DO HOSPITAL PARA O EXERCÍCIO DE 2023, ONDE PARA OS MESES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO FORAM APURADOS RESPECTIVAMENTE OS PERCENTUAIS DE 0,91% E 0,56%; E GRÁFICO COM O MÊS DE JANEIRO DE 2024, ONDE FOI APURADO O PERCENTUAL DE 1,00%, ÍNDICES TODOS INFERIORES AOS 5% PRECONIZADOS PELO INDICADOR, DANDO-SE ASSIM ATENDIMENTO AO MESMO.</p> <p><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS</u></p>					
8	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 80%.	<p><u>Apresentou dentro do percentual pactuado: 50 pontos;</u></p> <p><u>Abaixo do percentual pactuado: 10 pontos;</u></p> <p><u>Não apresentou, não pontua.</u></p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados
<p><u>AValiação do Indicador:</u> APRESENTADOS PELO HOSPITAL GRÁFICOS DEMONSTRATIVOS COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA POR SERVIÇO DO HOSPITAL, COM PERCENTUAIS APURADOS DE "SATISFEITO" E "MUITO SATISFEITO" PARA OS MESES DE DEZEMBRO/2023 E JANEIRO DE 2024 QUE, SOMADOS, SUPERAM O PERCENTUAL DE 80% PRECONIZADOS PELO INDICADOR. COM RELAÇÃO A NOVEMBRO DE 2023, A PESQUISA APUROU UM PERCENTUAL DE 70,6% DE SATISFEITO E MUITO SATISFEITO PARA O SERVIÇO DE LIMPEZA, 70,6% QUANTO A REALIZAÇÃO DE EXAMES. ENTRETANTO, TAL RESULTADO NÃO AFETOU O PERCENTUAL DE APROVAÇÃO GERAL DO HOSPITAL DISPOSTO AO FINAL DA PESQUISA PARA O REFERIDO MÊS. CONSIDERANDO ESSE FATO, BEM COMO QUE ESSES ASPECTOS FORAM MELHORADOS NOS MESES SUBSEQUENTES (DEZEMBRO/2023 E JANEIRO DE 2024), CONSIDERA-SE ALCANÇADO O INDICADOR.</p> <p><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (cinquenta) pontos</u></p>					

9	MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS	Comprovar o bom estado de conservação e de funcionamento dos equipamentos disponibilizados no convênio.	Apresentar os contratos ou relatórios de manutenção dos equipamentos de Ar condicionado para áreas críticas (Centro Cirúrgico e UTI), Elevadores, Radioterapia, Raio X, Tomografia e Ultrassonografia.	<p><u>Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 40 pontos;</u></p> <p>- Entre 80% e 99,9%: 30 pontos;</p> <p>Abaixo de 80%, não pontua.</p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados.
---	--	---	--	---	--

AValiação DO INDICADOR: APRESENTADOS OS RELATÓRIOS DE MANUTENÇÃO DOS ELEVADORES, DOS APARELHOS DE RAIOS-X, TOMOGRAFIA, ULTRASSONOGRRAFIA, AR CONDICIONADO, ATENDENDO AO INDICADOR.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (QUARENTA) PONTOS

10	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 4% ao mês.	<p><u>Manteve em 4% ou menos: 50 pontos;</u></p> <p>Acima de 4%, não pontua.</p>	Relatório emitido pelo prestador, devidamente assinado.
----	--	---	--	--	---

AValiação DO INDICADOR: APRESENTADO PELO HOSPITAL QUADRO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PARA O PERÍODO, QUAIS SEJAM: 3,46% PARA O MÊS DE NOVEMBRO/2023, 2,58% PARA O MÊS DE DEZEMBRO DE 2023; E 3,15% PARA O MÊS DE JANEIRO DE 2024, TODAS ABAIXO DO PERCENTUAL PRECONIZADO PELO INDICADOR E DANDO ATENDIMENTO AO MESMO.

PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS.

