

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

PARECER Nº **0984/2021**

O.S. Nº **0984/2021**

EMENTA: Referente ao **Projeto de Lei (PL) nº 1196/2021**, que “*Institui parcerias com profissionais médicos da rede privada, entidades filantrópicas, públicas e privadas e com a sociedade civil, legalmente constituídas, para a realização de consultas médicas especializadas e cirurgias para pacientes em filas de espera na rede estadual de saúde*”.

AUTORIA: Deputado XUXU DAL MOLIN.

SUBSTITUTIVO: Substitutivo Integral nº 01 – Deputado LÚDIO CABRAL.

RELATOR (A): DEPUTADO (A) Dr. GIMENEZ.

I – RELATÓRIO:

Submete-se a esta Comissão o **Projeto de Lei (PL) n.º 1196/2021**, de autoria do Deputado XUXU DAL MOLIN, que “*Institui parcerias com profissionais médicos da rede privada, entidades filantrópicas, públicas e privadas e com a sociedade civil, legalmente constituídas, para a realização de consultas médicas especializadas e cirurgias para pacientes em filas de espera na rede estadual de saúde*”, iniciativa foi recebida e registrada pela Secretaria de Serviços Legislativos, por meio do Protocolo nº 13741/2021 - Processo nº 1976/2021, lida na 77ª Sessão Ordinária (14/12/2021), cumpriu pauta no período de 15/12/2021 a 04/01/2022.

Tendo em vista a permissibilidade, prevista no Art. 134 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa, com anuência do Plenário, foi aprovado o requerimento de “**Dispensa de Pauta**”, a fim de que possa ser apreciada de imediato pela Comissão.

Os autos foram tramitados pela Secretaria de Serviços Legislativos, com a **FICHA TÉCNICA**, expedida em 17/01/2022, na qual resta afirmada a inexistência de normas em tramitação ou em vigor que disponham sobre matéria idêntica ou semelhante, conforme fls. 05.

Concedida vista o **Projeto de Lei (PL) n.º 1196/2021** ao Deputado LÚDIO CABRAL na reunião da Comissão de Saúde, Previdência

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

e Assistência Social do dia 05/04/2022, onde os autos foram devolvidos em 07/04/2022 com a apresentação do Substitutivo Integral nº 01. Vejamos:

Art. 1º Fica instituído que o Governo do Estado de Mato Grosso, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, poderá firmar contratualizações, convênios ou contratações para assegurar o atendimento à saúde de forma complementar, junto à iniciativa privada, buscando priorizar as seguintes situações;

I - Credenciar e contratualizar serviços de saúde para realização de exames, consultas especializadas, procedimento clínicos e cirúrgicos, procedimentos terapêuticos, com a finalidade de complementar serviços de saúde não ofertados em unidades de saúde sob gestão municipal, gestão estadual ou dupla gestão, ou cuja oferta não seja suficiente para atender a demanda, esgotadas as possibilidades de ampliação ou implementação desses respectivos serviços nas unidades de saúde públicas, a curto e médio prazo;

II - Estabelecer convênio ou contrato de gestão para fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde, buscando incentivar a descentralização e regionalização da rede de atenção à saúde;

III - Proceder a processo licitatório para contratar serviços de saúde privados em regiões que não possua serviços de saúde privados credenciados ao SUS.

Parágrafo Único Deverá ser realizado estudo de viabilidade e plano de implementação de serviços nas unidades de saúde pública sob gestão municipal, estadual ou dupla gestão, com a finalidade de implantar esse serviços contratados, bem como, viabilizar esforços para habilitação no SUS, desses serviços contratados junto à rede privada.

Art. 2º O Poder Executivo definirá critérios para elaboração de uma tabela financeira dos procedimentos as serem contratados, conforme realidade das regiões de saúde, tendo como parâmetro a Tabela SUS, bem como, critérios de complementação de tabela para os procedimentos ofertados por serviços privados habilitados ao SUS.

