

**ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO
DO COMPLEXO HOSPITALAR DOS ESTIVADORES – 24-05-2019
AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DO POA - 2º QUADRIMESTRE**

PROCESSO Nº 117938/2015-72

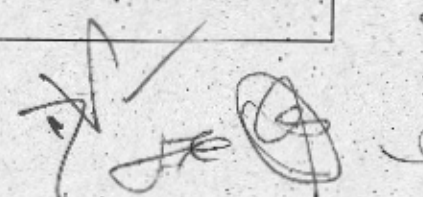
ASSUNTO: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2016

OBJETO: Avaliação dos Indicadores do Plano Operativo Anual (POA), alusivos ao 2º quadrimestre do Contrato de Gestão (Janeiro a Abril/19)

No dia 24 de Maio de 2019, às 09:10 horas, na Sala de Reuniões do Gabinete da SMS, reuniram-se os presentes, ao final assinados, para avaliação das metas do Contrato de Gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores, conforme indicadores a seguir elencados:

Indicadores de desempenho					STATUS DO INDICADOR SEGUNDO INFORMAÇÃO DO HOSPITAL
Nº	Indicadores	Ação	Meta	Fonte de verificação	
1	Comissão de Humanização	Manter a comissão de humanização em funcionamento de acordo com a política nacional de humanização do SUS.	Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Planejamento e relatório quadrimestral das ações desenvolvidas e seus resultados elaborados e apresentados pelo Hospital	Apresentado pela instituição Plano Institucional de Humanização de 2019 com relatório de atividades programadas para o exercício, as Atas das reuniões já efetuadas, inserções de humanização dentro das metas de segurança e o início das atividades do serviço de voluntariado, onde restou comprovada a execução de 100% das ações planejadas para o

					quadrimestre e atendimento ao indicador.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: Apresentado documentação com todas as atividades efetuadas. A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					
2	Serviço de atendimento ao usuário	Manter em funcionamento o setor de Ouvidoria garantindo amostragem de no mínimo 1% do número total de atendimento/mês.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Apresentar 97% de satisfação positiva definida anteriormente. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Relatório consolidado dos dados resultantes do instrumento, mês a mês, apresentado pelo Hospital.	Foi apresentado pela Instituição o painel de monitoramento dos indicadores com os seguintes números de pesquisas efetuadas: Janeiro: 377 (10,50%) Fevereiro: 458 (11,33%) Março: 293 (8,82%) Abril: 235 (9,53%) com percentual de satisfação positiva (ótimo / bom): 94,94% em Janeiro, 95,21% Fevereiro, 95,18% Março e 97,19% em Abril de satisfação positiva (Ótimo / Bom). Média no quadrimestre: 95,63% A instituição informa que a maior reclamação continua sendo ruído, que acaba sendo inevitável devido à necessidade de movimentação dos carrinhos nos corredores.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A Comissão atribui atendimento parcial do indicador, tendo em vista a média apresentada de 95,63%.					

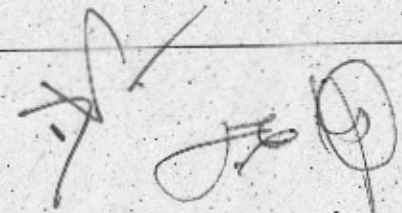


PONTUAÇÃO: 15 PONTOS.

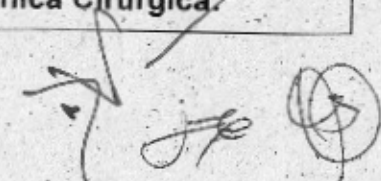
3	Atividades de educação permanente.	Manter em funcionamento a área de Educação Permanente.	Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua.	Plano de trabalho com calendário das atividades realizadas no período e lista de presença apresentados pelo Hospital.	Apresentado programação de treinamento Anual, documentação de todas as atividades já realizadas e lista de presença. Foram apresentados os seguintes números: Número de Hora / Homem / Treinamento Geral: Janeiro: 3,32 Fevereiro: 2,47 Março: 9,19 Abril: 2,15 Número de Hora / Homem / Treinamento Assistencial Janeiro: 3,01 Fevereiro: 1,70 Março: 6,44 Abril: 1,75
---	------------------------------------	--	---	---	--

