

Anexo II

PRESTAÇÃO DE CONTAS EXERCÍCIO 2019

ROL DE RESPONSÁVEIS

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
		CNPJ 11.674.777/0001-58			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	MARCLEIDE CORREIA E SÁ CAVALCANTI	CPF:	xxx.342.174-xx		
Endereço Residencial:	R FREI MARTINHO LIMPER, 95 - BARRO				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	50.780-550
Telefone:	81-988417461	FAX:		e-Mail:	Marcleidecavalcanti2@Hotmail.Com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		I. Dirigente máximo da unidade jurisdicionada;			
Nome do Cargo ou Função:		PRESIDENTE			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	LUCIANA PATRICIA COELHO DE AGUIAR	CPF:	xxx.130.144-xx		
Endereço Residencial:	R JOAO CEL MANGUINHO,837 AP-03 – BAIRRO NOVO				
Cidade:	OLINDA	UF:	PE	CEP:	53030-070
Telefone:	(81) 988171136	FAX:		e-Mail:	luciana_pca@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	I. Dirigente máximo da unidade jurisdicionada				
Nome do Cargo ou Função:	PRESIDENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
PORTARIA COREN-PE Nº 020/2019	14/01/2019			28/01/2019	14/02/2019

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	NEIDE SILVÉRIO DA SILVA	CPF:	xxx.786.564-xx		
Endereço Residencial:	AV. DR CLAUDIO JOSE G LEITE, 2952 CASA 4 JANGA				
Cidade:	PAULISTA	UF:	PE	CEP:	
Telefone:	(81) 998231008 (81)987097841	FAX:		e-Mail:	neidesilverio@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	I. Dirigente máximo da unidade jurisdicionada				
Nome do Cargo ou Função:	PRESIDENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
PORTARIA COREN-PE Nº 167/2019	05/04/2019			09/04/2019	12/04/2019
PORTARIA COREN-PE Nº 394/2019	01/08/2019			05/08/2019	09/08/2019
PORTARIA COREN-PE Nº 551/2019	06/11/2019			11/11/2019	14/11/2019

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	FÁBIO ROBERTO DA COSTA LINS	CPF:	XXX.061.764-XX		
Endereço Residencial:	R. SAO JOSE DO EGITO, 1003, APTO. 301, BL. 5 - PAU AMARELO				
Cidade:	Paulista	UF:	PE	CEP:	53435-600
Telefone:	(81)9655-9661 (81)98417-7901	FAX:		e-Mail:	lins2626@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	II. membro de diretoria ou ocupante de cargo de direção no nível de hierarquia imediatamente inferior e sucessivo ao do dirigente de que trata o inciso anterior, com base na estrutura de cargos aprovada para a unidade jurisdicionada;				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO EFETIVO TESOUREIRO				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	LUCIANA PATRICIA COELHO DE AGUIAR	CPF:	XXX.130.144-XX		
Endereço Residencial:	R JOAO CEL MANGUINHO,837 AP-03 – BAIRRO NOVO				
Cidade:	OLINDA	UF:	PE	CEP:	53030-070
Telefone:	(81) 988171136	FAX:		e-Mail:	luciana_pca@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		II. Membro de diretoria ou ocupante de cargo de direção no nível de hierarquia imediatamente inferior e sucessivo ao do dirigente de que trata o inciso anterior, com base na estrutura de cargos aprovada para a unidade jurisdicionada;			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO EFETIVO SECRETÁRIO (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	NEIDE SILVÉRIO DA SILVA	CPF:	550.786.564-72		
Endereço Residencial:	AV DR CLAUDIO JOSE G LEITE,2952 CASA 4 - JANGA				
Cidade:	PAULISTA	UF:	PE	CEP:	550.786.564-72
Telefone:	(81) 998231008 (81) 987097841	FAX:		e-Mail:	neidesilverio@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	VALDEISA MARIA PESSOA MORAIS	CPF:	xxx.219.704-xx		
Endereço Residencial:	R ANTONIO ESTELITA PASSOS, 109 - CASA CAIADA				
Cidade:	OLINDA	UF:	PE	CEP:	53130-430
Telefone:	(81)9991-5995	FAX:		e-Mail:	valdeisamorais@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	EMANUELA ROZENO DE OLIVEIRA	CPF:	xxx.546.954-xx		
Endereço Residencial:	RUA EMBOABAS, 65 APTº 202 - BOA VISTA				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	50050-170
Telefone:	(81)3231-5627 (81)987852003	FAX:		e-Mail:	
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTES TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	VALDEISA MARIA PESSOA MORAIS	CPF:	XXX.219.704-XX		
Endereço Residencial:	R ANTÔNIO ESTELITA PASSOS, 109 – CASA CAIADA				
Cidade:	OLINDA	UF:	PE	CEP:	53130-430
Telefone:	(81)9991-5995	FAX:		e-Mail:	valdeisamorais@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) SUPLENTE (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	EVANDRO ALVES DA SILVA	CPF:	xxx.201.344-xx		
Endereço Residencial:	R FALCAO DE LACERDA,299 AP-D-2 - TEJIPIO				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	50930-015
Telefone:	(81)98514-7186	FAX:		e-Mail:	evandromarinho2009@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
PORTARIA COREN-PE Nº 155/2018	20/08/2018			20/08/2018	31/01/2020
DECISÃO COFEN Nº 0123/2018	26/09/2018				

