

ATA DE REUNIÃO DO CONSELHO DELIBERATIVO DO TRT5 – SAÚDE DE 10/06/2019

Aos dez dias do mês de junho do ano de dois mil e dezenove, às 10 horas e 30 minutos, no Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, situado na Rua Bela Vista do Cabral, 121, Edifício Presidente Coqueijo Costa, Nazaré, Salvador – BA, na sala de Sessões das Turmas – 2º andar, foi iniciada reunião do Conselho Deliberativo do TRT5-Saúde, conforme pauta divulgada em 06 de junho de 2019, estando presentes os seus integrantes: Vice-Presidente do TRT5, Desembargadora Débora Maria Lima Machado, Presidente do Conselho Deliberativo; Desembargadora Maria das Graças Oliva Boness, Representante dos Desembargadores; Juiz Arnaldo de Oliveira, Representante dos Magistrados; José Sestelo, Representante dos Servidores, e Edison Emanuel, Representante dos aposentados e pensionistas, além dos Servidores Tarcísio José Figueiras dos Reis, Diretor Geral; Carlos Marinho, Diretor da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF); Solange Maria Galvão Oliveira, representante do Comitê de Saúde do Trabalhador, e Dr. André Araújo, da Coordenadoria de Saúde. Presentes, ainda, os servidores André Liberato de Matos Reis, Taciano Barbosa Vasconcelos, Rogério Salustiano Costa, Jackson Alcântara de Oliveira e Natália de Figueiredo Silva Macedo. Participou da reunião, também, como membro do Conselho Fiscal, a Sra. Maria da Glória Andrade Matos Sousa. A Presidente do Conselho, Desembargadora Débora Machado, abriu a reunião. Em seguida, passou-se, à ordem do dia. Neste momento, Solange pediu a palavra e sugeriu que constasse nas atas, de forma explícita, os votos de cada um dos conselheiros, assim como as abstenções, tendo sido esclarecido, entretanto, que já é adotado este procedimento, constando, nas atas divulgadas e aprovadas, sempre as ressalvas ou abstenções consignadas, assim como os votos divergentes, não havendo sentido registrar aqueles que forem no mesmo sentido. Dra. Débora informou que consta na ata o nome de todos os conselheiros presentes e que, quando a matéria é aprovada, parte-se do pressuposto de que todos os presentes votaram, sendo que as divergências ou ressalvas ficam consignadas. Foi dado seguimento aos itens da pauta, com a análise do primeiro Proad. **Proad 5594/2019 – Contratação de pessoa física, com formação médica, para prestar serviço de assistência técnica pericial no processo nº 1010110-40.2018.4.01.3300, que corre junto à 10ª Vara Federal Cível do Poder Judiciário –** Dra. Débora relatou que verificou que a médica cuja contratação está sendo discutida é credenciada, que a situação requer urgência, que o valor que a ela será pago está compatível com o orçamento e que houve regularidade na escolha da profissional referida, constando do PROAD respectivo a observação de Marinho neste sentido.

Firmado por assinatura digital em 19/06/2019 11:27 pelo sistema AssineJus da Justiça do Trabalho, conforme MP 2.200-2/2001, que instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira. Assinado por DÉBORA MARIA LIMA MACHADO. Confira a autenticidade deste documento em <http://www.trt5.jus.br/default.asp?pagina=autenticidadeDoc> Identificador de autenticação: 10119061902166535034.

Narrou, ainda, que o valor da contratação seria de R\$ 4.000,00. Marinho esclareceu que a vinculação da contratação a recurso privado é um cuidado para evitar a utilização do orçamento para atender aquelas situações especiais. Explicou que, como a médica atuará como perita no mencionado processo, isso poderia dar margem a esta interpretação, razão pela qual, quando Tarcísio solicitou que fosse informada a disponibilidade de dotação orçamentária para este caso, foi feita alusão a recursos privados. Marinho informou ainda que, como a atuação da referida médica no processo visa defender os interesses tanto dos dependentes econômicos quanto dos especiais, se for utilizado o recurso privado já se resguarda contra o questionamento se foi utilizado recurso público para atender interesses daqueles que não fazem parte do rol de dependentes econômicos. Esclareceu, ainda, que esta informação acerca da disponibilidade financeira se encontra no documento 12 do Proad. Dra. Graça questionou qual é a especialidade da médica, tendo sido esclarecido que era neurologista. Dra. Graça ainda trouxe o dado de que já há decisão do STF a respeito do custeio de tratamentos experimentais pelo plano de saúde em casos análogos ao do processo em questão, no sentido do indeferimento. Dra. Débora lembrou que ficou de ser verificada a atuação da Audicare nestas situações, sendo que, neste caso, porque a situação é urgente, o processo é único e o valor está de acordo com o mercado, ressaltou que a demora poderia causar ainda mais prejuízo para a União, sendo necessário verificar, de qualquer sorte, se a indicação destes médicos não está dentro das atribuições da Audicare. André disse que não é atribuição da Audicare, tendo em vista que a auditoria que esta empresa realiza é auditoria de perícia para liberação de procedimento, não atuando na área médica em si, de modo que não comporta parecer médico. Dr. Arnaldo esclareceu que o serviço a ser prestado pela médica contratada seria apenas de quesitação e emissão de parecer, já que atuará como assistente técnica e dificilmente será chamada a comparecer em audiência. Disse, ainda, que o valor é pequeno (de R\$ 4.000,00) e que o interesse justifica a contratação, mas informou que ficou em dúvida, pois não foi identificado no Proad qualquer parecer do Jurídico acerca da contratação, ressaltando que era obrigatória a emissão de parecer prévio, ao menos quando trabalhou no setor de controle interno, apesar de reconhecer que se trata de receita privada. Tarcísio relatou que teve dificuldade de enquadrar a despesa e acabou sendo enquadrada como dispensa e com orçamento privado. Dra. Débora ponderou que foram apresentadas três propostas e que, como era receita privada, não foi realizada licitação, chamando atenção, ainda, para a urgência do caso. Tarcísio informou que a urgência ou emergência já autorizaria o procedimento adotado, sendo recurso público ou privado, e que a questão estaria na

