

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2019

OBJETO: AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 081/2020 PARA GERENCIAMENTO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO E ESTIMULAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO - DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL DO ALCANCE DE METAS E RESULTADOS REFERENTE AOS MESES DE MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO DE 2023 (2º QUADRIMESTRE/2023).

No dia 19 de outubro de 2023, às 11:00, na Sala de Reuniões da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, presentes os membros da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, subscritores da lista, anexa.

Dando início aos trabalhos, o Sr. Denis relata que a presente reunião tem como escopo realizar a avaliação quadrimestral do POA, referente aos meses de maio, junho, julho e agosto de 2023 conforme justificativas acima citadas acima, conforme segue:

INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS				
Nº	INDICADORES	AÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
01	COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	Apresentar as atividades propostas para o exercício, tendo como foco todas as práticas humanizadas de assistência	Executar 100% das atividades propostas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos; Entre 99% e 79% da meta, 10 pontos; Abaixo de 79%, não pontua.	Relatório descritivo demonstrando as ações desenvolvidas pelo Organização Social.

Foram apresentadas as atas e lista de presença das reuniões realizadas da Comissão de Humanização nos dias: 30/05, 27/06, 25/07, e 29/08/2023.

Maio: Semana da Família: comemoração da semana da família com roda de conversa com as famílias sobre o tema e entrega de necessaire customizadas pelos atendidos; Palestra Nutrição e Fonoaudiologia: palestra gratuita, direcionada aos responsáveis e cuidadores dos atendidos, sobre a importância alimentar no tempo correto x mastigação; Fórum Intersectorial: participação da diretoria institucional no I Fórum Intersectorial Educação/Saúde/SEPEDI com tema "A Importância da Rede de Proteção na Inclusão com o Trabalho Intersectorial" realizado em Caraguatatuba, apresentando a articulação em rede referente ao TEA no município de Santos.

Junho: Podcast: participação da diretoria institucional no podcast "Praia Nossa" e "Programa 100 Pauta" apresentando o trabalho desenvolvido na Clínica Escola do Autista; Skate Terapia: firmado acordo com o Projeto Skate Terapia para a promoção de ações para o desenvolvimento e execução de atividades voltadas à pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, executadas pelo Rotary Club de Santos-Monte Serrat, nas dependências do Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento-CREN, gerido pela USC Saúde, resguardando no mínimo 10(dez) vagas para os usuários atendidos na unidade. O projeto foi exibido no Programa "Vai Nessa" da TV Tribuna; Festa Junina: realizada Festa Junina na unidade para usuários e familiares, com brincadeiras e comidas típicas, utilizando a situação como oportunidade de ensino referente situações cotidianas, aumentando repertório dos usuários, através de vivências sociais e coletivas; Orgulho Autista: realizado a "II Exposição Arte e Música", em comemoração ao Orgulho Autista (18/06), o evento contou com exposição de artes plásticas produzidas pelos usuários durante as terapias, apresentação

da Banda "Inclui USC" formada por usuários atendidos no CREN (sob coordenação do musicoterapeuta) e da Banda do Lar das Moças Cegas, houve ainda lançamento do livro "Lamento do Rei Amarelo", escrito pelo usuário Fernando Cristóvão, essas atividades sociais fazem parte do planejamento de intervenção, proporcionando vivências de atividade cotidianas e ambiente controlado, o evento foi exibido na TV Santa Cecília; Projeto Ecotea: projeto com o objetivo de ensinar os cuidados com a preservação do meio ambiente e incentivar ações contínuas e cada vez mais abrangentes estimulando a linguagem, artes visuais, matemática, movimento, socialização e música, os usuários produziram brinquedos a partir de materiais reciclados que foram apresentados na II Exposição Arte e Música, familiares, responsáveis e cuidadores puderam levar, como lembrança, os materiais produzidos pelos usuários; Fórum, promovido de Acessibilidade: participação dos profissionais da unidade no 2º Fórum de Acessibilidade, promovido pelo Grupo Inclusão para Todos, na Câmara Municipal de Santos; Lançamento Frente Parlamentar: participação no Lançamento Frente Parlamentar do Estado de São Paulo na ALESP, com o Secretário Municipal de Saúde, Adriano Catapreta; Reavaliação Encerramento Período Terapêutico: durante o mês de junho foi realizado o encerramento do período terapêutico, sendo que aproximadamente 30 usuários foram liberados.