Parágrafo Único Não poderá ter valores diferenciados para os mesmos serviços oferecidos num mesmo território (região de saúde) devendo inclusive buscar padronizar os valores de tabela junto aos serviços contratados ou valores de complementação de tabela dos serviços contratualizados pelos municípios ou pelos consórcios intermunicipais de saúde.

Art. 3º As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão a contar de dotações orçamentárias próprias da Secretaria Estadual da Saúde, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Em seguida os autos foram enviados e recebidos pelo Núcleo Social, conforme artigo 360, inciso III, alínea “b” do Regimento Interno, à Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social, para análise e emissão de novo parecer quanto ao mérito da iniciativa.

Em apertada síntese, é o relatório.

II – PARECER:

Analizados os aspectos formais, a proposição se insere no rol de competência exclusiva do Parlamento Estadual, especificamente no artigo 26, XXVIII da Constituição do Estado de Mato Grosso - Promulgada em 05 de outubro de 1989 - D.O. 18/10/1989.

CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Art. 26 - É da competência exclusiva da Assembleia Legislativa:

(...)

XXVIII - emendar a Constituição Estadual, promulgar leis nos casos previstos nesta Constituição, expedir decretos legislativos e resoluções;

Cabe a esta Comissão, dar parecer quanto ao mérito a todas as proposições que visem regular a previdência e a assistência social no seu mais amplo sentido, bem como, sobre todos os assuntos que com ela tenham referências contidas no Artigo 369, inciso IV, alínea “a” do Regimento Interno desta Casa de Leis.

No que diz respeito à tramitação e abordagem do tema, o Regimento Interno prevê dois casos: no primeiro, verifica-se a existência de lei que trate especificamente do tema abordado, se confirmada o projeto será arquivado. No segundo, a existência de projetos semelhantes tramitando, se houver, a propositura deverá ser pensada.

Art. 194 Consideram-se prejudicados:

I - a discussão, ou a votação, de qualquer proposição idêntica à outra já aprovada, ou a outra já rejeitada na mesma Sessão Legislativa, salvo, na primeira hipótese, quando a segunda aprovação der à anterior caráter ampliativo, ou na segunda hipótese, tratando-se de proposição renovada nos termos do art. 175;

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

II - a discussão, ou a votação, de qualquer proposição semelhante à outra considerada inconstitucional pelo Plenário na mesma Legislatura;

III - a proposição, com as respectivas emendas, que tiver substitutivo aprovado;

IV - a emenda ou subemenda de conteúdo idêntico ao de outra já aprovada ou rejeitada, ressalvadas as hipóteses de exceção previstas no inciso I;

V - a emenda ou subemenda em sentido contrário ao de outra, ou de dispositivo, já aprovado.

Parágrafo único O mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, exceto quando o subsequente se destine a completar lei considerada básica, vinculando-se a esta por remissão expressa.

Art. 195 As proposições versando sobre matéria análoga e interdependente serão anexadas a mais antiga.

§ 1º A anexação se fará de ofício pelo Presidente da Assembleia Legislativa ou 68 a requerimento de Comissão ou do autor de qualquer das proposições, comunicado o fato ao Plenário.

§ 2º Não se admitirá a anexação se sobre a mais antiga já houver se manifestado, favoravelmente, a Comissão de Constituição, Justiça e Redação, devendo a proposição apresentada ser encaminhada ao arquivo.¹

No tocante a análise acima, a proposição deve ser avaliada sob três enfoques: oportunidade, conveniência e relevância social.

Oportuno é o ato administrativo que compõe os pressupostos de fato e de direito. O pressuposto de direito é uma disposição legal que a estrutura disponibiliza e o pressuposto de fato são os acontecimentos que levam a administração à prática.

Um ato é conveniente, quando seu conteúdo jurídico produz resultado que atenda a finalidade pretendida que é a satisfação ao interesse público e relevância social.

O interesse público refere-se ao “**bem geral**”, segue um conceito central para política, a democracia e a natureza do próprio governo; já a relevância social é justamente a verificação da importância da proposta para a vida da população.