necessidade, ou não, de passar pela Assessoria Jurídica (e não pelo Controle Interno, pois, atualmente, o processo só é encaminhado a este setor após a contratação). Esclareceu, assim, que está em mesa para decidir se é indispensável tal encaminhamento. Com efeito, há dúvida sobre o enquadramento em razão da instrução do processo, uma vez que a forma como foi instruído pelo PAS leva a crer que é hipótese de inexigibilidade de Licitação por conta da especialidade da profissional, não fosse a existência de outros profissionais com a mesma especialidade, o que ensejou o enquadramento como dispensa de licitação. Ponderou que, de toda forma, trata-se de um contrato de interesse da Administração e, em razão disso, deve ser decidido sobre o encaminhamento para a Assessoria Jurídica para essa análise. Dra. Débora questionou se não haveria uma inversão e se não seria melhor passar pelo Jurídico primeiro e em seguida retornar ao Conselho para votação. Tarcísio explicitou que, por conta da urgência/emergência, não há problema nesta inversão, desde que devidamente demonstradas e disse que perguntou a André se havia data marcada para a perícia e este último informou que a perícia ia ser realizada na última terça-feira. Tarcísio reforçou que a atuação da Assessoria Jurídica anterior ao contrato não é indispensável em situação que pode ser enquadrada como emergencial, podendo atuar a qualquer tempo, contanto que haja justificativa no sentido de que o encaminhamento anterior poderia comprometer o interesse público. Portanto, tratando-se de uma situação judicial e de urgência/emergência por conta dos interesses envolvidos, ainda que não seja exclusivamente público, não há problema em encaminhar para a Assessoria Jurídica posteriormente. Dra. Débora questionou o que ocorreria se o parecer da Assessoria Jurídica fosse contrário à contratação. Dr. Arnaldo indagou se não há médico no quadro que possa produzir essa quesitação e foi respondido que não. Dra. Graça ressaltou que a urgência justifica, tendo em vista que, se não for apresentada a quesitação dentro do prazo, o prejuízo pode ser maior futuramente. Dr. Arnaldo, então, perguntou qual era o prazo e se estava correndo. André relatou que já era para ter acontecido a perícia e que a AGU pediu para prorrogar o prazo de apresentação dos quesitos, tendo sido concedido um prazo de 30 dias, mas não soube informar quando acaba o mencionado prazo, tendo acrescentado, ainda, que a AGU encaminhou ofício solicitando o envio dos quesitos assim que fosse terminado o processo de contratação. Dr. Arnaldo perguntou a Tarcísio se este, na condição de Diretor Geral, não tinha como solicitar agilidade na análise pela Assessoria Jurídica. Ele informou que haveria, sim, como solicitar agilidade, mas que a natureza híbrida do contrato exige um maior esforço para a sua condução. Por uma questão de transparência, estamos tentando adotar o procedimento público para dar

lisura ao caso, apesar do não encaminhamento à Assessoria Jurídica para análise. Dra. Débora indagou se todos aprovam a contratação com o encaminhamento posterior à Assessoria Jurídica ou se havia mais ponderações a serem apresentadas. Edson trouxe a questão do benefício com a contratação, e foi ressaltada a importância de haver um assistente técnico neste processo específico a fim de evitar um prejuízo futuro com uma decisão desfavorável ao Plano, condenando-o a garantir um tratamento alternativo extremamente caro e no exterior, com um gasto bastante superior ao valor da contratação, que é de R\$ 4.000,00. Foi levantada a preocupação com a prestação de contas perante o Tribunal de Contas e Marinho observou que, com tratamento semelhante ao que foi dado na contratação de empresa de contabilidade, a situação vai passar pela análise do Conselho Fiscal e até do próprio Controle Interno, que vai averiguar essas contas. Dr. Arnaldo questionou como a AGU resolve quando acontece isso com relação a outros órgãos. Tarcísio trouxe a sugestão de conversar com os planos de autogestão mais próximos para alinhar um posicionamento para as próximas providências que tomarem contra o Plano, e também com a AGU, até para que os juízes federais que tratam desta matéria tenham mais conhecimento de como funciona e possam decidir de uma forma mais real, explicando que não tem uma resposta para a pergunta realizada por Dr. Arnaldo. Sugeriu, então, que fosse realizada reunião com a autogestão da procuradoria do MP, com o pro-social e com a AGU também. Dra. Débora ponderou que seria interessante reunir as dúvidas e formalizar para encaminhar, por meio da própria Presidência, para a AGU, a fim de nos fortalecer quanto ao respaldo jurídico. Dr. Arnaldo obtemperou que a União já deve ter conhecimento de situações como esta, tendo em vista que dificilmente o órgão consegue contratar diretamente no prazo concedido nos processos e Tarcísio informou que há possibilidade, sim, de isso ocorrer e que os mecanismos estão dispostos na Lei nº 8.666. Dr. Arnaldo, neste momento, disse, então, que seria possível encaminhar para a Assessoria Jurídica, mas Tarcísio observou que, neste caso, o problema é que o prazo já está em andamento. Dr. Arnaldo e Dra. Graça ressaltaram que existe uma dificuldade no Conselho para decidir, pois, neste momento, é necessária uma informação que não está disponível quanto ao prazo e a data final para apresentação dos quesitos. Dra. Débora sugeriu que fosse verificado o prazo restante e, com a resposta, haveria uma votação por e-mail e, se fosse o caso, seria possível até mesmo encaminhar para a Assessoria Jurídica. Tarcísio relatou que o parecer da Assessoria Jurídica para a primeira contratação da empresa de contabilidade foi no sentido de que deveria analisar com todos os rigores do procedimento público, ainda que se trate de uma contratação com recurso privado, e que, provavelmente, o Jurídico

