

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 JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO DE 2019 - Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de maio 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), Maria José Lima do Carmo Martinatti (SECONC), Mateus de Carvalho Popiel (COACE); e Douglas da Silva Gouveia (SEACONT); Pelo Conselho Municipal de Saúde, ausencia do Sr Idreno de Almeida (Suplente) justificada por e-mail (documento em anexo). REUNIÃO ESSA ALUSIVA AO TERCEIRO TRIMESTRE DO PLANO OPERATIVO ANUAL, 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	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.	<u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u> - entre 99% e 80% = 30 pontos - entre 79% e 70% = 20 pontos - abaixo de 70% = não pontua	Agenda disponibilizada SEAGEN
			Disponibilizar Procedimentos de: Oftalmologia (curva tonométrica, gonioscopia e mapeamento de retina), colonoscopia	<u>Disponibilizou 100% do pactuado = 50 pontos</u> - entre 99% e 80% = 30 pontos	Agenda disponibilizada SEAGEN

			acima de 70 anos e/ou com restrições ambulatoriais; Cateterismo e Ecocardiograma. OBSERVAÇÃO: As agendas deverão ser disponibilizadas pelo hospital até o dia 20 (vinte) de cada mês	- entre 79% e 70% = 20 pontos - 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. OBSERVAÇÃO: Os 8 (oito) leitos de UTI Pediátrica serão disponibilizados de acordo com a demanda da instituição e taxa de ocupação.	Disponibilizou 100% do pactuado = 100 pontos - entre 99% e 80% = 80 pontos - entre 79% e 70% = 50 pontos - 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	Manteve atualizado: - igual ou acima de 95% = 50 pontos - 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	MEDIA COMPLEXIDADE: de acordo com o teto	MC: apresentou 550 saidas de clínica médica /	Relatório emitido pelo SIHD junto a
---	---------------------	---	---	--	-------------------------------------

		eixos pactuados no trimestre	financeiro estimativo: <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><u>cirúrgica, ou mais /mês= 75 pontos</u></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><u>AC: apresentou 85 saídas clínico/cirúrgico ou mais /mês = 75 pontos</u></p> <p>- entre 84 e 60 saídas/mês = 30 pontos</p> <p>Apresentou menos que 60 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 JANEIRO A MARÇO DE 2019, O HOSPITAL APRESENTOU O QUANTITATIVO DE 2.146 (DUAS MIL CENTO E QUARENTA E SEIS) SAÍDAS HOSPITALARES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COM UMA MÉDIA MENSAL DE 715 (SETECENTAS E QUINZE) SAÍDAS, DAS QUAIS UMA MÉDIA DE 386 (TREZENTAS E OITENTA E SEIS) DE CLÍNICA MÉDICA E UMA MÉDIA DE 328 (TREZENTAS E VINTE E OITO) CIRÚRGICAS. COM RELAÇÃO A ALTA COMPLEXIDADE, O HOSPITAL APRESENTOU UMA MÉDIA MENSAL DE 69 (SESSENTA E NOVE) SAÍDAS HOSPITALARES. ASSIM, QUANTO A MÉDIA COMPLEXIDADE O HOSPITAL PONTUA 75 PONTOS E QUANTO A ALTA COMPLEXIDADE PONTUA 30 PONTOS PELO ALCANCE PARCIAL DO INDICADOR – TOTALIZANDO 105 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><u>Realizou no trimestre:</u></p> <p><u>- 163 cirurgias ou mais = 100 pontos</u></p> <p>- entre 150 e 162 cirurgias = 80 pontos</p> <p>- entre 100 e 149 cirurgias = 50 pontos</p> <p>Realizou menos que 100 cirurgias</p>	Relatório emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) junto a SEACONT
---	------------------------	---	---	--	--

