

**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 ANTÔNIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE MAIO, JUNHO E JULHO DE 2024, 3º (TERCEIRO) TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO)** – Aos 19 (dezenove) dias do mês de setembro 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 14:00 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; Silvia de Almeida Mendes Andrade (SECONVAG) e Thaís Cardoso Soares (SEACONT) como membros suplentes da mesma. Pelo Conselho Municipal de Saúde, AUSENTE A REPRESENTAÇÃO. Demais participantes também assinam a lista de presença ao seu final. Iniciada a reunião, é dado andamento à avaliação dos indicadores, conforme segue:

<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	<b>REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS</b>	Apresentar mensalmente a agenda de primeiras consultas para o Gestor Municipal e/ou Estadual	<p><b>Disponibilizar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 (vinte) vagas de avaliação em oncologia cirúrgica <b>(30% do indicador)</b>;</li> <li>- 40 (quarenta) vagas de avaliação em oncologia clínica <b>(30% do indicador)</b>;</li> <li>- Agenda de cintilografia, conforme pactuado com o Gestor <b>(25% do indicador) com teto financeiro limitado a R\$20.000,00 (vinte mil reais)</b>;</li> <li>- Relação de pacientes avaliados e registro de continuidade do tratamento <b>(15% do indicador)</b>.</li> </ul> <p><b>OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 10 (dez) de cada mês.</b></p>	<p><b>Disponibilizou 100% do pactuado: 85 pontos;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 99% e 80%: <b>70 pontos;</b></li> <li>- Entre 79% e 70%: <b>50 pontos;</b></li> <li>Abaixo de 70%, <b>não pontua.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Relatório apresentado pela Instituição demonstrando a oferta do quantitativo na rede de oncologia junto ao sistema CROSS;</li> <li>2 - Relação de pacientes providenciada pelo prestador.</li> <li>3 - Relatório da COACE informando sobre a agenda de cintilografia</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> NO TOCANTE AO RECEBIMENTO DA AGENDA MENSAL DAS VAGAS DE ONCOLOGIA CIRÚRGICA E CLÍNICA, DISPONIBILIZADAS PELO SISTEMA CROSS, CONFORME PACTUADO COM O GESTOR MUNICIPAL, FOI APRESENTADO PELO HOSPITAL O NÚMERO DE VAGAS DENTRO DO TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO, INFERIOR AO QUANTITATIVO DO INDICADOR, MAS QUE SERÁ CONSIDERADO PARA FINS DE ATENDIMENTO DO MESMO POR QUESTÕES FINANCEIRAS. ATRIBUI-SE ENTÃO OS <b>60% PRECONIZADOS PARA ESSAS PARTES DO INDICADOR</b>. QUANTO A CINTILOGRAFIA, O INDICADOR FOI ATENDIDO DENTRO DO</p>					

QUANTITATIVO DE PACIENTES 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**. A RELAÇÃO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PERÍODO FOI ENCAMINHADA PELO HOSPITAL DANDO CUMPRIMENTO AOS **15% DESSA PARTE DO INDICADOR**. NO SOMATÓRIO, O INDICADOR FOI ALCANÇADO EM 100%

**PONTUAÇÃO: 85 (OITENTA E CINCO) PONTOS.**

2	<b>CIRURGIAS EM ONCOLOGIA</b>	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><b>Realizou no trimestre:</b></p> <p><b>163 cirurgias ou mais: 85 pontos;</b></p> <p>- Entre 100 e 162 cirurgias: <b>70 pontos;</b></p> <p>- Entre 60 e 99 cirurgias: <b>50 pontos;</b></p> <p>Realizou menos que 60 cirurgias, <b>não pontua.</b></p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT-DEREG.
---	-------------------------------	--	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** CONFORME PLANILHA APRESENTADA PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT), ELABORADA COM BASE NOS SISTEMAS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO PERÍODO AVALIADO O HOSPITAL REALIZOU 107 (CENTO E SETE) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DESTA FORMA, O HOSPITAL PONTUA PARCIALMENTE.

