

**Anexo II**

**PRESTAÇÃO DE CONTAS EXERCÍCIO 2021**

**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>	<b>JOSÉ GILMAR COSTA DE SOUZA JÚNIOR</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.385.064-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA ENGENHEIRO ÁLVARO CELSO, 208 - IMBIRIBEIRA</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>RECIFE</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>51.170-050</b>
<b>Telefone:</b>	<b>81-98471611</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>drgilmarjr@gmail.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>ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<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>	<b>THAÍSE TORRES DE ALBUQUERQUE</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.058.554-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>AV. BRASIL, 1860 RESIDENCIAL ACAUÃ BL 22 APTO 101 – UNIVERSITÁRIO</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>CARUARU</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>55.016-360</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 999776202</b>	<b>FA X:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>Thaisinha125@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>ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>
<b>PORTARIA COREN-PE Nº 082/2021</b>	<b>25/01/2021</b>			<b>26/01/2021</b>	<b>28/01/2021</b>
<b>PORTARIA COREN-PE Nº 183/2021</b>	<b>19/02/2021</b>			<b>22/02/2021</b>	<b>24/02/2021</b>
<b>PORTARIA COREN-PE Nº 204/2021</b>	<b>26/02/2021</b>			<b>16/03/2021</b>	<b>18/03/2021</b>
<b>PORTARIA COREN-PE Nº 368/2021</b>	<b>22/04/2021</b>			<b>05/05/2021</b>	<b>07/05/2021</b>
<b>PORTARIA COREN-PE Nº 405/2021</b>	<b>20/05/2021</b>			<b>24/05/2021</b>	<b>28/05/2021</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	THAÍSE TORRES DE ALBUQUERQUE		<b>CPF:</b>	XXX.058.554-XX	
<b>Endereço Residencial:</b>	AV. BRASIL, 1860 RESIDENCIAL ACAUÃ BL 22 APTO 101 - UNIVERSITÁRIO				
<b>Cidade:</b>	CARUARU	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	55.016-360
<b>Telefone:</b>	(81) 999776202	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	Thaisinha125@hotmail.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>		CONSELHEIRA SECRETÁRIA			
<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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	JOSÉ ALMIR ALVES DA SILVA	<b>CPF:</b>	XXX.977.844-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	TRAVESSA JOSÉ BONIFÁCIO, 157 – SANTO ONOFRE				
<b>Cidade:</b>	PALMARES	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	55.540-000
<b>Telefone:</b>	(81) 997071382 (81)36613959	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	Almiralves501@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>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>
ATA DA SESSÃO DE POSSE DOS CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE TRIÊNIO 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ANA PAULA OCHOA SANTOS	<b>CPF:</b>	XXX.410.219-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA CASSIANO RICARDO LEITE, 101 - ALDEIA				
<b>Cidade:</b>	CAMARAGIBE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	54.792-350
<b>Telefone:</b>	(81) 99979-2813	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	Anaochoa26@yahoo.com.br
<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>		CONSELHEIRO EFETIVO			
<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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ISABELLE DE OLIVEIRA BRAGA	<b>CPF:</b>	XXX.218.814-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, 137 APTº 302 – BOA VIAGEM				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	51.030-090
<b>Telefone:</b>	(81) 996427106	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	belle.enf@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 (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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	SUZANA SANTOS DA COSTA	<b>CPF:</b>	XXX.601.874-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	AV. PADRE IBIAPINA, 420 – APTO 604 - SANCHO				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	50.920-370
<b>Telefone:</b>	(81)	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	suzana_s_costa@hotmail.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>	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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>ANA CAROLINE NOVAES SOARES</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.667.514-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA LEONARDO B. CAVALCANTI, 300 APTO 2301 - JAQUEIRA</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>RECIFE</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>52.060-030</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 99592297</b> <b>(81) 32672115</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>acarolns@hotmail.com</b>
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:</b>					
<b>Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)</b>	<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>				
<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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>