				= não pontua	
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE (SEACONT) – DOCUMENTO EM ANEXO, NO TRIMESTRE DE JANEIRO A MARÇO DE 2019, O HOSPITAL REALIZOU 150 (CENTO E CINQUENTA) CIRURGIAS ONCOLÓGICAS. DEU-SE O ATENDIMENTO PARCIAL AO INDICADOR.</p> <p>O HOSPITAL PONTUA 80 PONTOS</p>					
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	<p>Ocupação: Maior ou igual a 85% = 50 pontos De 84 a 80% = 20 pontos 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>Ocupação: Entre 80 e 85%: 75 pontos Entre 79 e 70% = 30 pontos Abaixo de 70% não pontua</p>	Censo Hospitalar disponibilizado diariamente pela Instituição X Relatório da supervisão de Regulação in loco
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, O HOSPITAL APRESENTOU UMA TAXA DE OCUPAÇÃO DE 93,2 QUANTO AOS LEITOS DA RUE, COM ATENDIMENTO DE 100% DESSA PARTE DO INDICADOR. QUANTO A UTI A TAXA DE OCUPAÇÃO FICOU EM 54,2%. DESTA FORMA, ATRIBUI-SE A PONTUAÇÃO APENAS A PRIMEIRA PARTE DO INDICADOR, ANTE O NÃO ALCANCE DE PERCENTUAL SUJEITO A PONTUAÇÃO NA SEGUNDA PARTE DO INDICADOR.</p> <p>O HOSPITAL PONTUA 50 PONTOS</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>Permanência: - até 10 dias: 25 pontos - de 11 a 20 dias - 10 pontos Maior que 20 dias – não pontua</p>	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</p>	BI-SISREG SECONVAG

				dias – não pontua	
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: CONFORME RELATÓRIO APRESENTADO PELA SECONVAG, A MÉDIA DE PERMANÊNCIA PARA OS LEITOS DA RUE FOI DE 10,79% PARA O LEITO RUE, E QUANTO AO LEITO CIRÚRGICO 7,31%. QUANTO AOS LEITOS RUE, O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS. COM RELAÇÃO AOS LEITOS CIRURGICOS, O HOSPITAL PONTUA 25 PONTOS, TOTALIZANDO 50 PONTOS.</p>					
<p>O HOSPITAL 50 PONTOS</p>					
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>	<p>Cópias das atas e documentos do indicador alusivos ao período devidamente assinados</p>
<p>AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADAS PELO HOSPITAL CÓPIA DAS ATAS DAS REUNIÕES DAS COMISSÕES ESTIPULADAS PELO INDICADOR, DENTRO DO TRIMESTRE AVALIADO.</p>					
<p>O HOSPITAL PONTUA 30 PONTOS</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	<p>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</p>	<p><u>Incidência em até 1%: 30 pontos</u></p> <p>Até 2% - 10 pontos</p> <p>Acima de 2% - não pontua</p>	<p>Relatório demonstrativo apresentado pelo prestador</p>

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

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: APRESENTADOS PELO HOSPITAL RELATÓRIOS DAS TAXAS DE INFECÇÃO RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM PERCENTUAIS DOS MESES DE JANEIRO A MARÇO DE 2019 DE 0,00% EM JANEIRO, FEVEREIRO 0,00% E MARÇO DE 0,05%, OU SEJA, 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%	<p>Apresentar relatórios dentro do percentual pactuado: 25 pontos</p> <p>Apresentar relatórios abaixo do percentual pactuado: 10 pontos</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 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	<p>Apresentou 100% dos contratos: 30 pontos</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 ÁREAS 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	<u>Realizou os exames em 100% dos neonatos no trimestre avaliado: 25 pontos</u> Realizou entre 90 e 99% dos neonatos no trimestre avaliado: 10 pontos Realizou abaixo de 90% – não pontua.	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg
----	------------------	--	---	--	---

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 12584/2019-31, 21264/2019-81 E 25440/2019-53, NO JANEIRO A MARÇO DE 2019, FOI VERIFICADA A REGULARIDADE DE REALIZAÇÃO DO INDICADOR EM 100% (CEM POR CENTO).