AValiação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS

4	Integração com o Complexo Regulador Municipal	Estabelecer comunicação em tempo integral com a equipe de Regulação Municipal.	1º, 2º e 3º quadrimestre: Manter a alimentação do SISREG em tempo real e realizar reunião mensal com o Dereg para pactuações e alinhamentos.	Informação prestada pela Central de Regulação e consulta ao SISREG.	Foram realizadas reuniões mensais com o Dereg/SMS conforme Atas das reuniões apresentadas e confirmada pela Chefe do Dereg.
---	---	--	--	---	---



		Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100 pontos Abaixo de 100% não pontua																
	Disponibilizar leitos de internação para a Central de Regulação Municipal conforme pactuação da SMS	Solicitar 100% das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) por meio do SISREG, alimentada e acompanhada em tempo real. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100 pontos Abaixo de 100%: não pontua	Informação prestada pela Central de Regulação e consulta ao SISREG.	A instituição solicitou 98,8% das AIH em por meio do SISREG durante o quadrimestre, conforme informação apresentada pelo Dereg/SMS.														
	Realizar o numero de saídas hospitalares pactuadas e reguladas pela Central de Regulação Municipal	1º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clinica obstétrica</td><td>1007</td></tr><tr><td>Clinica Médica</td><td>972</td></tr><tr><td>Clinica cirúrgica Eletiva</td><td>192</td></tr></table> 2º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clinica obstétrica</td><td>1007</td></tr><tr><td>Clinica Médica</td><td>1100</td></tr><tr><td>Clinica cirúrgica Eletiva</td><td>288</td></tr></table> 3º quadrimestre: realizar as saídas hospitalares como se segue: <table><tr><td>Clinica obstétrica</td><td>1007</td></tr></table>	Clinica obstétrica	1007	Clinica Médica	972	Clinica cirúrgica Eletiva	192	Clinica obstétrica	1007	Clinica Médica	1100	Clinica cirúrgica Eletiva	288	Clinica obstétrica	1007	Relatório do processamento do SIH/MS e SISREG pelo Dereg/SMS	Número de saídas apresentadas em relatório pelo Dereg. Clinica Obstétrica: Janeiro: 222 Fevereiro: 174 Março: 180 Abril: 248 Total: 824 (81,83%) Clinica Médica: Janeiro: 183 Fevereiro: 144 Março: 114 Abril: 164 Total: 605 (55%) Clinica Cirúrgica:
Clinica obstétrica	1007																	
Clinica Médica	972																	
Clinica cirúrgica Eletiva	192																	
Clinica obstétrica	1007																	
Clinica Médica	1100																	
Clinica cirúrgica Eletiva	288																	
Clinica obstétrica	1007																	



			Clínica Médica	1100		Janeiro: 12
			Clínica cirúrgica	366		Fevereiro :37
			Eletiva			Março:41
			Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 150 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 90 pontos Abaixo de 70% não pontua			Abril: 4
						Total:94 (32,64%)
						Apresentando a seguinte média geral 56,49%

AValiação DO INDICADOR:

Quanto ao subitem 1, a Comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 100 PONTOS.

Quanto ao subitem 2, a Comissão atribui o não atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 0 PONTOS.