Julho: Plano Terapêutico Singular: no mês de julho elaborados novos Planos Terapêuticos Singulares para todos os usuários em intervenção na unidade; Palestra: participação da Diretoria Institucional em mesa redonda realizada pela UNIFESP, apresentando o trabalho desenvolvido na Clínica Escola do Artista, evento aberto ao público.

Agosto: Planejamento Familiar: reunião com familiares, responsáveis e cuidadores para apresentação do Planejamento Familiar para o segundo semestre; ODS Santos 2023: participação na palestra "ODS Santos 2030 – Construindo Juntos a Cidade que Queremos", apresentada pelo Chefe de Departamento de Políticas Públicas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Prefeitura de Santos, Fábio Tatsubô, realizada na AIS Gota de Leite, promovida pela Rede Sementeira.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 40 Pontos.

02	SERVIÇO DE ATENDIMENTO/ SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	2.1 Realizar pesquisa de satisfação do usuário garantindo amostragem mínima de 40% do número total de atendimentos /mês.	Apresentar o relatório consolidado, mantendo a meta mínima de 80% de satisfação positiva Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 5 pontos Abaixo de 89% da meta, não pontua.	Relatório consolidado mês a mês constatando a pesquisa de satisfação e tipos de queixas agrupados por eixos tais como: tempo de espera, ambiência, higiene, relação profissionais x clientes, assistência e outros, apresentados pela Organização Social.
		2.2 Estabelecer atendimento ao usuário durante o funcionamento da unidade.	Responder 85% das queixas encaminhadas ao CREN em até 72h (setenta e duas) horas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos;	

			Entre 99% e 89% da meta, 5 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	
--	--	--	--	--

2.1 – Apresentado os seguintes dados:

Maio: 60 pesquisas aplicadas – 80,22% do total de 150 atendimentos
Junho: 60 pesquisas aplicadas – 81,56% do total de 150 atendimentos
Julho: 60 pesquisas aplicadas – 89,67% do total de 150 atendimentos
Agosto: 60 pesquisas aplicadas – 80,78% do total de 150 atendimentos

Total: 240 pesquisas realizadas no período – Média 83,06%
 *Os usuários do serviço foram consultados sobre interesse no atendimento noturno, foram aplicados 240 pesquisas e 49,17% tem interesse nessa modalidade de atendimento

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 40 Pontos.

2.2 - Apresentado os seguintes dados:
 No período foram 05 ouvidorias: 01 falta de vagas (GAB SMS); 01 atendimento odontológico – CEO; 02 morosidades no atendimento; 01 continuidade de tratamento. Todas as queixas foram respondidas dentro do prazo estabelecido de 72 horas.
 *Vale ressaltar que a queixa registrada pelo GAB SMS não foi encaminhada para a unidade dentro do prazo estipulado a unidade só foi notificada em 22/06/2023.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador,
PONTUAÇÃO: 40 Pontos.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.
PONTUAÇÃO TOTAL: 80 Pontos.

03	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA	Manter em funcionamento a área de educação permanente e continuada na unidade	Realizar 100% das atividades programadas para o período. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 30 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 15 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório das atividades desenvolvidas previstas para o período apresentado pela Organização Social
----	---	---	---	---

Foram realizados os seguintes cursos:

Maio: Cursos de Graduação e Pós em ABA; Capacitação em aplicação do ABA; Supervisão – Psicólogos; Supervisão – Profissionais Técnicos; Supervisão – Terapeutas Ocupacionais; Equipe Técnica – Webinar – Plano de Atendimento Individual.

