ANO XXVI | Nº 3111

26 | OUTUBRO | 2026

IMPRENSA OFICIAL

do Município de Osasco

www.osasco.sp.gov.br

GABINETE DO PREFEITO

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.298, DE 22 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de R$ 2.681.276,72 (dois milhões, seiscentos e oitenta e um mil, duzentos e setenta e seis reais e setenta e dois centavos), de acordo com o inc. I do § 1º do art. 4º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

				Dotação
01.13	**SECRETARIA DE HABITAÇÃO**			
01.13.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE HABITAÇÃO**			
01.13.001 16.482.0012.1.010	Requalificação de Favelas e Comunidades			
4.4.90.51	OBRAS E INSTALAÇÕES	01.110.0000	2.681.276,72	621
		TOTAL	2.681.276,72	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. III do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964

01.06	**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**			
01.06.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**			
01.06.001 04.122.0001.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.110.0000	23.992,39	1198
01.08	**SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**			
01.08.001	**GABINETE DA SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**			
01.08.001.12.306.0016.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.110.0000	191.202,35	139
01.11	**SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS**			
01.11.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS**			
01.11.001 04.122.0011.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.110.0000	2.466.081,98	414
		TOTAL	2.681.276,72	

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 22 de outubro de 2026

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

Gelso Aparecido Lima
Secretário de Habitação

Av. Lázaro de Mello Brandão, 300 – Sala 22 – Vila Bussocaba – Osasco – SP – Fone: 3652-9192
CEP: 06023-901
Home Page: www.osasco.sp.gov.br – E-mail: datl.pgm@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.299, DE 22 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de R$ 3.936.658,07 (três milhões, novecentos e trinta e seis mil, seiscentos e cinquenta e oito reais e sete centavos), de acordo com o inc. I do § 1º do art. 4º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

				Dotação
01.11	**SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS**			
01.11.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS**			
01.11.001.18.543.0007.2.037	Ampliação e Manutenção de Áreas Verdes			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	3.936.658,07	**435**
		TOTAL	**3.936.658,07**	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. III do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4 320, de 17 de março de 1964.

01.18	**ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO**			
01.18.003	**RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SEC. DE TEC, INOV. E DE**			
01.18.003.04.126.0002.2.007	Ampliação e Manutenção de Sistemas de Inteligência, Fiscalização e Tecnologia			
3.3.90.40	SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNIC	01 110.0000	3.936.658,07	**760**
		TOTAL	**3.936.658,07**	

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 22 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

Waldyr Ribeiro Filho
Secretário de Serviços e Obras

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.300, DE 22 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional especial ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional especial ao orçamento vigente, na importância de R$ 4.621.353,70 (quatro milhões, seiscentos e vinte e um mil, trezentos e cinquenta e três reais e setenta centavos), de acordo com o inc. II do § 3º do art. 4º e alínea "a" do inc. V do Art. 5º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

01.09	**SECRETARIA DA SAÚDE**		
01.09.012	**DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**		
01.09.012.10.303.0014.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos		
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	02.301.0000	4.621.353,70
		TOTAL	**4.621.353,70**

Art. 2º O crédito adicional especial de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. II do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 22 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

Fernando Machado de Oliveira
Secretário de Saúde

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.301, DE 22 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de R$ 2.937.377,49 (dois milhões, novecentos e trinta e sete mil, trezentos e setenta e sete reais e quarenta e nove centavos), de acordo com o §4º do art. 4º e alínea "a" do inc. V do Art. 5º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

				Dotação
01.09	**SECRETARIA DA SAÚDE**			
01.09.012	**DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**			
01.09.012.10.303.0014.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	02.310.0000	2.937.377,49	**366**
		TOTAL	**2.937.377,49**	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. II do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 22 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

Fernando Machado de Oliveira
Secretário de Saúde

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.302, DE 22 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de R$ 9.100,00 (nove mil, cem reais), de acordo com o inc. I do § 1º do art. 4º da Lei nº 5 444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

					Dotação
01.04	**SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001.04.122.0001.2.006	Representações Oficiais				
3.3.90.33	PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO		01.110.0000	5.800,00	38
01.04	**SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001.04.122.0001.2.006	Representações Oficiais				
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		01.110.0000	3.300,00	40
			TOTAL	**9.100,00**	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. III do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

01.04	**SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE FINANÇAS**				
01.04.001.04.122 0001 2 011	Manutenção de Equipamentos Públicos				
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO		01.110.0000	9.100,00	42
			TOTAL	**9.100,00**	

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 22 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

LEI Nº 5.542, DE 26 DE OUTUBRO DE 2026.