seguiria a mesma linha no caso em análise por se tratar de situação semelhante. Dr. Arnaldo questionou se foi dado parecer para não contratar e Tarcísio respondeu negativamente, explicando que, em verdade, eles não opinaram. Dr. Arnaldo sugeriu juntar o parecer da primeira contratação neste Proad para justificar a contratação, considerando a urgência, e indagou se a formatação deste caso é a mesma daquele em que houve o parecer, ou seja, se foram apresentadas três propostas, por exemplo. Dr. Arnaldo ponderou que a situação deve ser analisada mais à frente, pois outras situações vão surgir, e Tarcísio salientou, novamente, a necessidade de conversar com a AGU, o sindicato e outros planos de autogestão de órgãos públicos. Ficou deliberado, então, a autorização para a contratação diante da urgência, considerando a existência de parecer em caso análogo em que houve pronunciamento da Assessoria Jurídica do Tribunal, encaminhando-se, em seguida, para a Assessoria e Controle Interno. O pagamento foi autorizado, assim, com base na urgência e na existência de precedente em caso análogo, cujo parecer foi utilizado como fundamento, devendo o mencionado documento ser anexado e o contrato encaminhado para análise do Jurídico. Ademais, ficou decidido que a Presidência deveria expedir ofício para o ProSocial, MPT e AGU para tentar agendar uma reunião com a finalidade de debater o assunto a fim de adotar um posicionamento para problemas futuros. Dr. Arnaldo sugeriu criar um aditivo no contrato com Audicare para ela indicar um profissional nessas situações, com o acréscimo de um custo para o Plano. Solange ressaltou que teria que verificar se a Audicare tem interesse. Foi dado seguimento ao segundo item da pauta. **Proad 14.316/2018 – Prestação de serviço contábil para o Programa de Assistência Médica à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região - TRT5 SAÚDE.** Dra. Débora ressaltou que a situação em questão é delicada, pois, em verdade, finalizou o prazo do contrato e o serviço continuou sendo prestado. Marinho disse que Durval é o responsável do setor de contabilidade por este contrato (é o diretor da contabilidade). Narrou, ainda, que, neste caso, foram dois os erros do Servidor: primeiro, não acusou o vencimento do contrato e, segundo, aceitou em janeiro a majoração do valor. Marinho informou que a gestão do contrato foi deslocada para a SOF e que já na próxima fatura a contabilidade abateria os valores que foram pagos a maior (aqueles decorrentes do aumento do valor do contrato a partir de janeiro). Dra. Débora opinou no sentido de que seria o caso de até mesmo instaurar um processo administrativo, pois o fato foi muito grave e caberia informar à Presidência para que seja analisado o ocorrido e verificado se é hipótese de instaurar uma comissão para apuração de falta disciplinar pelo Servidor outrora responsável pela gestão do contrato. Dra. Débora chamou atenção para o fato de que há um contrato no plano dos fatos, pois o serviço vem

sendo prestado, sendo que este não se encontra formalizado, não tendo sido analisado sequer o índice do reajuste. Marinho informou que o contrato previa originariamente o INPC o qual foi aplicado sobre o montante contratado de R\$ 3.000,00, alcançando a importância de R\$ 3.506,00; e sugeriu que o valor pago a maior fosse abatido nas próximas faturas, preservando o valor inicial até que novo contrato fosse formalizado, devendo ser observado, como reajuste no montante a ser contratado, apenas a atualização pelo INPC. Solange questionou como esta empresa foi contratada, tendo em vista que, com relação à contratação de médica perita, houve tomada de preço de três empresas. Dr. Arnaldo concordou com Solange no sentido de que, se não há como prorrogar, deve haver todo o procedimento de contratação novamente. Marinho informou que, em 2015, cada conselheiro indicou uma empresa de contabilidade, um fiscal foi visitar e Dr. Arnaldo participou do processo, sendo que foi analisado, à época, o modelo adotado pelo TST. Sestelo questionou quem assina esses contratos e Marinho respondeu que, à época, foi deliberado pelo Conselho e assinado pela sua Presidente, Dra. Nélia, haja vista que a fonte de pagamento decorria dos recursos privados. Marinho relatou que foi até o TST conhecer o procedimento por eles adotado e foi noticiada a existência um grande problema na contratação da empresa de contabilidade, pois esta não possuía a expertise necessária, o que provocou o não fechamento do balanço por dois anos. Dr. Arnaldo obtemperou que foi utilizado como padrão o contrato firmado no TST e Marinho afirmou que este valor tem sido pago desde 2015, sendo que a única previsão de reajuste era aquela pelo INPC. Marinho salientou a importância de uma empresa de contabilidade externa, pois o Plano lida com recursos que necessitam de um rígido controle, sendo necessária uma prestação de contas efetiva, havendo dificuldade com impostos, como ISS, que é cobrado em cada localidade. Além disso, tem também o gerenciador financeiro, pois o Plano precisa de um programa que possibilite o controle das notas fiscais que são encaminhadas pela Saps e depois o controle sobre o pagamento, a consignação bancária. Solange defendeu que deve haver uma tomada de preços com, pelo menos, três empresas, como é feito nos outros casos. Dra. Débora chamou atenção para o fato de que esta empresa acompanha o Plano desde o início e a economia poderia não valer a pena, pois as vezes o valor a menor do contrato com outra empresa pode gerar prejuízos pela falta de conhecimento do funcionamento do Plano. Dra. Débora trouxe novamente a gravidade da conduta do Servidor que é responsável pelo acompanhamento do contrato, que permitiu a continuidade da prestação dos serviços sem a formalização de novo contrato e ainda com o aumento do valor pago. Sestelo esclareceu que não houve alteração dos termos do contrato, apenas do valor, e que seria

interessante analisar se seria o caso de alterar alguma condição do pacto, sendo-lhe informado que há uma minuta no Proad. Dra. Débora ressaltou que a questão deve ser resolvida rapidamente, haja vista que os serviços estão sendo prestados sem a existência de um contrato. Dr. Arnaldo sugeriu que fosse acolhida a ideia de Marinho (pagar o valor originário até a formalização do novo pacto) e esclareceu que a questão a ser decidida seria como fazer com a nova contratação. Edson questionou se há possibilidade legal de renovação e Marinho respondeu que existe, mantendo a mesma justificativa que foi dada na contratação original. Dra. Débora ponderou que o importante é não ficar sem empresa de contabilidade no momento, tampouco manter a prestação de serviços informal como vem ocorrendo, e sugeriu que fosse formalizado um contrato com prazo menor e posteriormente avaliaria a forma de contratação. Além disso, o fato relativo à falta de gestão pelo Servidor outrora responsável pelo contrato deveria ser comunicado à Presidência para adotar as providências que entender cabíveis. O Conselho deliberou, então, para que seja oficiada a Presidência deste eg. Regional relatando o ocorrido. Tarcísio opinou no sentido de que, em relação ao encaminhamento técnico da contratação, deve haver uma licitação, ainda que seja utilizado recurso privado, não sendo hipótese de simples cotação, pois, quando se considera o valor de R\$ 3.000,00 mensais no prazo de sessenta meses, este supera o limite previsto em lei para a hipótese de dispensa. Dra. Débora concluiu, então, que haveria dispensa de licitação somente para este período emergencial. O Conselho deliberou pela formalização de um contrato com a mesma empresa de contabilidade, com dispensa de licitação, somente neste prazo emergencial, fixado em seis meses, com a previsão de cláusula de rescisão antecipada, haja vista a possibilidade de se exaurir o procedimento licitatório para a contratação de uma nova empresa de contabilidade em prazo inferior. Para este novo período de seis meses, pode ser aplicado sobre o valor antes contratado, como reajuste, os índices do INPC, por se tratar de um novo pacto. Além disso, devem ser deduzidos, dos valores a serem pagos, os montantes pagos a maior. Foi encerrada a discussão sobre o tema e dado seguimento à análise do terceiro Proad da pauta. **Proad – 6637/2019 – Relatórios da empresa de auditoria Audicare de 2018** – Dr. Arnaldo narrou que analisou o contrato firmado com a Audicare e verificou que há relatórios que são de responsabilidade da empresa, sendo que foram juntados de janeiro a dezembro de 2018, não sabendo identificar se estes documentos estão sendo elaborados de acordo com o que é exigido no contrato. André informou que está tudo de acordo com o contrato e Dr. Arnaldo questionou se há uma análise destes relatórios, pois não é suficiente emití-los sem que haja tratamento dos pontos importantes detectados. A ideia seria identificar o que foi