<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ARACELE TENÓRIO DE ALMEIDA E CAVALCANTI	<b>CPF:</b>	XXX.774.744-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA BARÃO DE SÃO BORJA, 385 APTO 201-A				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	50.070-310
<b>Telefone:</b>	(81) 99262-2691	<b>FAX</b>		<b>e-mail:</b>	aracelecavalcanti@hotmail.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>	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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>GIDELSON GABRIEL GOMES</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.025.154-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA PORTO DA FOLHA, 487 – NOVA CARUARU</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>CARUARU</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>55.038-180</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 997706491</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>gidelsongomes@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 (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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>JOÃO ANTÔNIO BEZERRA MAGALHÃES ANTUNES</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.607.664-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA JACINTO ALVES DE CARVALHO, NOSSA SENHORA DA PENHA</b>				
<b>Cidade:</b>		<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>56.903-360</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 38316314 (87)99972-9277</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>joaomagalhaesa@gmail.com</b>
<b>INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO:</b>					
<b>Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)</b>		<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>			
<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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>MARCOS ANTÔNIO DE OLIVEIRA SOUZA</b>		<b>CPF:</b>	<b>XXX.744.564-XX</b>	
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>AV. MANOEL BORBA – EDF. CONDOMÍNIO SANTA EMÍLIA, 378 APTO 302 – BOA VISTA</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>RECIFE</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>50.070-000</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 996617768</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>socramef@gmail.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 (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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ANTÔNIO CARLOS DA SILVA SANTOS	<b>CPF:</b>	XXX.532.864-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA JOSÉ GOMES DE MOURA, 528 - ESTÂNCIA				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	50.865-040
<b>Telefone:</b>	(81) 996717922	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	Antonio_carlos009@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				
<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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>DIEGO FRANCISCO MORAES SILVA</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.754.744-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA IVANILDO CORDEIRO DE SOUZA, 55 - VASSOURAL</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>CARUARU</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>55.030-135</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 991299262</b>	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	<b>diegomorais_10@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</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 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2018</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	EDUARDO DE ANDRADE QUINTAS		<b>CPF:</b>	XXX.199.294-XX	
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA DR. JOÃO COIMBRA, 235 APTO 401 - MADALENA				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	50.610-310
<b>Telefone:</b>	(81) 991793851	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	eduardoquintas@live.com
	(81) 32280207				
<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				
<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 2021/2023	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	ENI GOMES DA SILVA	<b>CPF:</b>	XXX.463.074-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	TRAV. ALFREDO GAMA,152 – CASA AMARELA				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	52.072-571
<b>Telefone:</b>	(81) 992739958 (81) 984314678	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	enicosomesilva@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>		<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 2021/2023</b>	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023



<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	<b>LÁZARO LUIZ DOS RAMOS</b>	<b>CPF:</b>	<b>XXX.450.984-XX</b>		
<b>Endereço Residencial:</b>	<b>RUA VIA PRINCIPAL, 144 APTO 206 BL. D - SUCUPIRA</b>				
<b>Cidade:</b>	<b>JABOATÃO DOS GUARARAPES</b>	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	<b>54.280-298</b>
<b>Telefone:</b>	<b>(81) 988560901</b>	<b>FAX :</b>		<b>e-mail:</b>	<b>lazaroramos1983@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 SUPLENTES TRIÊNIO 2021/2023</b>	<b>04/01/2021</b>			<b>04/01/2021</b>	<b>31/12/2023</b>

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	SARA FONTES GOMES DA SILVA	<b>CPF:</b>	XXX.492.464-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	RUA HUGO DE CARVALHO, 37 - PRADO				
<b>Cidade:</b>	RECIFE	<b>UF:</b>	PE	<b>CEP:</b>	50.630-540
<b>Telefone:</b>	(81) 988680972	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	sarafonte@bol.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>		<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 2021/2023</b>	04/01/2021			04/01/2018	31/12/2023

<b>CONSELHO</b>		<b>REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO</b>			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL</b>					
<b>NOME:</b>	SEVERINA ETELVINA DA SILVA	<b>CPF:</b>	XXX.529.424-XX		
<b>Endereço Residencial:</b>	AV. FAGUNDES VARELA, 746 APTO 303 – JARDIM ATLÂNTICO				
<b>Cidade:</b>	OLINDA	<b>UF:</b>	<b>PE</b>	<b>CEP:</b>	53.140-080
<b>Telefone:</b>	(81) 99649-6037 __	<b>FAX:</b>		<b>e-mail:</b>	etelnabi@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>