¹ Disponível em <https://www.al.mt.gov.br/arquivos/parlamento/ssl/regimento-interno-almt.pdf> Acesso em março de 2022.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Quanto à noção de relevância pública, essa está diretamente associada com a de interesse público. Como mencionado, a iniciativa original em tela tem por objetivo sanar uma lacuna já conhecida e notória no âmbito da saúde, por meio de parcerias inter-setoriais. O conceito de inter-setorialidade foi bem definido por Feuerwerker e Costa (2000, p. 94):

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Considerando esse critério, segundo pesquisas realizadas, seja na *internet* ou *intranet* da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso sobre o assunto, não foram encontradas ocorrências que impeçam o seguimento da análise, nos moldes preceituados pelo Regimento Interno desta Casa de Leis.

Feitas as ponderações acima, passamos análise, nos seus requisitos necessários e inerentes ao caso, onde o nobre parlamentar traz as seguintes justificativas no Substitutivo Integral nº 01 ao Projeto de Lei (PL) nº 1196/2021:

A Constituição Federal estabelece a possibilidade de atuação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde-SUS de forma complementar, bem como a legislação que regulamenta o funcionamento do SUS prevê medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde, evidenciando a necessidade de planejamento e organização dos serviços, buscando-se a iniciativa privada somente depois de esgotadas as possibilidades de oferta dos serviços de saúde pelas unidades públicas, considerando as três esferas administrativas.

Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma **complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

As regulamentações do Sistema, principalmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde trouxeram avanços significativos para a regulação da participação privada no SUS. Essa participação deve ocorrer somente após esgotada a capacidade de toda a rede pública de saúde, federal, estadual e municipal. Vejamos:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

No artigo 16, inciso XIX da Lei 8080/90 está estabelecido à competência do gestor nacional para coordenação técnica e financeira do sistema, em virtude disto o ministério da saúde vem determinando tabelas com valores, tempo de permanência tipo de profissional tipo unidades assistenciais para procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Os entes federativos têm autonomia para praticar os preços estabelecidos pela Tabela SUS nacional ou complementá-la criando, desta forma, Tabelas SUS Estaduais, Regionais ou Municipais. Essas Tabelas deverão ser publicadas no Diário Oficial dos estados e/ou dos municípios e serão as referências de cada ente federativo para a contratação de serviços de saúde. As Tabelas serão estabelecidas mediante a análise da estrutura da oferta e dos custos

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

dos serviços de saúde em cada unidade territorial. O gestor do SUS não deve praticar preços diferentes para os mesmos serviços de saúde na sua unidade territorial. A composição dos valores estabelecidos pela Tabela Estadual, Regional ou Municipal deverá ser feita tendo como referência os valores estabelecidos na Tabela Nacional. A complementação dada pelos gestores de saúde somente poderá ser feita com recursos próprios. Vejamos:

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

(...)

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

(...)

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

A Portaria GM nº 1606, de 11 de setembro de 2001, estabelece em seu Art. 1º “que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade”.

Ainda sobre o tema a Lei 8080/90 fica assegurado a possibilidade de formação de consórcios de saúde para organização,

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

implementação e ampliação da oferta de serviços de saúde, como alternativa para estruturação da rede de atenção a saúde no SUS:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Nesse sentido, os contratos de prestação de serviços devem ser planejados levando em conta as necessidades da população, priorizando a ampliação ou implementação dos serviços públicos, na sequência serviços ofertados por entidades privadas filantrópicas e por último a contratação junto à iniciativa privada.

A Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), onde prevê a responsabilidade de promover um diagnóstico e elaborar um plano de estruturação da rede de atenção à saúde para subsidiar os investimentos necessários à implementação dos serviços públicos, contratualização com os serviços privados filantrópicos e por último a contratação junto a iniciativa privada de forma complementar.

Vejamos:

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes:

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas da região de saúde, conforme

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuação no âmbito do subsistema de saúde indígena;

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados;

Nesse sentido fica claro que o SUS já possui as normativas que orientam a contratação de serviços de saúde junto à iniciativa privada, essa normativas seguem as mesmas regras dos instrumentos de gestão, com previsão legal que permitem a regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços, para monitorar o real impacto na qualidade da assistência prestada, evitando contratações regidas pela regra do mercado da saúde ou por interesses prioritariamente econômicos.