Quanto ao subitem 3: A comissão aceita a justificativa colocada pela entidade e atribui pontuação integral a meta.
(manifestação realizada as fls. 14/15)
PONTUAÇÃO: 150 PONTOS

TOTAL (SOMATORIA DE TODOS OS SUBITEMS): 250 PONTOS

CPBmm
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



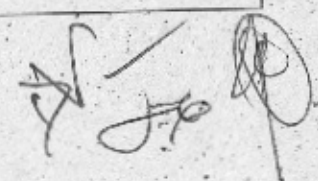
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde – GAB/SMS

5	Comissão de Revisão de Prontuário	Manter a comissão de revisão de prontuário em funcionamento, com amostragem de no mínimo 0,5% da produção do quadrimestre.	Atingir 85% de resultados positivos nos critérios estabelecidos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatórios mensais executados emitidos pelo Hospital.	Número de prontuários avaliados: Janeiro 40 (10,23%) Fevereiro: 42 (10,07%) Março: 40 (10,00%) Abril: (10,22%) O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador comprovando que 100% das atividades programadas foram efetuadas.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS					
6	Comissão de Revisão de Óbito	Manter a Comissão de Revisão de óbito em funcionamento.	Analisar 100% dos prontuários de óbitos apontando sugestões para a melhoria da qualidade do prontuário Médico e do preenchimento do Atestado de Óbito. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do período emitido pelo Hospital.	Avaliados 100% dos prontuários de óbitos conforme relatório com os seguintes números: Janeiro: 02 óbitos fetais 15 óbitos adultos. Fevereiro: 06 óbitos fetais 01 óbito neonatal 24 óbitos adulto

[Handwritten signatures and initials]

					Março: 03 óbitos fetais 02 óbitos neonatais, 19 óbitos adultos Abril: 01 óbito fetal, 01 óbito neonatal, 19 óbitos adultos.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 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 em vigor.	Apresentar ata das reuniões apontando as intervenções adotadas e as informações transmitidas a Vigilância Epidemiológica. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	Atas das reuniões da comissão. Resultado dos indicadores encaminhados à Vigilância Epidemiológica pelo Hospital.	Apresentada as Atas das reuniões e as informações transmitidas a Vigilância conforme estipulado pelo indicador. Taxa bruta Janeiro: 1,76% Fevereiro: 0,83% Março: 2,81% Abril: 1,63% Ficando, portanto, abaixo da meta estipulada 5%.
AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 20 PONTOS.					





Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde – GAB/SMS

		Total de exames efetuados:	
		Janeiro:	
		USG: 617	
		ECG: 595	
		ECO: 268	
		Endoscopia: 247	
		Colonoscopia: 68	
		Raio X: 306	
		Fevereiro:	
		USG: 651	
		ECG: 655	
		ECO: 215	
		Endoscopia: 237	
		Colonoscopia: 38	
		Raio X: 721	
		Março:	
		USG: 558	
		ECG: 62	
		ECO: 298	
		Endoscopia: 229	
		Colonoscopia: 81	
		Raio X: 744	
		Abril:	
		USG: 610	
		ECG: 35	
		ECO: 309	
		Endoscopia: 161	
		Colonoscopia: 60	
		Raio X: 707	
		Relatório do processamento do SIA/MS pelo DEREG/SMS	
		2º quadrimestre:	
		USG: 2.944	
		ECG: 2.560	
		ECO/Doppler: 1.536	
		Endoscopia: 2.112	
		Colonoscopia: 704	
		Raio X: 6.400	
		3º quadrimestre:	
		USG: 5.504	
		ECG: 2.560	
		ECO/Doppler: 1.536	
		Endoscopia: 2.112	
		Colonoscopia: 704	
		Raio X: 7.040	
		Disponibilizar agendar de SADT pactuado.	
		1º quadrimestre:	
		USG: 2.560	
		ECG: 2.560	
		ECO/Doppler: 1.536	
		Endoscopia: 1.920	
		Colonoscopia: 640	
		Raio X: 3.840	
		Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 150 pontos. Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 90 pontos Abaixo de 70% não pontua	
8	SADT EXTERNO		

[Handwritten signature]

Total quadrimestre:
USG: 2.436
ECG: 1.347
ECO: 1.090
Endoscopia: 874
Colonoscopia: 247
Raio X: 2.478