apontado nos relatórios e tentar tomar providências. Citou o exemplo do Holiste, em que houve aumento nos valores cobrados, o que poderia ter sido detectado nos mencionados relatórios se houvesse um tratamento das informações que dali constam. O importante, segundo defendeu, é extrair dos relatórios as situações que fogem do normal, como uma clínica que apresenta um valor maior, que foge da normalidade, sendo que o Conselho não tem como atuar se não houver uma decodificação dos dados. André informou que os dados destes relatórios são muito estáticos e que o desenvolvimento do BI vai resolver estas questões, possibilitando um maior controle, sendo que estes relatórios previstos no contrato são insuficientes. Dr. Arnaldo indagou se há um tratamento dos dados trazidos nestes relatórios da Audicare, sendo que o BI é um outro sistema que não se confunde com este controle. André informou que os relatórios são acompanhados sim, mas que são estáticos, e que o BI pode oferecer um controle muito melhor a nível gerencial. Dr. Arnaldo pediu que fosse esclarecido se os relatórios são tratados ou não, pois, em outras situações, o problema foi trazido pelo SOF, sendo que, em todos estes anos de Plano, não foi apresentada qualquer distorção detectada em razão da auditoria feita, ressaltando que há um Proad nesta pauta, por exemplo, que está parado desde 2017. André explicou que, no caso da Holiste, já havia visitado outra clínica um ano antes de o problema ser trazido, justamente para verificar a possibilidade de até descredenciá-la, o que demonstra a análise dos dados dos relatórios apresentados. Jackson pediu a palavra e explicou que estes relatórios são examinados desde o início e que com base neles são identificados os ofensores, por exemplo, já sendo de conhecimento da Saps que o alto custo da Cardio Pulmonar, informando, ainda, que a questão da psiquiatria também já havia sido detectada. Disse, ainda, que os relatórios de atendimento hospitalar e as glosas também são extraídos destes documentos da auditoria. Continuou relatando que, de fato, este relatório era muito estático, pois, quando chegava, já havia conhecimento dos gastos, pois é o dia a dia do setor. Então, por uma questão contratual, a Audicare continua fornecendo, os dados são lançados todos os meses no Proad, assim como folha de ponto, contracheque, ou seja, trabalho de fiscal mesmo; e André acabou percebendo que não tinham muita serventia para o dia a dia do setor e começou a desenvolver a parte do BI. Concluiu que os relatórios sempre foram analisados sim e que, com a análise conjunta das faturas, sempre foram observados percentuais. Diante destas informações, Dr. Arnaldo ressaltou, novamente, que os casos que aparecem, como o da Holiste, devem ser tratados a fim de evitar demora e prejuízo para o Plano. Jackson, então, respondeu que, se necessário, ele pode enviar tais dados ao Conselho. Tarcísio trouxe novamente o exemplo da Holiste e ponderou que o problema foi detectado na DG no momento de

pagar as faturas e que seria necessário que houvesse um encaminhamento dentro de um prazo razoável para análise dessas contas que fogem da curva. Neste cenário, seria interessante fixar algum período do mês para que fossem discutidas essas contas não necessariamente com todo o Conselho, para poder haver maior agilidade ao detectar o problema e, então, trazer para o Conselho. André explicou que quando a DG observou já havia um acompanhamento pela Saps, sendo que já havia visitado a Ápice para tentar o credenciamento de mais uma clínica de psiquiatria. Tarcísio insistiu que o problema somente veio à tona por meio da DG, pois a Saps, apesar de ter identificado, não trouxe a questão para o Conselho. Então, o que foi ressaltado é a necessidade de as situações atípicas serem trazidas para o Conselho com a maior brevidade possível. O Conselho deliberou que deve haver o controle mensal para verificar mais rapidamente os custos atípicos, possibilitando uma solução também mais eficaz. André afirmou que pode passar os gráficos mensalmente, porque já tem tais informações e Dr. Arnaldo disse ser necessário trazer a informação depurada, não sendo suficiente mandar o gráfico pronto apenas. André disse que tenta fazer isso todo ano, diante do que foi ponderado que um ano é um período muito longo e que o problema tem que ser identificado e tratado antes disso. Sestelo opinou no sentido de que o Conselho não tem a agilidade necessária do ponto de vista executivo e nem tem a possibilidade de ter porque não é, de fato, sua atribuição, mas que quem está no dia a dia, como a DG, deve ter uma relação e uma comunicação mais estreita, fluida e frequente com a Saps, com acesso a essas informações e a estas situações atípicas. Dr. Arnaldo acrescentou que a situação tem que chegar ao Conselho quando é necessária sua atuação. Tem que depurar, apurar e trazer a proposta para o Conselho deliberar, como aconteceu no caso da Holiste. Tarcísio questionou se o mapa comparativo de ofensores que consta no Proad identifica os ofensores como os dez mais preocupantes para que houvesse uma avaliação mensal, ou seja, se seriam aqueles que dão mais despesa. André informou que poderia passar todos esses dados para o Conselho e Dra. Débora ressaltou que os dados não precisam ser trazidos para o Conselho, e sim para Tarcísio, porque o Conselho não é Órgão executivo. Assim, havendo esta comunicação com Tarcísio e o problema sendo identificado, a questão será trazida para o Conselho. Tarcísio reforçou a pergunta e André disse que sim, acrescentando que poderia trazer tudo isto em gráfico já na semana que vem, incluindo a apresentação dos ofensores que trazem maiores custos. Dra. Débora sugeriu que fosse criada uma espécie de comissão com Tarcísio, Marinho, Dr. Arnaldo e André, oportunidade em que Glória solicitou a participação de um membro do Conselho Fiscal, o que foi acolhido, tendo sido sugerida a participação da própria Glória, tendo esta afirmado