Dispõe sobre a fixação do subsídio mensal do cargo de Secretário Adjunto do Município de Osasco.

Projeto de Lei nº 224/2026 de autoria da Mesa Diretora da Câmara Municipal.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte lei,

Art. 1º O subsídio mensal do cargo de Secretário Adjunto (Referência SAM) do Município de Osasco, enquadrado como Agente Político integrante da administração superior do Poder Executivo Municipal, é fixado em R$ 17.327,80.

Art. 2º A remuneração do Secretário Adjunto dar-se-á exclusivamente mediante subsídio em parcela única, vedado o acréscimo de qualquer gratificação, adicional, abono, prêmio, verba de representação ou outra espécie remuneratória de mesma natureza jurídica.

Art. 3º O servidor público municipal ocupante de cargo de provimento efetivo que for nomeado para o cargo de Secretário Adjunto poderá optar pela remuneração do cargo de origem ou pelo subsídio fixado para o cargo de Secretário Adjunto, observadas as regras de teto remuneratório e as hipóteses de acumulação previstas na Constituição Federal.

Art. 4º Os subsídios fixados por esta Lei poderão ser reajustados na mesma data e sem distinção de índices aplicáveis à revisão geral anual concedida aos demais servidores públicos do Município de Osasco, em atendimento ao disposto no art. 37, inciso X, da Constituição Federal.

Art. 5º O ocupante do cargo de Secretário Adjunto submete-se ao regime de dedicação em tempo integral e ao cumprimento do quadro de atribuições e requisitos de escolaridade e experiência fixados na legislação de estrutura organizacional do Município.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias do Município, suplementadas se necessário.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 26 de outubro de 2026.

GERSON PESSOA

Prefeito

ATO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DE PROJETOS EDITAL DE SELEÇÃO DE PROJETOS nº 01/2026 – FUMCAD/CMDCA

CONSIDERANDO o disposto dado pelo §4º, do artigo 27, da lei Federal nº 13.019/2014;

CONSIDERANDO os dispostos dado pelo artigo 36, do Decreto Municipal nº 11.384/2016;

CONSIDERANDO o disposto dado pelo item 19, do Edital de Chamamento Público FUMCAD/CMDCA nº 01/2026,

PUBLICA-SE, O RESULTADO DEFINITIVO com a ordem de classificação das Propostas de Plano de Trabalho e respectiva pontuação das OSCs selecionadas, nos seguintes termos:

I – PROJETOS SELCIONADOS EM ORDEM DE CLASSIFICAÇÃO DEFINITIVA:

CLAS	Entidade	CRITÉRIOS DO EDITAL CMDCA 01/2026					TOTAL	Data de abertura - CNPJ
		A	B	C	D	E		
1º	ASSOCIAÇÃO CULTURAL PROMOART	20	20	20	20	20	**100**	-
2º	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE — AACD	20	20	20	15	20	**95**	-
3º	COMUNIDADE IMPACTO	15	20	20	20	20	**95**	-
4º	ATUS SOCIAL	20	20	20	20	10	**90**	-
5º	ASSOCIAÇÃO CAMILA	15	20	20	20	15	**90**	-
6º	AGUAS – ASSOCIAÇÃO PARA GESTÃO DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS SOCIAIS	15	20	20	15	20	**90**	-
7º	ASSOCIAÇÃO NEGO DRAMA DESENVOLVI OZ BRASIL	20	20	20	20	5	**85**	-
8º	ASSOCIAÇÃO DE INCENTIVO AO NÚCLEO DE TRABALHOS ESPECIAIS - ADIANTE	15	20	20	20	10	**85**	-