Pelas razões expostas, solicito o apoio dos meus pares para a aprovação do presente substitutivo integral ao Projeto de Lei 1.196/2021.

Trabalha-se em promoção da saúde com a ideia de "**responsabilização múltipla**", de Buss (2000, p. 164), propondo-se a articulação de saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos problemas (PELICIONI, 2005; WESTPHAL, 2006).

Nesse âmbito, dentro das estratégias de fomento à inter-setorialidade, busca-se a formação de redes descentralizadas, complexas e heterogêneas, para estabelecer o "**sentido da unidade na diversidade**", como sugere Luck, citado por Mendes e Akerman (2007, p. 90). Além da afinidade com o conceito de rede, a inter-setorialidade dialoga com a ideia de rizoma, um sistema aberto, acentrado, não-hierárquico, de ligações

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

intercambiáveis que se opõe a sistemas centrados, de comunicação hierárquica e ligações pré-estabelecidas que não se rompem (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Para Mendes (1996), a inter-setorialidade, uma prática a ser estabelecida em territórios específicos, apresenta no campo do fazer os mesmos desafios relacionados à construção coletiva que a interdisciplinariedade tem no campo do saber.

É preciso considerar ainda que a coordenação da PNPS no SUS e sua articulação com os demais setores governamentais e não-governamentais são atribuídas a um comitê gestor que reúne todas as secretarias do Ministério da Saúde, suas fundações, agências, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, incentivando a elaboração, por parte dos estados, Distrito Federal e municípios, de políticas de promoção da saúde locais que considerem as diretrizes da PNPS (BRASIL, 2008).

Em suma, as políticas públicas de Promoção da Saúde, ao valorizarem a perspectiva territorial e as redes, potencializam os processos participativos e integrados, de estímulo à autonomia e ao controle social, estreitando vínculos para apoiar grupos no enfrentamento de situações diversas ainda não percebidas como necessidades.²

A perspectiva da melhoria da saúde pública exige não apenas o esforço isolado de algumas instituições ou profissionais comprometidos com a causa, mas sim o engajamento, por parte dos formadores de políticas públicas e tomadores de decisão, e seu esforço sincero na constituição de intervenções e na destinação de verbas para adequação dos recursos humanos, materiais e físicos necessários, como a proposta ora em tela.

Outrossim, a definição de Promoção de Saúde proposta pela Carta de Ottawa – *o processo de permitir às pessoas assumirem o controle sobre os determinantes de saúde e assim melhorarem sua saúde* – indica, por si só, resultados esperados de ações de Promoção de Saúde. Portanto, ações de Promoção de Saúde precisam ser avaliadas em relação às influências sociais e estruturais sobre os determinantes de saúde. Para tanto faz-se necessário adotar uma abordagem para avaliação que

² Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YxtPjCZTBSwKqdx98G4sLRp/?lang=pt> Acesso em março de 2022.



NUCLEO SOCIAL

FLS 22

RUB G.A.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

reconheça o impacto sobre resultados em saúde, mas que explicitamente também se concentre no processo de construção das ações de promoção de saúde – avaliação de processo (Macdonald & Davies, 1998).

Por fim, o comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos inter-setoriais, no médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde. Neste sentido, além da abrangência e relevância social das políticas, há que se pensar na formação e manutenção de redes colaborativas, apoiadas na diversidade de atores e instituições, bem como em bases políticas e legislativas que permitam que as intervenções continuem independentemente de eventuais transições político-administrativas de autoridades locais.

Assim, analisados os aspectos **meritórios**, posiciono-me pela **APROVAÇÃO** do **Substitutivo Integral nº 01**, de autoria do Deputado LÚDIO CABRAL ao **Projeto de Lei (PL) nº 1196/2021**, de autoria do Deputado XUXU DAL MOLIN, nos termos e forma apresentado.

É o parecer.

COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

III – VOTO DO RELATOR:

PARECER Nº

0984/2021

O.S. Nº

0984/2021

EMENTA:

Referente ao **Projeto de Lei (PL) nº 1196/2021**, que “*Institui parcerias com profissionais médicos da rede privada, entidades filantrópicas, públicas e privadas e com a sociedade civil, legalmente constituídas, para a realização de consultas médicas especializadas e cirurgias para pacientes em filas de espera na rede estadual de saúde*”.

AUTORIA:

Deputado XUXU DAL MOLIN.

SUBSTITUTIVO:

Substitutivo Integral nº 01 – Deputado LÚDIO CABRAL.

Analizados os aspectos **meritórios**, posiciono-me pela **APROVAÇÃO** do **Substitutivo Integral nº 01**, de autoria do Deputado LÚDIO CABRAL ao **Projeto de Lei (PL) nº 1196/2021**, de autoria do Deputado XUXU DAL MOLIN, nos termos e forma apresentado.

VOTO DO RELATOR (A):

PRINCIPAL:

PROJETO DE LEI Nº 1196/2021, autoria Deputado XUXU DAL MOLIN. FAVORÁVEL REJEIÇÃO PREJUDICIDADE/ARQUIVO

(CAPÍTULO VIII, ARTIGO 194, § ÚNICO E/OU ARITGO 195, § 2º).

SUBSTITUTIVO:

SUBSTITUTIVO INTEGRAL Nº 01/2022, autoria Deputado LÚDIO CABRAL. FAVORÁVEL REJEIÇÃO PREJUDICIDADE/ARQUIVO

(CAPÍTULO VIII, ARTIGO 194, § ÚNICO E/OU ARITGO 195, § 2º).

SPMD/NUS/CSPAS/ALMT, em 26 de ABRIL de 2022.RELATORIA: DV. GIMENEZ.



Secretaria Parlamentar da Mesa Diretora
COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
IV - FOLHA DE VOTAÇÃO - SISTEMA DE DELIBERAÇÃO REMOTA:

NUCLEO SOCIAL

FLS 24

RUB 6.A

3REUNIÃO:	<input type="checkbox"/> a ORDINÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> a EXTRAORDINÁRIA	DATA/HORÁRIO:	26/04/2022 14h00
PROPOSIÇÃO:	PL N° 1196/2021 - DISPENSA DE PAUTA.			
AUTORIA:	Deputado XUXU DAL MOLIN.			
ANEXOS:	SUBSTITUTIVO INTEGRAL N° 01/2022.			

VOTO DO RELATOR: FAVORÁVEL REJEIÇÃO PREJUDICIDADE/ARQUIVO
(CAPÍTULO VIII, ARTIGO 194, § ÚNICO E/OU ARTIGO 195, § 2º).

SISTEMA ELETRÔNICO DE DELIBERAÇÃO REMOTA (VIDEOCONFERÊNCIA)

MEMBROS TITULARES	ASSINATURAS	RELATOR	VOTAÇÃO	
DR. JOÃO Vice-Presidente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
DR. GIMENEZ Presidente		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
DR. EUGÊNIO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
LÚDIO CABRAL		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
WILSON SANTOS		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
MEMBROS SUPLENTES	ASSINATURAS	RELATOR	VOTAÇÃO	
PAULO ARAÚJO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
XUXU DAL MOLIN		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
FAISSAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
DELEGADO CLAUDINEI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO
SEBASTIÃO REZENDE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COM O RELATOR(SIM)	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL
			<input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR(NÃO)	<input type="checkbox"/> REMOTO

OBSERVAÇÃO: APROVADO COM 09 VOTOS. O SUBSTITUTIVO INTEGRAL N° 01/2022
PO PL N° 1196/2021.

Certifico que foi designado o Deputado Dr. Gimenez para relatar a presente matéria.

DEPUTADO DR. GIMENEZ
Presidente da Comissão - CSPAS

Encaminha-se à SPMD:

Sendo o RESULTADO FINAL da proposição: APROVADO REJEITADO

FRANCISCO XAVIER DA CUNHA FILHO
Consultor Legislativo do Núcleo Social

GLÁUCIA MARIA DE CAMPOS ALVES
Secretária da Comissão Permanente