AValiação do Indicador:

PONTUAÇÃO: 150 PONTOS

09	Taxas Hospitalares	Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH	Manter a TOH da clínica obstétrica e clínica médica igual ou superior a 85%. Pontuação Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 85% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 85% não pontua	Relatório do SISREG	Média Quadrimestre: 64,02% Clínica Médica: 45,9% Clínica Obstétrica: conforme relatório apresentado pelo Dereg – SISREG
		Tempo Médio de Permanência- TMP	Manter o TMP da clínica obstétrica em 04 dias, da Clínica Médica em até 07 dias e da Clínica Cirúrgica em 05 dias Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do SISREG	Média Quadrimestre: 14,8 Clínica Médica: 2,3 Clínica Cirúrgica: 3,7 Clínica Obstétrica: conforme relatório apresentado pelo Dereg – SISREG A instituição informa que o grande problema referente à taxa elevada



				é decorrente de pacientes em vulnerabilidade social, que permanece hospitalizado por longos períodos. Também é informado que os pacientes regulados pelo CROSS apresentam uma taxa muito elevada de permanência em comparação aos pacientes regulados pela rede municipal
	Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH	Manter a TMH inferior a 4% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 40 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório emitido pelo Hospital	Janeiro:3,60% Fevereiro:5,07% Março:5,37% Abril:7,30% Média 5,33% Ficando acima da meta de até 4% A instituição justifica a complexidade dos casos encaminhado ao CHE
	Taxa de Mortalidade Institucional - TMI	Manter a TMI inferior a 4% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 40 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório emitido pelo Hospital	Janeiro:2,88% Fevereiro:4,87% Março:5,12% Abril:6,20% Média 4,77% Ficando acima da meta de até 4% A instituição justifica a complexidade dos casos encaminhado ao CHE
	Taxa de Reinternação – TR, em 30 dias	Manter a TR inferior a 5% Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 40 pontos	Relatório emitido pelo Hospital	Janeiro:3,60% Fevereiro:3,45%

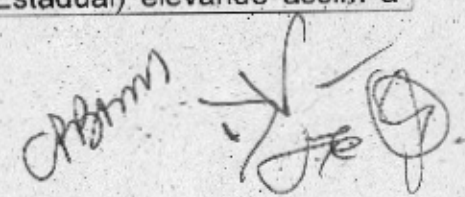
		Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 15 pontos Abaixo de 70% não pontua		Março: 3,32% Abril: 2,55% Média 3,23% Ficando abaixo da meta de até 5%
	Taxa de Parto Cesáreo - TPC	Manter a TPC inferior a 35% para as gestações de alto risco. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 40 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do processamento do SIH/MS pelo Dereg/SMS	Janeiro: 41,36% Fevereiro: 33,81% Março: 36,25% Abril: 40% Média: 37,85% Ficando acima da meta de até 35%
		Apresentar 100% de CID secundário nas AIH dos partos cesáreos Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 20 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 10 pontos Abaixo de 70% não pontua	Relatório do processamento do SIH/MS pelo Dereg/SMS	Janeiro: 79 Fevereiro: 47 Março: 58 Abril: 90 Indicador 100% alcançado conforme relatório apresentado pelo Dereg.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR:

9.1 A comissão aceita a justificativa colocada pela entidade e atribui pontuação integral a meta. (manifestação realizada as fls. 14/15)

PONTUAÇÃO :50 PONTOS.