9º	UNIDOS DO SÃO VICTOR FUTEBOL – USV	15	20	20	15	15	**85**	-
10º	ASSOCIAÇÃO ABRAAC	20	20	20	20	0	**80**	19/09/2018
11º	INSTITUTO ALIANÇADOS PELA VIDA	20	20	20	20	0	**80**	09/05/2019
12º	LIGA DE KARATE DE OSASCO	20	20	20	15	5	**80**	-
13º	ASSOCIAÇÃO VERACIDADE – INSTITUTO PRESBITERIANO PIRA VIVO	15	20	20	20	5	**80**	03/01/2011
14º	INSTITUTO KARAN	15	20	20	20	5	**80**	28/04/2015
15º	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL VOZES DA CAPELA	15	15	20	10	20	**80**	-
16º	ASSOCIAÇÃO AMME	20	20	20	15	0	**75**	-
17º	ASSOCIAÇÃO PROJETO VIDA	15	20	20	15	5	**75**	-
18º	ASSOCIAÇÃO FBFB – FAZER BEM FAZ BEM	15	20	15	20	5	**75**	-
19º	PROJETO KUKA LEGAL	15	20	15	15	10	**75**	-
20º	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÃO AMIGA	15	20	20	20	0	**75**	22/04/1999
21º	INSTITUTO HATUS	15	20	20	20	0	**75**	29/06/2009
22º	ASSOCIAÇÃO PROMOTORA DE INSTRUÇÃO E TRABALHO	15	20	20	20	0	**75**	11/08/2010
23º	INSTITUTO IMPACTO	15	20	20	20	0	**75**	10/05/2017
24º	INSTITUTO TERCEIRO SETOR	15	20	20	20	0	**75**	24/05/2021
25º	INSTITUTO UM NOVO TEMPO	15	20	20	20	0	**75**	05/10/2021
26º	ASSOCIAÇÃO FORTUNATA DE EQUOTERAPIA E HIDROTERAPIA E AFINS	15	20	20	20	0	**75**	08/02/2022
27º	INSTITUTO MENINOS DA LATA	20	15	20	20	0	**75**	-
28º	INSTITUTO SOPHIA VERCELLI	15	15	15	20	10	**75**	-
29º	ASSOCIAÇÃO PEDAGOGIA E ESPORTE SOCIAL	20	20	20	10	0	**70**	-
30º	LIGA DE FUTEBOL AMADOR DE OSASCO	15	20	20	15	0	**70**	17/06/1969

31º	ASSOCIAÇÃO DAS MULHERES EM DEFESA À CRIANÇA	15	20	20	15	0	**70**	10/11/1987
32º	ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE OSASCO	15	20	20	15	0	**70**	31/08/1994
33º	INSTITUTO RESTAURAÇÃO PLENA	15	20	20	15	0	**70**	25/11/2003
34º	ILHA DA MADEIRA	15	20	20	15	0	**70**	01/08/2016
35º	INSTITUTO BRAZAO	15	20	20	15	0	**70**	12/05/2017
36º	1º GRUPAMENTO DE BOMBEIRO E RESGATE AMBIENTAL VOLUNTÁRIO – 1º GBRAV	15	20	20	15	0	**70**	16/05/2019
37º	INSTITUTO ADC AMIGOS DA COMUNIDADE	15	20	20	15	0	**70**	30/06/2025
38º	ASSOCIAÇÃO ACM	15	20	15	20	0	**70**	09/02/1967
39º	ASSOCIAÇÃO ESPORTIVA NOVO OSASCO	15	20	15	20	0	**70**	24/01/1979
40º	INSTITUTO DA PONTE PRA CÁ	15	20	15	20	0	**70**	12/06/1990
41º	INSTITUTO MARCIA FERRARI	15	20	15	20	0	**70**	27/07/2021
42º	ASSOCIAÇÃO DE PAIS E MESTRES DE ESC. DE XADREZ	15	20	10	20	5	**70**	-
43º	LAR JESUS ENTRE AS CRIANÇAS	15	15	20	20	0	**70**	-
44º	ASSOCIAÇÃO ANJOS DA GUARDA MIRIM DE OSASCO	15	20	20	10	0	**65**	13/11/2001
45º	NUCLEO DE AÇÃO E CIDADANIA - CAJU	15	20	20	10	0	**65**	08/09/2003
46º	INSTITUTO DIVERTERE	15	20	20	10	0	**65**	10/08/2017
47º	INSTITUTO CAMINHOS CONTRA INJUSTIÇA	15	20	20	10	0	**65**	21/05/2018
48º	ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA VILA LZABEL	15	20	15	15	0	**65**	29/01/1986
49º	GREMIO RECREATIVO CULTURAL SOCIAL ESCOLA DE SAMBA SAO JORGE	15	20	15	15	0	**65**	03/04/2008
50º	IUSA INSTITUTO DE UNIDADES SOCIAIS E ADMINISTRATIVAS	15	20	15	15	0	**65**	12/09/2012
51º	ASSOCIAÇÃO VILA DO CHAVES	15	20	15	15	0	**65**	19/07/2023