Junho: Cursos de Graduação e Pós em ABA; Capacitação em aplicação ABA; Supervisão – Psicólogos; Supervisão – Profissionais Técnicos; Supervisão – Terapeutas Ocupacionais.

Julho: Cursos de Graduação e Pós em ABA; Capacitação em aplicação ABA; Supervisão – Psicólogos; Supervisão – Profissionais Técnicos; Supervisão - Terapeutas Ocupacionais.

Agosto: Cursos de Graduação e Pós em ABA; Capacitação em aplicação do ABA; Supervisão – Psicólogos; Supervisão – Profissionais Técnicos; Supervisão - Terapeutas Ocupacionais; Curso de Habilidades Básicas – CEI Desenvolvimento Humano, Curso Supervisão e Liderança Intensivo de Treinamentos (Princípios ABA, Preenchimento Protocolo CEI, Gestão do Tempo e Organização da Rotina do Trabalho, Aplicação VB-MAPP, Manejo de Comportamentos Inadequados, Aplicação dos Protocolos de Atendimento: Como fazer? A importância da Interdisciplinaridade e da Comunicação Interna, Orientação parenteral nas devolutivas, Correção Vineland).

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento parcial ao indicador.

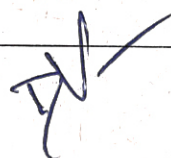
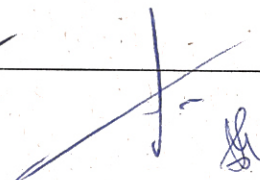
PONTUAÇÃO: 15 Pontos.

Justificativa: Houve no período capacitações, treinamentos e supervisão aos profissionais através de documentos emitidos por prestadores de serviços, mas constam documentos sem assinaturas do prestador e alguns sem especificar os nomes e a quem o curso foi ministrado, o que demonstra que o indicador foi atingido parcialmente.

04	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	4.1 Disponibilizar as agendas de consultas	Fornecer 100% das agendas ambulatoriais dentro do prazo estipulado (60 dias prévio). Pontuação: Atingiu 100% da meta, 90 pontos; Entre 99% e 89% da meta, pontua 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN através do Departamento de Regulação Municipal.
		4.2 Garantir o armazenamento das informações em prontuário eletrônico.	Registrar 100% do atendimento no sistema INTEGRA SAÚDE. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 60 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 20 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN (consulta ao Sistema Oficial INTEGRA SAÚDE) através do Departamento de Regulação Municipal
		4.3 Garantir a inserção de	Inserir 100% dos pacientes nas suas respectivas filas de espera.	

		100% dos pacientes nas listas de espera de consultas dentro do sistema INTEGRA SAÚDE.	Pontuação: Atingiu 100% da meta, 60 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 20 pontos; Abaixo de 89%, não pontua	
4.1- Indicativo a ser verificado pelo Dereg Data de disponibilização das agendas no prazo estipulado. Maio: 09/03/23 Junho: 06/04/23 Julho: 11/05/23 Agosto: 10/05/23 Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 90 Pontos. 4.2 Relatório apresentado pelo Dereg. Registrado 100% do atendimento no sistema Integra Saúde Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 60 Pontos. 4.3 Relatório apresentado pelo Dereg. Inserido 100% dos pacientes nas listas de espera de exames/procedimentos e consultas dentro do sistema Integra Saúde Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador. PONTUAÇÃO: 60 Pontos. Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento total aos indicadores. PONTUAÇÃO TOTAL: 210 Pontos.				
05	INTEGRAÇÃO COM O DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES	Realizar reunião mensal com o Departamento de Atenção Especializada	Manter Reunião Mensal. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos; Abaixo de 100%, não pontua	ATA de reuniões efetuadas e apresentadas pelo CREN.
Reunião com o DEAESp: Maio: 31/05/2023 Junho: 28/06/2023 Julho: 26/07/2023 Agosto: 30/08/2023				





Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO TOTAL: 50 Pontos.