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	IRAQUITAN VEREDA DOS SANTOS	CPF:	xxx.619.444-94		
Endereço Residencial:	R MEDICO CESAR CALS DE OLIVEIRA, 438/101 - AU AMARELO				
Cidade:	PAULISTA	UF:	PE	CEP:	53433-760
Telefone:	(81)98574-9406	FAX:		e-Mail:	iraqvere@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	JENNIFER FELIX DE SOUZA	CPF:	xxx.641.354-xx		
Endereço Residencial:	R SETENTA E SEIS, 116 – RIO DOCE				
Cidade:	OLINDA	UF:	PE	CEP:	53090-510
Telefone:	(81)98776-9393	FAX:		e-Mail:	jenny.felix@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) EFETIVO (A)				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	ELIANE FIDELIS GOMES		CPF:	xxx.592.764-xx	
Endereço Residencial:	R ENG JOSE APOLINARIO, 464 APT° 04 - IMBIRIBEIRA				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	51170-410
Telefone:	(81)3428-6742 (81)986137730	FAX:		e-Mail:	elianefid@yahoo.com.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) SUPLENTE (A)			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	GISELLE VIEIRA VIDAL		CPF:	xxx.787.414-xx	
Endereço Residencial:	AV. MARCIONILO FRANCISCO DA SILVA, 998 - MAURICIO DE NASSAU				
Cidade:	CARUARU	UF:	PE	CEP:	55014-380
Telefone:	(81)996266074	FAX:		e-Mail:	gi_vidal@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) SUPLENTE			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	MARIA ANGELICA DE FRANCA TELLES	CPF:	xxx.991.444-xx		
Endereço Residencial:	RUA VICENCIA, 216 APT. 104 - PINA				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	51011-210
Telefone:	(81)98640-0805 (81)99932-9369	FAX:		e-Mail:	madftelles@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTES TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	ANDREIA GILZELIA DE ARRUDA SANTANA		CPF:	xxx.073.694-xx	
Endereço Residencial:	R ALTO DO EUCALIPTO, 464 – BREJO DE BEBERIBE				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	52081-070
Telefone:	(81)995218095	FAX:		e-Mail:	andreiag.arruda@oi.com andreaiaarruda-pe@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTES TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	JOSE RONALDO VASCONCELOS NUNES		CPF:	xxx.628.684-xx	
Endereço Residencial:	R DOUTOR GASTAO DA SILVEIRA, Nº29 AP.103 - CORDEIRO				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	50731-050
Telefone:	(81)988450654	FAX:		e-Mail:	ronatriunfo@yahoo.com.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.			
Nome do Cargo ou Função:		CONSELHEIRO (A) SUPLENTE			
Ato de Designação:		Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	LUCIANO DE MOURA SANTOS		CPF:	xxx.022.464-xx	
Endereço Residencial:	R SAO SEBASTIAO, 1312 – AGUA FRIA				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	52211-600
Telefone:	998844807	FAX:		e-Mail:	lmssan@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
DECISÃO COREN-PE Nº 155/2018 ROP-COREN-PE Nº 512	20/08/2018			26/09/2018	31/12/2020
DECISÃO COFEN Nº 123/2018	26/09/2018			26/09/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	FABIO MARTINS COSTA	CPF:	xxx.002.864-xx		
Endereço Residencial:	R THOMAZ LIMA, 437 C - CAVALEIRO				
Cidade:	JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF:	PE	CEP:	54260-010
Telefone:	(81)3257-8772 (81) 8822-7280	FAX:		e-Mail:	fabiomartins.costa39@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	RINALDO DO ESPIRITO SANTO DE LIMA	CPF:	xxx.353.414-xx		
Endereço Residencial:	R DO ANIL, 3785 AP 101 - BL F - BEBERIBE				
Cidade:	RECIFE	UF:	PE	CEP:	52130-265
Telefone:	(81)984347958	FAX:		e-Mail:	rinaldoespirito@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

CONSELHO		REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME:	ROBSON LIMA DE FREITAS	CPF:	xxx.362.254-xx		
Endereço Residencial:	R RIVADALVIA MIRANDA DE SOUZA, 631 AP-302 - JANGA				
Cidade:	PAULISTA	UF:	PE	CEP:	53.439-400
Telefone:	(81)992728902	FAX:		e-Mail:	robison.robisonlima@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	III. Membro de órgão colegiado que, por definição legal, regimental ou estatutária, seja responsável por ato de gestão que possa causar impacto na economicidade, eficiência e eficácia da gestão da unidade.				
Nome do Cargo ou Função:	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
Ato de Designação:	Ato de Exoneração		Período de gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020