52º	INSTITUTO DE APOIO A FAMÍLIA	15	20	10	20	0	**65**	31/07/1995
53º	ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA AJAX SÃO PAULO	15	20	10	20	0	**65**	05/10/2016
54º	ONG AMIGOS DA ESPERANÇA	15	20	10	20	0	**65**	06/02/2017
55º	INSTITUTO ECLESIA	15	20	10	20	0	**65**	18/03/2020
56º	INSTITUTO MISSÃO URBANA	15	20	10	20	0	**65**	20/01/2021
57º	INSTITUTO COLINAS	15	20	10	20	0	**65**	24/03/2023
58º	INSTITUTO INOVAÇÃO SOCIAL	10	20	20	15	0	**65**	-
59º	KOLPING JARDIM CALIFÓRNIA	10	20	15	20	0	**65**	03/07/1986
60º	FORÇA, INTELIGÊNCIA E AÇÃO	10	20	15	20	0	**65**	01/01/2013
61º	CEDECA OSASCO	10	20	15	20	0	**65**	27/11/2015
62º	INSTITUTO TESLA	15	15	20	15	0	**65**	17/06/2022
63º	ANGÉLIKA INSTITUTO DE HIDROTERAPIA E ATIVIDADES TERAPÊUTICAS	15	15	20	15	0	**65**	26/06/2024
64º	INSTITUTO LUIZÃO ACREDITANDO NO SER HUMANO	15	15	15	20	0	**65**	-
65	AMAMOS	10	10	10	20	15	**65**	-
66º	COMUNIDADE KOLPING DE VILA SÃO JOSÉ	15	20	10	15	0	**60**	25/10/1984
67º	ADRA NÚCLEO DE OSASCO	15	20	10	15	0	**60**	03/12/2012
68º	ONG SEMENTINHA DO BEM	15	20	10	15	0	**60**	09/08/2018
69º	INSTITUTO KUÀILÈ	10	20	15	15	0	**60**	21/03/2019
70º	CT GARAGE	10	20	15	15	0	**60**	25/07/2025
71º	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE OSASCO	15	15	20	10	0	**60**	-
72º	INSTITUTO INTEGRAÇÃO SOCIAL DO AR — DOAR	15	15	15	15	0	**60**	-
73º	ASSOCIAÇÃO PRO-FAMILIA DO ESTADO DE SÃO PAULO	15	15	10	20	0	**60**	-
74º	BEM ME QUER	15	15	10	15	0	**55**	-
75º	GRÊMIO OSASCO AUDAX ESPORTE CLUBE	10	15	20	10	0	**55**	-

76º	INSTITUTO AGARRANDO A CHANCE	15	10	15	15	0	**55**	20/01/2012
77º	PROJETO PRODUTO DA VILA	15	10	15	15	0	**55**	21/03/2019
78º	INSTITUTO GEREMIAS DE OLIVEIRA	15	15	10	10	0	**50**	-
79º	ASSOCIAÇÃO DESPORTIVO SOCIAL	10	15	10	15	0	**50**	-
80º	ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS E MORADORES DO PROJETO SERVENTINA - OSASCO	15	10	10	15	0	**50**	-

Com a aceitabilidade, mesmo que de forma parcial, de três recursos impetrados, restou o seguinte:

a) alteração da pontuação da OSC COMUNIDADE IMPACTO, de 75 (setenta e cinco) pontos para 95 (noventa e cinco) pontos, reclassificada para a 3º (terceira) colocação;

b) alteração da pontuação da OSC INSTITUTO KARAN, de 75 (setenta e cinco) pontos para 80 (oitenta) pontos, reclassificada para a 14º (terceira) colocação;

c) alteração da classificação da entidade AMAMOS de 44º lugar para 65º lugar.

II– DOS RECURSOS:

Para a manutenção da coerência, transparência e equidade de tratamento entre todas as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) concorrentes, esta Comissão adotou as seguintes balizas jurídicas firmadas:

1. **Inadmissibilidade da Juntada Extemporânea de Documentos (Preclusão Temporal):** Em consonância com a doutrina de *Hely Lopes Meirelles* e *Marçal Justen Filho*, precluso o momento para a apresentação dos documentos no envelope de proposta/credenciamento, opera-se a perda da faculdade de instruí-los posteriormente. A fase recursal destina-se a reapreciar os documentos tempestivamente apresentados e validados na origem, e não a sanar omissões probatórias ou suprir desídia de instrução.