que a decisão competiria ao Conselho Fiscal. Encerrada a discussão, foi dado prosseguimento ao próximo item da pauta. **Proad – 13.440/2018 – Requerimento reembolso Diu Mirena.** Dra. Débora relatou que, analisando o referido PROAD, verificou a existência de médico credenciado pela Amil que poderia ter realizado o procedimento, motivo pelo qual não haveria como acolher o pedido de reembolso formulado, tendo Solange e os demais concordado. Edson questionou se não há previsão da ANS para cobertura deste serviço médico e Dra. Débora esclareceu que, no caso, a beneficiária optou por fazer o procedimento com médico não credenciado, sendo que havia a possibilidade de fazê-lo pela Amil, diante do que não seria devido o reembolso. Dr. Arnaldo chamou atenção para o fato de que a beneficiária alega no recurso que há precedente (de Fabiana Cavalheiro Freitas), em que teria sido realizado o reembolso em situação análoga, sendo que não há no Proad qualquer esclarecimento sobre este ponto. André informou que a primeira beneficiária recebeu o reembolso pois não havia o prestador credenciado e que, neste segundo caso, foi negado porque foi localizado um médico na localidade. Dr. Arnaldo questionou como na mesma localidade não havia médico credenciado e agora há e André informou que o especialista entrou com o Saúde Caixa e, neste momento, os demais membros do Conselho chamaram atenção para o fato de que consta no Proad que o reembolso foi negado em razão da existência de médico credenciado pela Amil e não pelo Saúde-Caixa, de modo que causa dúvida o reembolso realizado anteriormente, pois já havia convênio com a Amil à época. Foi verificado no Proad e, de fato, o médico credenciado é da Amil e não do Saúde Caixa. Dr. Arnaldo indagou, então, como em um foi deferido e no outro não se já havia Amil. André narrou que toda a questão passa pelo setor de reembolso primeiro e que pode ocorrer de não ter o credenciamento em um momento e em outro ter. Dra. Débora salientou, então, que deve ficar bem claro no recurso que o reembolso está sendo indeferido porque há médico credenciado e que, no outro caso, em que foi deferido o reembolso, não havia. Dra. Débora sugeriu que fosse adiada a votação para que seja averiguada a situação, pois, se já havia médico cadastrado pela Amil no primeiro caso, não devia ter ocorrido o reembolso e isso não pode gerar jurisprudência. André informou que lhe foi passado que havia credenciamento neste caso e, por isso, o reembolso deveria ser negado e que, quanto ao outro, não havia. Diante disso, Dr. Arnaldo salientou que não há qualquer informação neste sentido nos autos do Proad. Dra. Débora explicou que deve constar no processo que o reembolso no primeiro caso ocorreu porque não havia médico credenciado, pois não consta esta informação e a beneficiária está se valendo deste caso para embasar o seu pedido e é necessário ter essa informação para justificar a decisão,

além de ser importante verificar se o reembolso ocorreu de forma equivocada na primeira situação. Dr. Arnaldo deixou claro que se for confirmado que não havia credenciado à época, ele vota de acordo como foi decidido. Ficou deliberado, então, que no Proad fique expressamente consignado que o pagamento à pessoa que foi indicada como paradigma pela beneficiária ocorreu porque naquela localidade e naquela data não havia médico credenciado e o Conselho vota com base nessa informação para indeferir. Se verificar, entretanto, que no outro caso houve reembolso inadequado, volta para o Conselho. Dra. Débora concluiu que ficaria deliberado que o reembolso vai ser indeferido porque havia na localidade um prestador credenciado pela Amil, desde que expressamente conste no Proad que em relação à paradigma indicada pela recorrente o pagamento somente foi realizado porque não havia na localidade, à época, médico credenciado. Em seguida, tendo em vista que não há certeza na informação relativa à paradigma e a fim de evitar decisão condicional, sugeriu que a matéria seja votada por e-mail após ser trazida a informação correta e ficou assim decidido. Passou-se, em seguida, ao próximo Proad da pauta. **Proad 6657/2019 – Sugestão de minuta de aditamento contratual com a Caixa para constar a obrigação de chamar o TRT ao processo judicial contra o Saúde Caixa.** Dra. Débora alegou que teria que encaminhar a proposta de aditivo para a Assessoria Jurídica e André respondeu que foi a Assessoria Jurídica quem encaminhou ao Conselho a matéria justamente porque, no aditivo ao contrato da Amil, ficou deliberado que deveria passar primeiro pelo Conselho. Explicou que consta na ata da reunião em que foi deliberada a questão em relação ao aditivo da Amil a necessidade de análise prévia pelo Conselho. Dra. Débora informou que deve ter havido algum equívoco na interpretação do que foi decidido, haja vista que o aditivo contratual proposto deve ser encaminhado à Assessoria Jurídica para elaboração de parecer sobre o tema, pois os membros do Conselho não detêm conhecimento sobre a matéria e, em seguida, a questão seria trazida ao Conselho para aprovação, ou não, com base no que foi opinado pela Assessoria Jurídica. Trouxe o exemplo do credenciamento do Saúde Caixa, em que o Conselho votou contra o parecer da Assessoria Jurídica, ressaltando, entretanto, que é necessário haver um parecer para que o Conselho tenha ciência dos aspectos legais ao votar. Dra. Débora esclareceu novamente que deve ter havido erro de interpretação da ata, explicando que o que não pode ocorrer é a Assessoria Jurídica aprovar sem passar pelo Conselho, pois aquele setor somente pode emitir parecer, ou seja, opinar; não tendo sentido primeiro o Conselho decidir (sem ter conhecimento jurídico para tanto) e depois passar pela Assessoria Jurídica, pois, se já há decisão do Conselho, o Jurídico nada mais poderia fazer. Dra. Débora ressaltou que Natália, servidora que ouviu o áudio da reunião à