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

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: SEGUNDO RELATÓRIOS DE VISITAS TÉCNICAS REALIZADAS PELA SEÇÃO DE AUDITORIA (SEAUDIT), CONSTANTES DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NºS 12584/2019-31, 21264/2019-81 E 25440/2019-53, NO JANEIRO A MARÇO 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.	<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 15340/2019-82, 25105/2019-19 E 27171/2019-14, O HOSPITAL ATENDEU RESPECTIVAMENTE 25% EM JANEIRO, 93,3% EM FEVEREIRO E 70% EM MARÇO, DE PERTINÊNCIA DO CID SECUNDÁRIO. O Dereg INFORMA QUE POR QUESTÕES DE DIVERGÊNCIA NO ENTENDIMENTO DA QUESTÃO, NÃO SOMENTE NO ÂMBITO TÉCNICO QUANTO DE SISTEMA, POR PARTE DA EQUIPE DA SANTA CASA E DO Dereg, FOI REALIZADA REUNIÃO NO DIA 15/04/2019, ONDE AMBAS AS EQUIPES CHEGARAM A UM ENTENDIMENTO QUANTO A FORMA CORRETA DE LANÇAMENTO DO CID SECUNDÁRIO, DENTRO DO PRECONIZADO PELA TABELA SIGTAP. TODAVIA, NO QUE CONCERNE AS QUESTÕES DE SISTEMA, RESTOU DEMONSTRADO QUE NÃO SERIA POSSÍVEL FAZER A ALTERAÇÃO DO CID NAS AIHs JÁ PROCESSADAS NO PERÍODO, O QUE REFLITIRIA AINDA NOS MESES SUBSEQUENTES. ASSIM, FOI SOLICITADO PELO HOSPITAL VIA E-MAIL (DOCUMENTO EM ANEXO), QUE SEJA ATRIBUÍDA A PONTUAÇÃO DO INDICADOR MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DE OFÍCIO CORRIGINDO TODOS OS CIDS SECUNDÁRIOS DAS PRIMÍPARAS DO PERÍODO AVALIADO. POR CONSENSO, A COMISSÃO DELIBERA POR NÃO CONSIDERAR O PERCENTUAL DO MÊS DE JANEIRO E ATRIBUIR A PONTUAÇÃO PELO PERCENTUAL DE ALCANCE DA MÉDIA DE FEVEREIRO E MARÇO, QUE FOI DE 81,65%.

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 5,39% EM JANEIRO, 5,78% EM FEVEREIRO E 6,00% EM MARÇO O QUE DÁ UMA MÉDIA DE 5,72% 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 neurocirúrgica <u>2º trimestre:</u> implantar o KANBAN na UTI Geral I e II <u>3º trimestre:</u> implantar	<u>Apresentou 100% das ações: 100 pontos</u> Entre 99 e 80%= 50	Relatório de visita técnica feita pelo Dereg
----	-------------------	---	---	--	--

			o KANBAN na UTI da cirurgia cardiovascular e 3º G (oncologia) 4º trimestre: implantar o KANBAN na UTI Pediátrica	pontos Abaixo de 80%: não pontua	
<p><u>AVALIAÇÃO DO INDICADOR:</u> CONFORME RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA REALIZADA PELA EQUIPE DA SEAUDIT, CONSTANTE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 25260/2019-71, DEU-SE O ATENDIMENTO DO INDICADOR.</p> <p>O HOSPITAL PONTUA 100 PONTOS</p>					

A totalização dos indicadores resultou em 435 (quatrocentos e trinta e cinco) pontos para as metas quantitativas e 425 (.quatrocentos e vinte e cinco) pontos para as metas qualitativas, totalizando 860 (oitocentos e sessenta), 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 JULIÃO RAMOS GAMEIRO

MARIA JOSÉ LIMA DO CARMO MARTINATTI

MONICA CARPALHOSO MARTINS

NADIA APARECIDA SILVA DOS SANTOS

DOUGLAS DA SILVA GOUVEIA

PELA SANTA CASA:

CRISTIANE SILVA SANTOS MENDES.....

MIRIAM CANDIDO DA COSTA MORAES.....

IZABEL CRISTINA DA SILVA SANTOS.....

PARTICIPANTES DO DEREG

MATHEUS DE CARVALHO POPIEL