2. **Do Ônus Exclusivo Probatório do Proponente (Item 16.3.5 do Edital):** A responsabilidade de instruir e comprovar adequadamente os requisitos de pontuação — em especial no **Critério E (Capacidade Técnico-Operacional e Experiência Prévia)** — é de encargo exclusivo da OSC proponente. Não cabe à Comissão atuar como órgão investigador ou realizar buscas/diligências *ex officio* em arquivos paralelos, conselhos (CMDCA/CMAS) ou processos antigos para "construir" provas em favor de entidades omissas, em estrito cumprimento ao Acórdão 1.211/2021 – Plenário do TCU.
3. **Forma e Prazo de Interposição de Recursos:** O ato publicatório IOMO nº 3096 estipulou o prazo fatal e improrrogável de **06 a 13 de outubro de 2026 (das 9h às 16h)**, com obrigação de protocolo físico/presencial na sede do CMDCA. Remessas feitas exclusivamente por e-mail, fora do horário de atendimento ou protocoladas em datas posteriores foram julgadas inadmissíveis por intempestividade e inobservância da forma solene.
4. **Garantia de Vistas e Transparência:** Reiterou-se que a vista à ata de julgamento preliminar e aos autos do certame esteve garantida a todos os interessados no período recursal, mediante solicitação prévia pelo e-mail oficial regulamentado no item IV da publicação oficial.

III - SÍNTESE DO JULGAMENTO DOS RECURSOS E CONTRARRAZÕES

Após o reexame individualizado de cada expediente, a Comissão assim deliberou:

III.1 - RECURSOS CONHECIDOS E PROVIDOS (REFORMULAÇÃO DA NOTA / POSIÇÃO):

(a) Comunidade Impacto (Protocolo nº 84): PROVIMENTO INTEGRAL. Constatou-se que o portfólio e os termos de vigência estavam encartados na proposta original (fls. 3904 a 3913). A nota no Critério E foi retificada de 0 para **20 pontos** (experiência > 10 anos).

(b) Instituto Karan (Protocolo nº 85): PROVIMENTO INTEGRAL. Constatou-se a indicação textual da parceria do Termo de Fomento nº 046/2024 (12 meses) no plano de trabalho. A nota no Critério E foi reformada de 0 para **05 pontos**, elevando a Nota Final de 75 para **80 pontos**.

(c) Instituto Angélika (Protocolo nº 88): PROVIMENTO PARCIAL. Reconheceu-se erro material no ordenamento do critério de desempate do grupo de 65 pontos, ordenando-se o reordenamento classificatório com base no Critério B. O pedido do Critério E foi mantido zerado por insuficiência probatória dos relatórios genéricos e *prints* de redes sociais. Como solicitado, em recurso pelo INSTITUTO ANGÉLIKA, promoveu-se a reclassificação da OSC AMAMOS, de 44º para 65º.

III. 2 - RECURSOS CONHECIDOS E IMPROVIDOS (NOTAS E DESCLASSIFICAÇÃO MANTIDAS):

(a) Instituto Hatus (Protocolo nº 97): IMPROVIMENTO. Mantida a nota 0 (zero) no Critério E e pontuação de 75 pontos. Documentação de suporte ao Critério E descumpriu as diretrizes do Item 16.3.5.

(b) Instituto Terceiro Setor – i3S (Protocolo nº 80): IMPROVIMENTO. Pedido de diligência em arquivos externos do CMDCA negado. Inovação documental vedada. Mantida nota 0 no Critério E e pontuação total.

(c) ACM - Associação Cristã de Moços (Protocolo nº 81): IMPROVIMENTO. Acompanhada meramente de plano de trabalho sem detalhamento/comprovação prévia de vigência de parcerias. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e 70 pontos.

(d) Instituto ABDA (Protocolo nº 82): IMPROVIMENTO. Apresentação de fotos genéricas no envelope e alegações sem comprovantes formais de vigência. Mantida nota 0 (zero) no Critério E.

(e) CEDECA Osasco (Protocolo nº 83): IMPROVIMENTO. Ausência de comprovantes e cotações originais no envelope físico, com falhas financeiras e de aluguel no plano. Mantida a pontuação de 65 pontos.

(f) Instituto Jeremias (LAGUZ) (Protocolo nº 86): IMPROVIMENTO. Falta de cotações físicas (apenas links), incoerência metodológica de meses e diagnóstico sem dados de Osasco. Mantida nota 50.