11	GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Manter ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade, conforme RDC 36 de 25 de julho de 2013.	<p>Manter o monitoramento dos protocolos de segurança do paciente, preconizado na RDC 36, através de indicadores e manter equipe para auditoria de riscos (40% do indicador);</p> <p>Manter gestão de riscos (Identificação de riscos, análise, avaliação e monitoramento) (40% do indicador);</p> <p>Manter sistemática de notificação de eventos adversos. (20% do indicador).</p>	<p><u>Apresentou entre 90 e 100% das ações mencionadas no indicador: 50 pontos;</u></p> <p>- Apresentou entre 89,90% e 70% das ações: 30 pontos;</p> <p>- Apresentou abaixo de 70% das ações: não pontua.</p>	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
----	--	--	--	--	--

AValiação DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO TÉCNICO EMITIDO PELA EQUIPE DO Dereg/SMS, FOI VERIFICADO QUE O HOSPITAL COMPROVOU AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, COM ALCANCE DE 100% NA AFERIÇÃO DO INDICADOR PARA O PERÍODO AVALIADO.

PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS

12	GESTÃO DA QUALIDADE	Implantar/ Definir metodologia de Sistema de Gestão de Qualidade, garantindo a melhoria contínua dos processos	Implantar por trimestre novas práticas do Sistema de Gestão da Qualidade conforme metodologia definida, como por exemplo: Gestão de Processos, Gestão de Documentos, sistemática de auditorias internas, busca pela melhoria contínua, entre outras)	<u>Apresentou nova prática SGO: 50 pontos</u> Não apresentou: não pontua	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
<u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO TÉCNICO EMITIDO PELA EQUIPE DO Dereg/SMS, FOI VERIFICADO QUE O HOSPITAL COMPROVOU AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE QUALIDADE, COM ALCANCE DE 100% NA AFERIÇÃO DO INDICADOR PARA O PERÍODO AVALIADO.					
<u>PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS</u>					

QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUANTITATIVAS SCORE TOTAL 340 PONTOS
001 a 85 pontos – 25 % da parte variável
86 a 165 pontos – 50 % da parte variável
166 a 245 pontos – 75 % da parte variável
246 a 340 pontos – 100 % da parte variável
QUADRO DE PONTUAÇÃO E PORCENTAGEM A RECEBER REFERENTE ÀS METAS QUALITATIVAS SCORE TOTAL 660 PONTOS
001 a 259 pontos – 25 % da parte variável
260 a 459 pontos – 50 % da parte variável
460 a 559 pontos – 75 % da parte variável
560 a 660 pontos – 100% da parte variável

Na somatória de pontos, o hospital totalizou **305** (trezentos e cinco) pontos nos **INDICADORES QUANTITATIVOS**, que corresponde ao pagamento de 100% (cem por cento) da parte variável; e quanto aos **INDICADORES QUALITATIVOS**, a pontuação foi de **560** (quinhentos e sessenta) pontos, atingindo o percentual de 100% (cem por cento) para recebimento da parte variável.

Nada mais havendo a acrescentar, encerra-se a presente ata, que foi digitada por mim, **Andreza Galvão de Camargo** e assinada por todos os presentes em lista própria que acompanha a presente ata como parte integrante e indissociável.

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO Nº 92/2018 DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (HOSPITAL SANTO ANTONIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2023 E JANEIRO DE 2024 (PRIMEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO) REALIZADA NO DIA 03 DE ABRIL DE 2024.

LISTA DE PRESENÇA

MEMBROS TITULARES DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ELOISA FRAGA LOPES GALASSO (DEREG) _____

FLÁVIA MENDES DE SOUZA (COREG) _____

ANDREZA GALVÃO DE CAMARGO (SEAUDIT) _____

MEMBROS SUPLENTE DA COMISSÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GEOVANA DOMINGOS NUNES (COACE) _____

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) _____

MEMBROS TITULARES DA COMISSÃO PELA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

FLEURI GOMES DE MELO FILHO _____

NERIA LUCIA DOS SANTOS _____

REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Encaminhado e-mail solicitando a participação, porém não compareceu nenhum conselheiro.

DEMAIS PARTICIPANTES:

RUBIA LORRAINE FERNANDES VALENTE _____