Subitem 2 – A comissão entende que o indicador foi parcialmente atendido, tendo em vista que a instituição manteve a taxa de permanência da Clínica Obstétrica e da Clínica Cirúrgica dentro do estabelecido, sendo que a comissão aceita as justificativas elencadas pela entidade quanto ao quesito da Clínica médica na qual, reconheceu a dificuldade nos casos apontados pelos pacientes internados de vulnerabilidade social e os pacientes que são admitidos via CROSS (Estadual) elevando assim a



permanência superior ao estipulado na meta não tendo a entidade capacidade singular da resolutividade nesse quesito.
PONTUAÇÃO: 15 PONTOS

Subitem 3 - A comissão entende como atendimento parcial ao indicador.
PONTUAÇÃO: 15 PONTOS

Subitem 4 - A comissão entende como atendimento parcial ao indicador.
PONTUAÇÃO: 15 PONTOS

Subitem 5: Taxa de reinternação: apresentado pelo hospital, dentro do painel de indicadores taxa inferior a 5% atingindo integralmente a meta.
PONTUAÇÃO: 40 PONTOS

Sub item 6.1: A comissão entende como atendimento parcial ao indicador.
PONTUAÇÃO: 10 PONTOS

Subitem 6.2: Além disso, apresentar 100% de CID secundário na AIH de parto cesariano. Nesse aspecto, o hospital apresenta o relatório do SISREG em atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 20 PONTOS

PONTUAÇÃO TOTAL: 165 PONTOS

10	Padronização de fluxo, acesso e cuidado	Construir Protocolo de Acesso e Protocolo Assistencial, junto ao Departamento de Regulação Municipal	Implantar Protocolo nas áreas de Acesso e Assistencial na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica (de acordo com o Plano de Pactuação da rede Cegonha Regional), unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal. 1º quadrimestre: Apresentar no mínimo 50% dos protocolos	Apresentação dos Protocolos pelo Hospital	O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador para comprovação do seu atendimento.
----	---	--	---	---	--

[Handwritten signatures and initials]

			instituídos. 2º e 3º quadrimestre: Apresentar 100% dos protocolos instituídos. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 25 pontos Abaixo de 70% não pontua		
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DO INDICADOR: A comissão atribui atendimento integral ao indicador:
PONTUAÇÃO: 50 PONTOS.

11	Gestão da Clínica/Leitos	Qualificar o gerenciamento do cuidado por sítios assistenciais, monitorando o cuidado prestado ao paciente	1º quadrimestre: Aplicação da metodologia KANBAN como ferramenta adaptada para gestão na Clínica Médica. 2º quadrimestre: Aplicação da metodologia para gestão de leitos na Clínica Obstétrica. 3º quadrimestre: Aplicação da metodologia para gestão de leitos na Clínica Cirúrgica Apresentar 100% da ação	-Relatório emitido pela Instituição	O Hospital apresentou toda a documentação estabelecida no indicador para comprovação do seu atendimento.
----	-----------------------------	--	---	---	---

Handwritten signatures and initials:
 [Signature] [Signature] [Signature]

			no quadrimestre		
			Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 pontos Atingiu de 99% e 70% da meta pontua 25 pontos Abaixo de 70% não pontua		

AVALIAÇÃO DO INDICADOR A comissão atribui atendimento integral ao indicador:

PONTUAÇÃO: 50 PONTOS;

Quanto aos itens 4.3, 8 e 9.1, Sr. Denis relembra que em Janeiro /19 houve a suspensão do convênio com o Estado, o que ocasionou a falta de repasse de recursos financeiros à instituição; em grande parte atribuída ao governo do Estado, impactando diretamente na prestação do serviço, pois com esta ausência de repasse, a instituição não conseguiu honrar com o pagamento aos serviços terceirizados, adquirir materiais médico / hospitalares e medicamentos entre os demais serviços prestados na unidade na qual impactaram diretamente na assistência hospitalar, plena e integral de seus usuários e consequente redução no número de saídas hospitalares, lembrando ainda, que não houve fechamento das portas do hospital, mas uma redução na admissão dos pacientes por ausência de condições técnicas por falta de repasses mensais de verbas estaduais e focando na admissão dos pacientes mais graves.