(g) Projeto Produto da Vila (Protocolo nº 87): IMPROVIMENTO. Ausência de comprovação documental da capacidade no envelope originário. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e nota final 55.

(h) Instituto Educacional Tesla (Protocolo nº 89): IMPROVIMENTO. Menção a termos de fomento no texto da proposta desprovida da juntada física dos atestados/documentos no envelope. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e nota final 65.

(i) Instituto Colinas (Protocolo nº 93): IMPROVIMENTO. Pedido no mérito indeferido por omissão de preenchimento no formulário original e impossibilidade de aceitação de relatórios/fotos extemporâneos trazidos no recurso. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e 65 pontos.

(j) Grêmio Osasco Audax (Protocolo nº 78): IMPROVIMENTO. Pedido no mérito indeferido por omissão de preenchimento no formulário original e impossibilidade de aceitação de relatórios/documentos extemporâneos trazidos no recurso. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e 55 pontos.

(k) **ONG Sementinha do Bem (Protocolo nº 79): IMPROVIMENTO.** Pedido no mérito indeferido por omissão de preenchimento no formulário original e impossibilidade de aceitação de relatórios/documentos extemporâneos trazidos no recurso. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e 60 pontos.

(l) **Instituto Inovação Social (Protocolo nº 90): IMPROVIMENTO.** Omissão de detalhamento de experiências no formulário original (preclusão da juntada extemporânea no Critério E) e manutenção de incoerências formais/financeiras nas cotações e no orçamento. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e pontuação final de 65 pontos.

(m) **Obra Social Nossa Senhora Aparecida (Protocolo nº 91): IMPROVIMENTO** Entrega de mídia digital (pen-drive) com Plano de Trabalho incompleto e mutilado, descumprindo o requisito cumulativo do Item 15.3, "a", do Edital e art. 19 do Decreto Municipal nº 11.384/2016; impossibilidade de saneamento via diligência. Mantida a desclassificação e nota 0 (zero) em todos os critérios.

(n) **Associação PROJOV – Programa Rotário para Jovens (Protocolo nº 92): IMPROVIMENTO** Incompletude do Plano de Trabalho na mídia e no envelope físicos (omissão de dados cadastrais e requisitos do art. 19 do Decreto nº 11.384/2016); vedação de instrução probatória ou vistoria *in loco* em fase recursal. Mantida a desclassificação e nota 0 (zero) em todos os critérios.

(o) **Centro de Convivência Infantil Luiz Antônio Rheda – CECILAR (Protocolo nº 94): IMPROVIMENTO.** Declarações obrigatórias sem assinatura do representante legal, ausência de pen-drive no envelope (substituído por objeto estranho) e impossibilidade de envio/complementação de documentos por e-mail após a sessão pública. Mantida a desclassificação e nota 0 (zero) em todos os critérios;

(p) **Associação Pró-Família do Estado de São Paulo – APFESP (Protocolo nº 95): IMPROVIMENTO.** Incompatibilidades orçamentárias/metodológicas nos Critérios A, B e C (omissão de cronograma e despesas) e ausência de descrição minuciosa de projetos similares na proposta original conforme o Item 16.3.5. Mantida nota 0 (zero) no Critério E e pontuação final de 60 pontos;

(q) **Associação Solidária Cruz Azul de Osasco e Região – CAOR (Protocolo nº 96): IMPROVIMENTO.** Planilhas zeradas e divergentes entre a mídia digital e a via física, ausência de cronograma de desembolso, cotações apresentadas apenas por hyperlinks e omissão do histórico no Critério E. Mantida a desclassificação com pontuação final de 35 pontos (notas 0 nos Critérios A, C e E)

III.3 - RECURSOS E SOLICITAÇÕES NÃO CONHECIDOS (POR INTEMPESTIVIDADE OU FORMA INADEQUADA):

(a) **Centro de Desenvolvimento Social Bem Me Quer: NÃO CONHECIDO.** Recurso enviado via e-mail em 13/10/2026 às 21h26, intempestivo e fora do meio formal exigido (protocolo presencial na sede até as 16h).

(b) **Instituto Colinas (Aditamento Eletrônico): DESCONSIDERADO/INDEFERIDO.** Arquivos digitais complementares enviados via e-mail em 13/10/2026 às 17h41. Prevaleceu exclusivamente o recurso presencial impresso entregue até as 16h.

(c) **Instituto Eclésia Movement: NÃO CONHECIDO.** Enviado exclusivamente por e-mail em 13/10/2026 às 16h11, intempestivo e em desacordo com o protocolo presencial impresso.