época, elucidou a questão no sentido de que foi ponderado pelo Conselho que não pode haver aprovação da matéria pela Assessoria sem passar pelo Conselho, como ocorreu no caso do aditivo no contrato firmado com a Amil. Dra. Débora explicou que deve passar por lá primeiro e depois vir para o Conselho aprovar, ressaltando novamente que a atribuição da Assessoria Jurídica se restringe à emissão de parecer opinativo. Ficou decidido pelo Conselho à época que aplicaria para a Caixa o mesmo aditivo e é necessário agora que a Assessoria aprecie o conteúdo da cláusula e emita um parecer, para que o Conselho possa deliberar com base no que for trazido. Deliberou-se, então, que a matéria será encaminhada à Assessoria Jurídica e, posteriormente, decidida pelo Conselho. Foi dado seguimento com a análise do próximo Proad da pauta. **Proad 3010/2019 - Solicitação de reembolso de despesas com sessões de atendimento psicológico da dependente menor MCCF** – André explicou que o paciente vinha sendo acompanhado desde 2015 com um médico, em tratamento psicológico, pois a filha do beneficiário tem necessidades especiais, sendo que, com a contratação do Saúde Caixa, passou a haver médico credenciado e, por conta disso, seria indevido o reembolso que ele vinha recebendo desde então. Informou, ainda, que, por ser tratamento psicológico delicado, o beneficiário pede que seja mantido o atendimento pelo mesmo psicólogo que acompanha o caso há alguns anos. Dra. Débora ponderou que não deve haver muitos casos semelhantes a este, chamando atenção, ainda, para o prejuízo que poderia ocasionar ao paciente o início do tratamento do zero com novo médico, ainda mais em uma situação tão delicada como esta. Dra. Graça salientou que a interrupção do tratamento poderia ocasionar até mesmo uma regressão no quadro do paciente. Dra. Débora disse que seu voto seria favorável e todos concordaram, devendo aplicar as mesmas regras do reembolso do plano, observados o valor e o número das sessões previstos no regulamento. A matéria foi aprovada por unanimidade. Passou-se ao próximo item da pauta. **Proad 3737/2019 – Sinistralidade – Dependentes Especiais.** Dra. Débora ponderou que a aplicação de um reajuste diferenciado aos dependentes especiais, tomando por base a sinistralidade destes, poderia elevar demasiadamente o custo do plano para eles, pois é um grupo pequeno, ressaltando que o Plano de Saúde possui como premissa a solidariedade também, sendo que a divisão dos custos entre todos pode não ser tão prejudicial. Sestelo indagou: se esse grupo de beneficiários especiais fosse retirado, em quantos pontos percentuais diminuiria a sinistralidade dos demais? Dra. Débora trouxe, ainda, a questão de estes dependentes terem ingressado no plano com a proposta de sustentabilidade, e que, se houver uma sobrecarga no sentido de eles arcarem sozinhos com os custos do grupo, pode haver um prejuízo, não sendo razoável admitir que o aumento no valor seja

tão alto que impossibilite a manutenção do plano para alguns. Ponderou, ainda, que o valor da mensalidade do dependente especial já não é baixo, chegando quase ao dobro do valor do beneficiário. Marinho relatou que pagou as faturas da Caixa de janeiro a abril, tendo chegado a de maio recentemente, sendo que, no relatório apresentado, há a indicação da sinistralidade de janeiro a março (documento 4), tendo questionado o que seria a despesa administrativa orçamentária; André explicou que são os custos pagos tanto para a Audicare como os custos fixos da Caixa, que não fazem parte do sinistro e Dra. Débora concluiu que estes valores ocorrem independentemente da natureza do dependente, se especial ou não. Marinho disse, ainda, que, neste relatório, faltam alguns meses com os valores detalhados na Caixa Econômica, a exemplo de janeiro, em que há o campo “despesa sinistralidade Caixa titular”, mas não tem Caixa dependente especial, sendo que em fevereiro somente tem Caixa titular e em março não tem os dados da Caixa, o que impacta na apuração da sinistralidade. André explicou que este relatório está atrasado e que esta separação já foi realizada em outro sistema. Marinho alegou, então, que este relatório deve ser atualizado no Proad e André respondeu que vai retificar no processo. Dra. Débora verificou que, de qualquer forma, os dados já permitem ter uma ideia das diferenças e André informou que o relatório do BI já traz as informações precisas quanto ao dependente especial. Dra. Débora sugeriu que fosse observado o período de um ano para verificar o impacto da sinistralidade deste grupo. André explicou que foi colocado o valor da diferença das receitas e despesas dos dependentes especiais em quatro meses, o qual representa 2,4% do total de despesa do plano com a assistência. Dr. Arnaldo trouxe o exemplo da ASSEFAZ, cujo grande problema foi justamente não tratar os dependentes especiais em um grupo específico como está sendo discutido agora e que foi o que provocou a derrocada da ASSEFAZ. Solange opinou no sentido de que poderia ser apurado o que ocorreu na ASSEFAZ, mas que o grupo de idosos dos dependentes especiais é muito restrito e tende a ser decrescente ao longo do tempo, porque tem a limitação até os 35 anos. Explicou que o grupo com pessoas acima de 35 anos vai acabar com o tempo porque não vão entrar novos beneficiários. Trouxe os seguintes dados: 13 pessoas de 49 a 53 anos; 16 pessoas de 54 a 59; ou seja, 29 pessoas entre 49 e 59 anos; e 209 pessoas acima de 59 anos. Na sua opinião, trata-se de um grupo que tem um certo controle. Dr. Arnaldo questionou como ter controle com uma sinistralidade de 165% e André explicou que este percentual é de titulares e dependentes sem dotação orçamentária. Dra. Débora obtemperou que o último reajuste é recente e não seria interessante trazer um novo somente para este grupo, pois poderia até mesmo inviabilizar, ressaltando novamente que é um grupo que tende a diminuir porque não é