Foram efetuados os seguintes repasses nos meses de Janeiro a Abril:

	jan	fev	mar	abr
contrato gestão	R\$ 9.400.000,00	R\$ 9.400.000,00	R\$ 9.400.000,00	R\$ 9.400.000,00
fonte 01			-R\$ 1.829.804,63	-R\$ 1.000.000,00
fonte 02	-R\$ 6.966.665,40		-R\$ 950.000,00	R\$ 1.082.811,66
fonte 05	-R\$ 1.087.179,37	-R\$ 1.087.179,37	-R\$ 1.087.179,37	-R\$ 1.087.179,37
A pagar:	R\$ 1.346.155,23	R\$ 8.312.820,63	R\$ 5.533.016,00	R\$ 6.230.008,97

Com a assinatura do novo convênio com o Governo do Estado no mês de Maio/19, onde ficou estipulado o repasse mensal de R\$ 4.500.000,00 Estadual, com recebimento de três parcelas duplicadas, a partir da assinatura do convênio, para compensação dos meses anteriores considerando efeito retroativo a Fevereiro de 2019. Ficou definido que serão repassados R\$ 4.500.000,00 a título de

CPBmm
[Handwritten signatures]

quitação dos valores em abertos à instituição, nos meses de Fevereiro a Abril/19, portanto dos R\$ 21.422.000,83 devidos ao ISHAOC, serão pagos apenas R\$ 13.500.000,00, ou seja, apenas 63,02% do saldo devido de repasses de custeio a Organização social.

Portanto a comissão entende que a falta de repasse na sua totalidade contribuiu diretamente na prestação de atendimentos hospitalares e no cumprimento parcial do serviço de exames subsidiários e diagnósticos externos o que justifica o atendimento integral aos indicadores 4.3, 8 e 9.1, na qual aceitou a justificativa da entidade sendo a mesma não foi causadora do problema apontado na qual por força maior (ausência de repasse mensal) teve total prejuízo na sua prestação de serviço na unidade.

Com isso, a comissão entende que não deverá incidir desconto nas pontuações estabelecidas nas metas 4.3, 8 e 9.1.

A somatória dos indicadores totaliza 780 pontos, por onde aferimos que o enquadramento do cumprimento de metas para o disposto no parágrafo quinto da cláusula quinta do Contrato de Gestão perfaz o percentual do valor da parte variável de 100% (cem por cento)

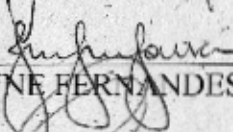
Nada mais sendo exposto, no silêncio, foi encerrada a presente reunião as 11:00 horas, sendo a presente Ata vista e assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

PELA COMISSÃO:


DENIS VALEJO CARVALHO


ALEXANDRA OLIVEIRA DE ANDRADE NUNES


MARCO SERGIO NEVES DUARTE


JAKELYNE FERNANDES DE SOUZA


ARIANA JULIAO RAMOS GAMEIRO

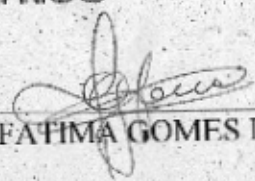
CHBmm


JF



Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde – GAB/SMS



MARIA DE FÁTIMA GOMES DE SOUZA

Fúrias

MARCIA SUCOMINE

J. Primo

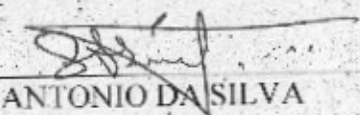
MICHELE DARQUE PINHEIRO

Cristiane Pacheco Boms

CRISTIANE PACHECO BOMS

Fúrias

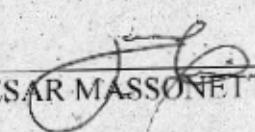
ELOISA FRAGA LOPES GALASSO



LUIS ANTONIO DA SILVA

IDRENO DE ALMEIDA

PELO HOSPITAL:



JULIO CESAR MASSONETTO

LUCILENE DOS SANTOS DANTAS