(d) **Instituto INDESO - Sundin (Protocolo nº 99): NÃO CONHECIDO.** Recurso presencial protocolado em 16/10/2026 às 14h58, portanto 3 (três) dias após o encerramento do prazo regulamentar.

(e) **Instituto Futuro Real (Protocolo nº 101): NÃO CONHECIDO / INDEFERIDO.** Expediente intitulado "Pedido de Revisão de Ofício" protocolado em 20/10/2026, intempestivo. Esclareceu-se que o direito a vistas da ata de julgamento esteve franqueado via pedido prévio por e-mail no prazo regulamentar.

(f) **Comunidade Kolping de Vila São José (Protocolo nº 102): NÃO CONHECIDO.** Recurso presencial protocolado em 21/10/2026 às 11h08, portanto 8 (oito) dias fora do prazo editalício.

IV - DA APRESENTAÇAÕ DE CONTRARRAZÕES:

Foi protocolado contrarrazões pela OSC ASSOCIAÇÃO PRÓ-FAMÍLIA DO ESTADO DE SÃO PAULO de forma genérica requisitando contraposição contra possível recurso que tentasse prejudicar seu resultado preliminar. Não houve recursos neste sentido, portanto, descabida a apresentação de contrarrazões apresentada. Provimento negado.

V – RELAÇÃO DE DESCLASSIFICAÇÃO DEFINITIVA MEDIANTE PONTUAÇÃO DAS OSCs

Na sequência, há de se destacar que houve OSCs desclassificadas, em caráter definitivo, em acordo com análise deste colegiado frente ao Edital CMDCA 01/2026, nos seguintes termos:

Entidade	CRITÉRIOS DO EDITAL CMDCA 01/2026					TOTAL
	A	B	C	D	E	
AMUNO	0	20	20	15	0	**55**
CRUZ AZUL OSASCO E REGIÃO	0	20	0	15	0	**35**
INSTITUTO ABDA	15	10	0	10	0	**35**
ASSOSIAÇÃO GIGANTES DE OSASCO	0	15	0	15	0	**30**
INSTITUTO INOVAR SOLUÇÃO SUSTENTÁVEL	0	0	15	15	0	**30**
INSTITUTO SAPO	0	0	0	10	0	**10**
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DOROTY ESTEEM	0	0	0	0	0	**0**
ASSOCIAÇÃO PROJOV	0	0	0	0	0	**0**
OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA APARECIDA	0	0	0	0	0	**0**
ASSOCIAÇÃO VIDA NOVA BENEFICENTE	0	0	0	0	0	**0**
INSTITUTO FUTURO REAL	0	0	0	0	0	**0**
ASSOCIAÇÃO CECILAR	0	0	0	0	0	**0**

Consta que os parâmetros adotados para desclassificação das entidades supramencionadas se encontram descritas na 2ª ATA, de 31/07/2026, entre as páginas nº 8.413 a 8.538, do PA nº 2.982/2025.

VI – DA CONVOCAÇÃO PARA SESSÃO DE HABILITAÇÃO:

Ficam convocadas as OSCs relacionadas a seguir para a entrega de envelope lacrado com os documentos de habilitação previstos nos itens 7 e 8 do **Edital CMDCA nº 01/2026**, em conformidade com o seu item 23 e com o artigo 38 do Decreto Municipal nº 11.384/2016.

A **Sessão Pública** será realizada no **dia 03/11/2026**, das **9h às 12h**, no **Espaço Cultural Grande Otelo**, localizado na Rua Dimitri Sensaud de Lavaud, nº 100, Vila Campesina, Osasco - SP.

