

**Anexo II**

**PRESTAÇÃO DE CONTAS EXERCÍCIO 2019**

**ROL DE RESPONSÁVEIS**

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

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

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

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	FÁBIO ROBERTO DA COSTA LINS	<b>CPF:</b>	XXX.061.764-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	R. SAO JOSE DO EGITO, 1003, APTO. 301, BL. 5 - PAU AMARELO				
<b>Cidade:</b>	Paulista	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	53435-600
<b>Telefone:</b>	(81)9655-9661  (81)98417-7901	<b>FAX:</b>		<b>e-Mail:</b>	lins2626@gmail.com
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:</b>					
<b>Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)</b>	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;				
<b>Nome do Cargo ou Função:</b>	<b>CONSELHEIRO EFETIVO</b>  <b>TESOUREIRO</b>				
<b>Ato de Designação:</b>	<b>Ato de Exoneração</b>		<b>Período de gestão no Exercício</b>		
<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
<b>ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020</b>	<b>20/11/2017</b>			<b>01/01/2018</b>	<b>31/12/2020</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>LUCIANA PATRICIA COELHO DE AGUIAR</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.130.144-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>R JOAO CEL MANGUINHO,837 AP-03 – BAIRRO NOVO</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>OLINDA</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>53030-070</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 988171136</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-Mail:</b>	<b>luciana_pca@hotmail.com</b>
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:</b>					
<b>Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)</b>		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;			
<b>Nome do Cargo ou Função:</b>		<b>CONSELHEIRO EFETIVO</b> <b>SECRETÁRIO (A)</b>			
<b>Ato de Designação:</b>		<b>Ato de Exoneração</b>		<b>Período de gestão no Exercício</b>	
<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
<b>ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020</b>	<b>20/11/2017</b>			<b>01/01/2018</b>	<b>31/12/2020</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ANDREIA GILZELIA DE ARRUDA SANTANA		<b>CPF:</b>	xxx.073.694-xx	
<b>Endereço Residencial:</b>	R ALTO DO EUCALIPTO, 464 – BREJO DE BEBERIBE				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	52081-070
<b>Telefone:</b>	(81)995218095	<b>FAX:</b>		<b>e-Mail:</b>	<a href="mailto:andreiag.arruda@oi.com">andreiag.arruda@oi.com</a> andreaiaarruda-pe@hotmail.com
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:</b>					
<b>Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)</b>	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.				
<b>Nome do Cargo ou Função:</b>	CONSELHEIRO (A) SUPLENTE				
<b>Ato de Designação:</b>	<b>Ato de Exoneração</b>		<b>Período de gestão no Exercício</b>		
<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Nome e Número</b>	<b>Data</b>	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2018/2020	20/11/2017			01/01/2018	31/12/2020

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

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

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

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

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