**PONTUAÇÃO: 70 (SETENTA) PONTOS**

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

		leitos de UTI para a Central de Regulação Municipal.		<p>Entre 99% e 80%: <b>70 pontos;</b></p> <p>- Entre 79% e 70%: <b>50 pontos</b></p> <p>Abaixo de 70%: <b>não pontua.</b></p> <p>Não disponibilizou: <b>não pontua.</b></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	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>	Otimizar os recursos disponíveis.	Manter taxa de ocupação dos leitos de UTI em no mínimo 85%.	<p><b><u>Manteve ocupação maior ou igual a 85%: 80 pontos;</u></b></p> <p>- Entre 84,9 e 80%: <b>60 pontos;</b></p> <p>Abaixo de 80%: <b>não pontua.</b></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: 114,29% PARA O MÊS DE MAIO DE 2024; 94,29% PARA O MÊS DE JUNHO DE 2024; E 92,17% PARA O MÊS DE JULHO DE 2024, COM MÉDIA PARA O PERÍODO DE 100%, EM ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO: 80 (OITENTA) PONTOS**

5	<b>INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL</b>	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</p>	<p><b><u>Atendeu entre 90% a 100% do indicador: 80 pontos;</u></b></p>	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
---	--	--	---	--	--

			(20% do indicador); -Enfermeira diarista (20% do indicador); -Assistente Social (20% do indicador); - Atendimento 24 horas (20% do indicador); -Adesão aos Protocolos Municipais (20% do indicador).	Atendeu entre 89,90% a 80% do indicador: <b>60 pontos</b> ;  Abaixo de 80%: <b>não pontua.</b>	2-Relatório disponibilizado pelo gestor municipal através da SECONVAG-DEREG por meio de indicador.
		Tempo de resposta	Manter tempo de resposta (aceite ou recusa) em até 1 hora.	<b>Respondeu 100% da solicitação em 1 hora: 80 pontos</b>  Respondeu entre 99% e 90% da solicitação em 1 hora: <b>60 pontos</b>  Abaixo de 90%: <b>não pontua</b>	Relatório emitido pela CRV / Dereg/SMS
		Taxa de Recusa	Manter taxa de recusa em no máximo 15%	<b>Aceite de 85% ou mais = 80 pontos</b>  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 EM OUTRAS AVALIAÇÕES, 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 RESPONDEU EM 1 (UMA) HORA APROXIMADAMENTE 68,24% DOS CASOS, **NÃO ATENDENDO AO INDICADOR – NÃO PONTUA.** QUANTO A TERCEIRA PARTE DO INDICADOR, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE RECUSA DE 72,90%. PORÉM, PELO FATO DA SUA PRODUÇÃO ULTRAPASSAR MENSALMENTE O TETO FINANCEIRO REPASSADO PELO GESTOR, NÃO HAVERÁ PENALIZAÇÃO NESTE QUESITO CONFORME ANTERIORMENTE PACTUADO – **80 (OITENTA) PONTOS.**

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

6	<b>COMISSÕES INSTITUCIONAIS</b>	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.	<b>Apresentou ata de todas as Comissões: 50 pontos;</b>  Não apresentou, <b>não pontua.</b>	Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados.
---	---------------------------------	---	---	---	--

**AValiação do Indicador:** APRESENTADAS PELO HOSPITAL AS ATAS DAS SEGUINTE COMISSÕES:

CCIH: REALIZADAS EM MAIO, JUNHO E JULHO;

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS: REALIZADAS EM MAIO, JULHO E AGOSTO

REVISÃO DE ÓBITOS: REALIZADAS EM MAIO, JULHO E AGOSTO

HUMANIZAÇÃO: REALIZADA EM JUNHO, PARA O BIMESTRE DE MAIO E JUNHO.

SEGUNDO INFORMADO PELO HOSPITAL AS COMISSÕES TIVERAM AS REUNIÕES REFERENTES AOS MÊS 6 E 7 NOS MESES SUBSEQUENTES. ÀS VEZES AS REUNIÕES SÃO DESLOCADAS DE DATAS MAS SE REFEREM AO PERÍODO AVALIADO; AS REUNIÕES DA HUMANIZAÇÃO SÃO BIMESTRAIS E NO ÚLTIMO TRIMESTRE SERÃO APRESENTADAS DUAS ATAS, REFERENTE AGOSTO E OUTUBRO. A JUSTIFICATIVA FOI ACEITA PELA COMISSÃO SENDO ATRIBUÍDA A PONTUAÇÃO DO INDICADOR.  
**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS**

7	<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)</b>	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><b><u>Alcançou 100% da meta: 50 pontos</u></b></p> <p><b><u>Alcançou entre 99,9% e 70% da meta: 30 pontos</u></b></p> <p><b><u>Alcançou percentual abaixo de 70%: não pontua</u></b></p>	Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador, devidamente assinado.
---	---	---	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL PARA O PERÍODO AVALIADO, COM AS SEGUINTE TAXAS: 0,66% PARA O MÊS DE MAIO, 0,50% PARA O MÊS DE JUNHO E 0,45% PARA O MÊS DE JULHO DE 2024, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS**