06	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO	Garantir a qualidade da informação constante do prontuário	Realizar revisão de 100% (cem por cento) dos prontuários clínicos pela Comissão. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 40 pontos. Entre 99% e 89% da meta, 10 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório mês a mês emitido pela Organização Social.
----	--	--	---	--

Foram observados 100% dos prontuários eletrônicos verificados mensalmente pela equipe multidisciplinar identificando informações completas no MV.

As reuniões desta comissão ocorrem bimestralmente, além das reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes. Neste período a reunião foi realizada no dia 30/05/2023 e 01/08/2023.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o não atendimento ao indicador.
PONTUAÇÃO: 0 Pontos.

Justificativa: Considerando o anexo F, entendemos que não houve relatório emitido mês a mês indicando a revisão de prontuários conforme estabelecido em POA, uma vez que constam somente duas atas, sendo uma referente a 30/05/2023 e outra de 01/08/2023. Além disso, na ata de 01/08/2023 consta a dificuldade em atingir o indicador por "dúvidas quanto ao fluxo e acesso no Sistema MV. Serão realizadas novas estratégias para a revisão e apresentadas em nova reunião". Tal fato indica que não houve a revisão. Portanto, indicamos que o indicador não pontua.

07	PROTOCOLOS CLÍNICOS	Monitorar os protocolos clínicos devidamente pactuados com o Departamento de Atenção Especializada	Monitorar toda programação aprovada pelo DEAESp quanto aos protocolos clínicos, de acesso e linhas de cuidado. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 10 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Planilha apresentando os protocolos definidos e sua metodologia, executado mensalmente, emitida pela Organização Social e avaliado e ratificado pelo DEAESp
----	----------------------------	--	---	---

Indicativo a ser verificado pelo DEAESp –

Maior a Agosto: Diretrizes técnicas constam no Manual Operacional de Serviços da Clínica Escola do Autista, vigente a partir da publicação da portaria 21/2020-Gab/SMS.

*Foi apresentado relatório mensal de maio a agosto 2023

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento parcial ao indicador.

PONTUAÇÃO: 10 Pontos.

Justificativa: Embora não conste no documento de prestação de contas a planilha apresentando os protocolos clínicos definidos e sua metodologia, executado mensalmente, emitido pela Organização Social, houve a ratificação dos protocolos pelo Departamento de Atenção Especializada.

08	COMISSÕES DE: - GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS - QUALIDADE E SEGURANÇA	Monitorar as atividades propostas para o exercício, visando qualidade e segurança	Executar 100% das atividades propostas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 10 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentadas pela Organização Social.
----	--	---	--	---

Gerenciamento de Resíduos: Para gerenciamento de resíduos, o CREN utiliza contêineres identificados para a destinação de lixo orgânico e inorgânico. O material separado em caixas plásticas (lixeiras identificadas e coloridas) posteriormente embalados em sacos específicos e destinados a coleta pública diária.

Quanto a coleta do resíduo séptico o CREN possui contrato específico com a PROSESAN, seguindo protocolos relacionados ao controle de infecção e legislação vigente.

Qualidade e Segurança: Reuniões da Comissão de Qualidade e Segurança realizadas nos dias 25/05, 29/06, 27/07 e 31/08/2023.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 50 Pontos

09	ATENDIMENTO FAMILIAR	Realizar orientações parentais, de forma periódica, com embasamento na ciência da Análise do Comportamento Aplicada (ABA)	Inserir 100% das ações realizadas no Sistema Integra Saúde e emitir relatório mensal das orientações aplicadas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 50 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 10 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório descritivo das ações emitidas Organização Social avaliado e ratificado pelo DEAESF
----	-----------------------------	---	--	--

Indicativo a ser verificado pelo DEAESF

Avaliação do Indicador:

Psicólogo de Famílias tem o objetivo de promover conteúdo psicoeducativo sobre o Transtorno Espectro Autista, buscando proporcionar conhecimento de forma simples e acessível, a fim de capacitar os

responsáveis sobre os manejos comportamentais necessários para a evolução do quadro clínico dos pacientes. Os atendimentos ocorrem de forma individual e coletiva.