mais possível incluir mais os ascendentes, por exemplo. Dra. Graça disse que precisa de um levantamento nominal dos beneficiários especiais, dos idosos principalmente. Marinho ressaltou que a sinistralidade pode ser sazonal, sendo necessária uma análise histórica e Rogério explicou que os dados mensais estão no relatório do Proad, com os quatro primeiros meses deste ano. André informou que, na página 15, há o detalhamento dos dependentes especiais. Entre 49 e 59 anos, que seriam os idosos, só há possibilidade de 29 pessoas em 10 anos e está confirmado que a tendência é diminuir. Dra. Débora sugeriu que houvesse um acompanhamento dos dados da sinistralidade dos dependentes especiais para verificar a medida a ser adotada. Edson sugeriu dois meses e Dra. Débora entendeu que seria muito pouco tempo e não poderia verificar como o desejado, ponderando, também, que corria o risco de o valor ficar muito alto se deixasse para o próximo reajuste. André esclareceu que a situação do dependente especial não é tão grave assim, pois a sinistralidade está em 115% sem dotação orçamentária, e o problema reside nos titulares e dependentes se for retirada a dotação orçamentária. Dr. Arnaldo informou que, quanto aos titulares e dependentes, a lei autoriza uma dotação orçamentária, e Marinho ponderou que não existe esta possibilidade de titulares e dependentes sem dotação, não havendo como raciocinar com base em uma situação que não existe. Dra. Débora indagou se há previsão para reajuste diferenciado e André disse que não há previsão específica, não havendo, assim, proibição. Solange esclareceu que já houve reajuste diferenciado. Dr. Arnaldo concordou que fosse aguardado mais um tempo com o acompanhamento dos dados, ressaltando, entretanto, que é preciso trabalhar com números e com situações reais, não adiantando tratar das hipóteses sem dotação orçamentária, pois não existiria; e André explicou que isso consta dos relatórios porque em todos os Tribunais que já visitou há esta preocupação com a possibilidade de corte de orçamento e que, por isso, já faz o levantamento de quanto seria necessário nesta hipótese, deixando claro que o plano não iria quebrar caso isso ocorresse. Dra. Graça disse que, sem dotação orçamentária, o Plano, de fato, quebraria, tendo André informado que o reajuste seria de 70%, diante do que Dra. Débora e Dra. Graça concordaram que haveria uma impossibilidade de manutenção do plano sim, ou seja, que o mesmo quebraria. Dr. Arnaldo sugeriu que fosse estabelecido um prazo de seis meses para acompanhar e também um teto de sinistralidade (que está em 115%), e, se este teto fosse atingido antes de dezembro, atuaria de imediato. Marinho ponderou que é preciso passar a informação mensalmente porque a intervenção tem que ser rápida. Dra. Débora esclareceu que pode ocorrer de em um mês a sinistralidade ser muito alta, mas de em outros ser muito baixa, havendo uma espécie de compensação e que talvez por isso esta

opção de estabelecer um teto não seja tão interessante, sendo que Solange sugeriu que houvesse o acompanhamento e que, se chegasse a uma situação crítica, a matéria seria analisada novamente pelo Conselho. Dra. Débora disse que a sinistralidade poderia ser analisada em toda reunião do Conselho para verificar se houve aumento significativo. Em seguida, Dra. Débora ressaltou que, como já foi deliberada a criação de uma comissão menor (com Marinho Tarcísio, Dr. Arnaldo e um membro do Conselho Fiscal), seria mais operacional que a questão fosse analisada por ela, sendo trazido para o Conselho qualquer dado mais crítico, ficando assim decidido. Seguiu-se com a análise do próximo item da pauta. **Proad 15.779/2017 – Cobrança indevida de valores.** Dra. Débora narrou que ficou em dúvida se houve uma cobrança indevida ou se a clínica cobrou um valor para cada sinal retirado. Dr. Arnaldo informou que analisou o processo judicial da beneficiária no Juizado e relatou que ela identificou que havia cobranças em duplicidade (pelo mesmo serviço), sendo que ela deu entrada em um Proad aqui no Tribunal e a diligência da Saps foi obter a informação da clínica, que confirmou o serviço, e repassar isso para a beneficiária, não tendo tomado providências para resguardar o direito desta. Dra. Débora indagou se a cobrança era pelo mesmo serviço no mesmo dia e Dr. Arnaldo esclareceu que não sabia informar se havia uma coincidência de dias também, acrescentando que a beneficiária alegou e comprovou nos autos do processo judicial que estava fora de Salvador nas datas em que houve a suposta prestação do serviço, diante do que foi deferido o seu pedido de devolução dos valores descontados. Dr. Arnaldo questionou o procedimento adotado pela Saps, pois não foi tomada qualquer providência após a confirmação da clínica, sob a justificativa de que, como ela assinou as guias, não cabia ao plano nenhuma outra medida. Dr. Arnaldo sugeriu que fosse solicitado à beneficiária as informações sobre o caso para que o Plano também busque o seu ressarcimento, ponderando que, a seu ver, o atendimento administrativo interno dispensado à interessada não foi adequado. Dra. Débora trouxe a questão dos limites subjetivos da coisa julgada, tendo em vista que a decisão do processo não atinge o Plano, que não foi parte daquele processo movido pela beneficiária e Dr. Arnaldo sugeriu que fosse oficiada a AGU. André afirmou que basta lhe enviar a sentença que ele encaminha para Amil e cobra os valores devidos ao Plano e Dra. Débora disse que, se ela não pagar, seria o caso de mandar ofício para a AGU. André explicou que não havia o que ser feito no caso, tendo em vista que a clínica apresentou as guias assinadas pela beneficiária, não podendo decidir, nesta instância, se era devido o reembolso e Dr. Arnaldo disse que deveria, então, ter oficiado a AGU, ao que André respondeu que não era papel da Saps, cabendo à interessada buscar as medidas judiciais que pudessem resguardar o seu

direito. Dra. Débora obtemperou que deve haver divulgação para que os beneficiários fiquem mais atentos, para que sejam verificados os procedimentos descritos nas guias e as datas. Dr. Arnaldo reafirmou que não concorda com a posição adotada pela Saps, pois, na sua opinião, deveria ser dado apoio ao beneficiário. André explicou que não lhe cabia tomar muitas providências, por se tratar de uma hipótese de falsidade ideológica e não material (tendo em vista que nesta última hipótese, de falsificação de assinatura, poderia contestar junto à clínica), não havendo como o Plano, na instância administrativa, decidir sobre questões que demandavam produção de provas. André acrescentou, ainda, que não podia trazer a questão para o Conselho, pois caberia a ela ter protocolado recurso, e, neste caso, a matéria seria aqui tratada, reafirmando que as providências que eram possíveis à Saps foram tomadas, tendo orientado e apoiado o ajuizamento de ação reparatória, na qual a beneficiária obteve decisão favorável. Dra. Débora concordou com André, tendo em vista que os documentos estavam datados e assinados pela interessada, não havendo como o Plano decidir quem trazia a verdade dos fatos. Foi levantada a questão do descredenciamento da clínica que adotou este procedimento e André informou que a mesma era credenciada pela Amil e não pelo TRT5 Saúde, e que, provavelmente, aquela empresa já teria tomado esta providência diante do prejuízo sofrido com o ocorrido. Assim, o Conselho deliberou que deve ser encaminhada cópia da sentença à Amil para pagamento dos valores desembolsados pelo TRT5 Saúde e informar que, do ponto de vista ético, não pode manter clínicas com este procedimento. Dra. Débora pediu que André verificasse se Amil descredenciou esta clínica. Passou-se, em seguida, para o próximo Proad. **Proad 6531/2019 – Sugere alteração no Ato 48/2015 com vistas ao aperfeiçoamento institucional do regulamento do Programa TRT 5 Saúde.** Dra. Débora explicou que se trata de uma sugestão trazida por Sestelo, ressaltando que achou muito interessantes alguns aspectos, e sugeriu que fosse analisada a proposta por todos os conselheiros para que outras sugestões possam ser trazidas para discussão. Dr. Arnaldo opinou no sentido de que algumas sugestões não alteram em nada o ato, somente modificando a forma de redação, e disse ser contra a limitação de mandato, pois haveria distinções dentro do Conselho, já que quem é Diretor Geral, quem é SOF, ou seja, quem compõe o Conselho em razão da vinculação ao cargo, poderia permanecer no Conselho sem limitação, sendo que quem é eleito, que goza, a seu ver, de uma maior legitimidade, somente poderia compor o Conselho uma única vez. Afirmou, ainda, não ter entendido a proposta que surgiu tão próxima às eleições. Sestelo esclareceu que não havia a pretensão de a questão ser analisada e decidida antes da próxima eleição e defendeu ser importante esclarecer esta diferença entre aqueles que compõem o