8	<b>SATISFAÇÃO DOS CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS</b>	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><b><u>Apresentou dentro do percentual pactuado: 50 pontos;</u></b></p> <p>Abaixo do percentual pactuado: <b>10 pontos;</b></p> <p>Não apresentou, <b>não pontua.</b></p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados
---	--	--	--	---	---

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR:** APRESENTADO PELO HOSPITAL GRÁFICO DEMONSTRATIVO COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA NO HOSPITAL, COM OS SEGUINTE PERCENTUAIS DE SATISFAÇÃO: 92,5% PARA O MÊS DE MAIO, 82,63% PARA O MÊS DE JUNHO E 95,25% PARA O MÊS DE JULHO DE 2024, DANDO ATENDIMENTO AO INDICADOR.

**PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (cinquenta) pontos**

9	<b>MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS</b>	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><b><u>Apresentou 100% dos contratos ou relatórios: 40 pontos;</u></b></p> <p>- Entre 80% e 99,9%: <b>30 pontos;</b></p> <p>Abaixo de 80%, <b>não pontua.</b></p>	Relatórios apresentados pelo prestador, devidamente assinados.
<p><b><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u></b> APRESENTADOS PELO HOSPITAL OS RELATÓRIOS DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS MENCIONADOS NO INDICADOR E DENTRO DO PERÍODO AVALIADO.</p> <p><b><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 40 (QUARENTA) PONTOS</u></b></p>					
10	<b>TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL</b>	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><b><u>Manteve em 4% ou menos: 50 pontos;</u></b></p> <p>Acima de 4%, <b>não pontua.</b></p>	Relatório emitido pelo prestador, devidamente assinado.
<p><b><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u></b> APRESENTADO PELO HOSPITAL QUADRO DEMONSTRATIVO COM AS TAXAS DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL PARA O PERÍODO, QUAIS SEJAM: 3,81% PARA O MÊS DE MAIO, 3,34% PARA O MÊS DE JUNHO E 3,91% PARA O MÊS DE JULHO DE 2024, QUE SE MOSTRAM ABAIXO DO PERCENTUAL MENCIONADO NO INDICADOR.</p> <p><b><u>PONTUAÇÃO DO INDICADOR: 50 (CINQUENTA) PONTOS</u></b></p>					
11	<b>GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	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><b><u>Apresentou entre 90 e 100% das ações mencionadas no indicador: 50 pontos;</u></b></p> <p>- Apresentou entre 89,90% e 70% das ações: <b>30 pontos;</b></p> <p>- Apresentou abaixo de 70% das ações: <b>não pontua.</b></p>	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe do Dereg.
<p><b><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u></b> 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.</p> <p><b><u>PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS</u></b></p>					
12	<b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Implantar/ Definir metodologia de Sistema de Gestão de	Implantar por trimestre novas práticas do Sistema de Gestão da Qualidade conforme metodologia definida, como por exemplo: Gestão de Processos, Gestão de	<p><b><u>Apresentou nova prática SGO: 50 pontos</u></b></p> <p>Não apresentou:</p>	1- Relatório de visita <i>in loco</i> realizado pelo gestor municipal por meio de equipe

		Qualidade, garantindo a melhoria contínua dos processos	Documentos, sistemática de auditorias internas, busca pela melhoria contínua, entre outras)	<b>não pontua</b>	do Dereg.
<b>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</b> 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.					
<b>PONTUAÇÃO: 50 (CINQUENTA) PONTOS</b>					

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

Na somatória de pontos, o hospital totalizou 325 (trezentos e vinte 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, que corresponde ao pagamento de 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 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 ANTÔNIO), PARA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DO PERÍODO DE MAIO, JUNHO E JULHO DE 2024, 3º (TERCEIRO) TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO), REALIZADA NO DIA 19 DE SETEMBRO 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**

SILVIA DE ALMEIDA MENDES ANDRADE (SECONVAG) \_\_\_\_\_

THAIS CARDOSO SOARES (SEACONT) \_\_\_\_\_

### **MEMBROS TITULARES DA COMISSÃO PELA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA**

FLEURI GOMES DE MELO FILHO \_\_\_\_\_

NERIA LUCIA DOS SANTOS \_\_\_\_\_

### **REPRESENTAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

AUSENTE A REPRESENTAÇÃO \_\_\_\_\_

### **DEMAIS PARTICIPANTES**

RUBIA LORRAINE FERNANDES VALENTE \_\_\_\_\_