*Foi apresentado relatório mensal de maio a agosto 2023.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 50 Pontos

INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVOS – 1º PERÍODO

Nº	INDICADORES	AÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
01	CONSULTAS MÉDICAS	Disponibilizar consultas médicas conforme metas estratificadas.	Ofertar 240 consultas no quadrimestre pactuadas nas especialidades previstas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 80 pontos; Atingiu entre 99% e 89% da meta, 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN através do Departamento de Regulação Municipal.

Maio: 220

Junho: 219

Julho: 96

Agosto: 150

Total: 685

Apresentados os seguintes dados: Foram ofertadas **685** consultas das **240** para o período, representando 285% do estabelecido

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

02	CONSULTAS NÃO MÉDICAS	Disponibilizar agenda de consultas não médicas conforme teto físico de no mínimo 15.000 consultas no quadrimestre.	Ofertar 100% das consultas não médicas pactuadas. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 80 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN através do Departamento de Regulação Municipal.
----	-----------------------	--	--	---

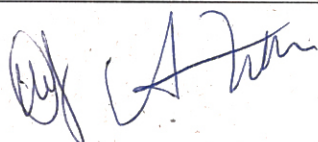
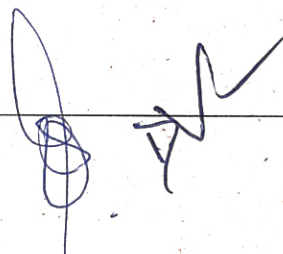
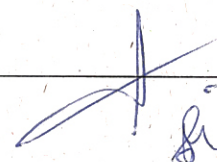
Maio: 6.221

Junho: 6.245

Julho: 5.930

Agosto: 6.283

Total: 24.679


Apresentados os seguintes dados: Foram efetuadas **24.679** consultas não médicas das **15.000** pactuadas para o período, representando 165% do estabelecido.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

03	PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO	Disponibilizar agenda de procedimentos terapêuticos conforme teto físico de no mínimo 60.000 procedimentos no quadrimestre.	Ofertar 100% dos procedimentos terapêuticos pactuados. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 80 pontos. Entre 99% e 89% da meta, 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN através do Departamento de Regulação Municipal.
----	---------------------------------	---	---	---

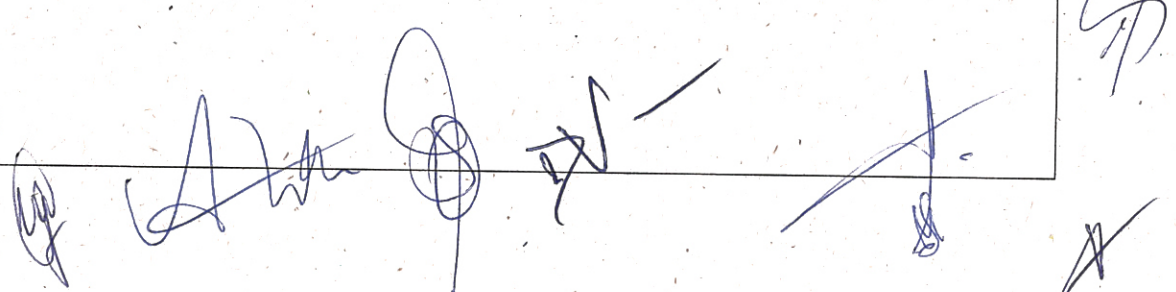
Maio: 17.120
Junho: 16.940
Julho: 17.264
Agosto: 18.192
Total: 69.516