Conselho em razão do cargo e aqueles que são eleitos. Elucidou que os eleitos são escolhidos enquanto pessoa física integrante de uma categoria funcional, o que difere do cargo vitalício da Vice-presidente, do Diretor Geral e do Diretor da SOF, tendo Dra. Graça ponderado que estes também são alterados, ao que Sestelo respondeu que mudam em razão do cargo e não por eleição, de modo que o conselheiro, neste caso, não é escolhido enquanto pessoa. A seu ver, o eleito precisa ter um mandato, um limite. Defendeu que o processo eleitoral deve ser estimulado, havendo um interesse para que as pessoas participem, devendo haver divulgação do processo, e disse que é preciso manter uma certa continuidade no Conselho para que não haja perda da memória do que já foi feito, ressaltando a importância de membros que participam desde o início, como Dra. Graça e Dr. Arnaldo; mas que o outro lado disso, que seria um personalismo, também não pode prevalecer. Assim, no seu ponto de vista, o equilíbrio seria o ideal para o Conselho e, segundo pensa, seria obtido por meio dessa certa renovação, deixando claros os limites de cada mandato e as diferenças entre os que são eleitos e os que integram em razão do cargo. Obtemperou que a proposta não precisa ser analisada agora, não sendo um casuísmo e sim uma discussão sobre princípios. Dra. Débora trouxe o dado de que o Plano recebeu a visita no TJ de São Paulo, justamente em razão do sucesso da autogestão do TRT5 Saúde, sendo que uma das matérias questionadas foi justamente a recondução e o limite do mandato, esclarecendo que lá ia ser fixado um período de mandato. Dra. Débora registou que concorda com as ponderações de Sestelo, sendo a favor da existência de limites quanto ao mandato, tendo reconhecido também a importância do trabalho desenvolvido por aqueles que estão no Conselho desde o início do Plano, como Dra. Graça, Dr. Arnaldo e André. Dra. Débora salientou que a matéria, de fato, não será decidida até a próxima eleição, mas entende que deve ser analisada a proposta e discutida pelos conselheiros. Acrescentou que achou muito interessante a proposta de não votar quem não é associado do Plano, tendo sido esclarecido que não há previsão neste sentido e que não há controle, pois, quanto aos Desembargadores, por exemplo, a matéria é votada no Pleno. Marinho registou que entende de modo diverso, tendo em vista que há uma eleição legítima e depende realmente da vontade de cada um, ressaltando a importância de pessoas que estão desde o início, como Dra. Graça e Dr. Arnaldo, que apresentam uma experiência imprescindível para o Plano. Dr. Arnaldo explicou que o seu receio é de não haver candidato ou de vir uma pessoa que não tenha conhecimento do funcionamento do Conselho e do Plano. Ficou deliberado, então, que a questão foi trazida para debate e que será analisada futuramente com outras sugestões que serão apresentadas pelos demais conselheiros. Neste momento, em razão do

horário, Edson deixou a reunião, por motivos de saúde. Passou-se último tema da pauta. **Relatório Administrativo-Financeiro de 2018.** Dr. Arnaldo explicou que não concorda com os termos em que o relatório foi apresentado, pois fica a aparência de que a Saps fez tudo aquilo que está ali descrito, como se o Conselho fosse apenas receptor da informação, o que, a seu ver, não é o que ocorre, pois o Conselho Deliberativo é quem administra o TRT5 Saúde. Na sua visão, o relatório é do TRT5 Saúde pela coordenação do Conselho e não o Conselho como receptor de atos praticados pela Saps, chamando atenção para o fato de que a Saps é um setor meramente de execução. Solange e Dra. Débora entenderam que, de fato, o relatório é elaborado pela Saps, sendo uma mera prestação de contas do que foi realizado operacionalmente, não havendo ali qualquer deliberação. Seria apenas um conjunto de informações acerca do que foi feito pelo setor. Marinho disse que não concorda apenas com a inclusão do planejamento, com a apresentação de metas. Um aspecto seria, de fato, a prestação de contas e seria diferente trazer o que se deseja realizar, sendo que somente pode planejar aquilo que o Conselho aprova. Dra. Débora concluiu que o que for matéria para o Conselho deliberar não deve fazer parte deste relatório, devendo ser retirado o que é proposta. Marinho opinou no sentido de ser retirada do relatório a parte sobre planejamento. André explicou que é uma proposta, que foi trazida justamente para o Conselho aprovar. Marinho argumentou, entretanto, que, se se trata de relatório de atividade, somente pode ser abordado o que foi feito. Então, teria que retirar esta parte do relatório e colocar as propostas em outra pauta. Dr. Arnaldo concordou com o formato que seria adotado com a exclusão das propostas e ficou assim deliberado. Encerrada a reunião, foi lavrada a presente ata, por mim, Natália de Figueiredo Silva Macedo, Analista Judiciário, que depois de lida e achada conforme, será assinada pela Excelentíssima Desembargadora Presidente do Conselho Deliberativo do TRT5-Saúde.

Débora Machado

Vice-Presidente do TRT5

Desembargadora Presidente do Conselho Deliberativo do TRT5-Saúde.