Apresentados os seguintes dados: Foram efetuados **69.516** procedimentos terapêuticos dos **60.000** pactuados para o período representando 116% do estabelecido.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

04	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	Disponibilizar agenda de consultas odontológicas conforme teto físico de 300 no quadrimestre.	Ofertar 300 consultas no quadrimestre pactuadas previamente. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 80 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela SEAGEN através do Departamento de Regulação Municipal.
----	---------------------------------	---	---	---

Maio: 220
Junho: 212
Julho: 232
Agosto: 220
Total: 884



Apresentados os seguintes dados: Foram efetuados **884** atendimentos odontológicos dos **300** pactuados para o período, representando 295% estabelecido.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

05	TRIAGEM DE NOVOS USUÁRIOS	Apresentar relatório quantitativo e nominal consolidado mensal do número de usuários atendidos na triagem da Unidade	Registrar nome, data e referência/contra referência adotada aos pacientes triados. Pontuação: Atingiu 100% da meta, 80 pontos; Entre 99% e 89% da meta, 50 pontos; Abaixo de 89%, não pontua.	Relatório comprobatório emitido pela Organização Social.
----	---------------------------	--	---	--

Relatório apresentado pela unidade, contendo o seguintes números:

Maio:

Pacientes atendidos: 39

Absenteísmo: 17

Junho:

Pacientes atendidos: 37

Absenteísmo: 13

Julho:

Pacientes atendidos: 30

Absenteísmo: 15

Agosto:

Pacientes atendidos: 30

Absenteísmo: 21

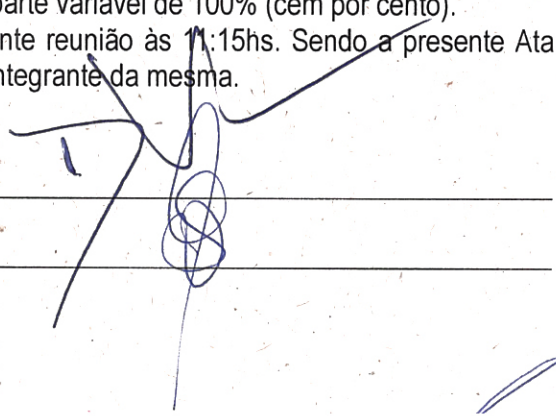
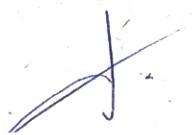
Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

A **somatória dos indicadores totaliza 905** (novecentos e cinco) pontos dos 1.000 (um mil) pontos totais, 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 às 11:15hs. Sendo a presente Ata assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

DENIS VALEJO CARVALHO – Presidente

ALEXANDRA OLIVEIRA DE A. NUNES – Suplente



PREFEITURA DE
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE E GESTÃO
ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA

LUIZ CARLOS ESPINDOLA JÚNIOR – Membro

ALESSANDRA DE ZUTTER – Suplente

MARCO SÉRGIO NEVES DUARTE – Membro

MARIA DE FÁTIMA GOMES DE SOUSA – Suplente

SANDRO LUIZ FERREIRA DE ABREU – Membro

MARIANA CARDOSO MAIA TRAZZI – Suplente

ELOISA FRAGA GALASSO – Membro

FLÁVIA MENDES DE SOUZA – Suplente

LUIZ ANTONIO DA SILVA – Conselho Municipal

IDRENO DE ALMERIDA – Suplente Conselho Municipal

FELIPE CALIL DIAS – Convidado

CATIANA LEME BRAGA – Convidada

USC SAÚDE

THAMIREZ FIGUEIREDO

LUCIANA PATRIOTA RIBEIRO

ARTUR FONTES

Alessandra de Zutter

Marco Sérgio Neves Duarte

Mariana Cardoso Maia Trazzi

Flávia Mendes de Souza

Idreno de Almerida

Catiana Leme Braga

Thamirez Figueiredo

Luciana Patriota Ribeiro

Artur Fontes

4