CLAS	Entidade	TOTAL
1º	ASSOCIAÇÃO CULTURAL PROMOART	100
2º	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE — AACD	95
3º	COMUNIDADE IMPACTO	95
4º	ATUS SOCIAL	90
5º	ASSOCIAÇÃO CAMILA	90
6º	AGUAS – ASSOCIAÇÃO PARA GESTÃO DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS SOCIAIS	90
7º	ASSOCIAÇÃO NEGO DRAMA DESENVOLVI OZ BRASIL	85
8º	ASSOCIAÇÃO DE INCENTIVO AO NÚCLEO DE TRABALHOS ESPECIAIS - ADIANTE	85
9º	UNIDOS DO SÃO VICTOR FUTEBOL – USV	85
10º	ASSOCIAÇÃO ABRAAC	80
11º	INSTITUTO ALIANÇADOS PELA VIDA	80
12º	LIGA DE KARATE DE OSASCO	80
13º	ASSOCIAÇÃO VERACIDADE – INSTITUTO PRESBITERIANO PIRA VIVO	80
14º	INSTITUTO KARAN	80
15º	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL VOZES DA CAPELA	80
16º	ASSOCIAÇÃO AMME	75
17º	ASSOCIAÇÃO PROJETO VIDA	75
18º	ASSOCIAÇÃO FBFB – FAZER BEM FAZ BEM	75
19º	PROJETO KUKA LEGAL	75
20º	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÃO AMIGA	75
21º	INSTITUTO HATUS	75
22º	ASSOCIAÇÃO PROMOTORA DE INSTRUÇÃO E TRABALHO	75
23º	INSTITUTO IMPACTO	75
24º	INSTITUTO TERCEIRO SETOR	75
25º	INSTITUTO UM NOVO TEMPO	75
26º	ASSOCIAÇÃO FORTUNATA DE EQUOTERAPIA E HIDROTERAPIA E AFINS	75
27º	INSTITUTO MENINOS DA LATA	75

28º	INSTITUTO SOPHIA VERCELLI	**75**
29º	ASSOCIAÇÃO PEDAGOGIA E ESPORTE SOCIAL	**70**
30º	LIGA DE FUTEBOL AMADOR DE OSASCO	**70**
31º	ASSOCIAÇÃO DAS MULHERES EM DEFESA À CRIANÇA	**70**
32º	ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE OSASCO	**70**
33º	INSTITUTO RESTAURAÇÃO PLENA	**70**
34º	ILHA DA MADEIRA	**70**
35º	INSTITUTO BRAZAO	**70**
36º	1º GRUPAMENTO DE BOMBEIRO E RESGATE AMBIENTAL VOLUNTÁRIO – 1º GBRAV	**70**
37º	INSTITUTO ADC AMIGOS DA COMUNIDADE	**70**
38º	ASSOCIAÇÃO ACM	**70**
39º	ASSOCIAÇÃO ESPORTIVA NOVO OSASCO	**70**
40º	INSTITUTO DA PONTE PRA CÁ	**70**
41º	INSTITUTO MARCIA FERRARI	**70**
42º	ASSOCIAÇÃO DE PAIS E MESTRES DE ESC. DE XADREZ	**70**
43º	LAR JESUS ENTRE AS CRIANÇAS	**70**
44º	ASSOCIAÇÃO ANJOS DA GUARDA MIRIM DE OSASCO	**65**
45º	NUCLEO DE AÇÃO E CIDADANIA - CAJU	**65**
46º	INSTITUTO DIVERTERE	**65**
47º	INSTITUTO CAMINHOS CONTRA INJUSTIÇA	**65**
48º	ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA VILA LZABEL	**65**
49º	GREMIO RECREATIVO CULTURAL SOCIAL ESCOLA DE SAMBA SAO JORGE	**65**
50º	IUSA INSTITUTO DE UNIDADES SOCIAIS E ADMINISTRATIVAS	**65**
51º	ASSOCIAÇÃO VILA DO CHAVES	**65**
52º	INSTITUTO DE APOIO A FAMÍLIA	**65**
53º	ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA AJAX SÃO PAULO	**65**
54º	ONG AMIGOS DA ESPERANÇA	**65**
55º	INSTITUTO ECLESIA	**65**

56º	INSTITUTO MISSÃO URBANA	**65**
57º	INSTITUTO COLINAS	**65**
58º	INSTITUTO INOVAÇÃO SOCIAL	**65**
59º	KOLPING JARDIM CALIFÓRNIA	**65**
60º	FORÇA, INTELIGÊNCIA E AÇÃO	**65**

VII – DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA APRESENTAÇÃO EM SESSÃO PÚBLICA

I - Cópia do estatuto registrado e de eventuais alterações, em conformidade com as exigências previstas no art. 33 combinado com o art. 34 da Lei Federal nº 13.019/2014 ou, tratando-se de sociedade cooperativa, certidão simplificada emitida por junta comercial;

II - Cópia da ata de eleição do quadro dirigente atual;

III - Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF da Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, data de nascimento, e e-mail institucional de cada um deles, conforme Anexo VIII;

IV - Cópia do original RG e CPF do representante legal da OSC e do responsável técnico pelo projeto ou atividade;

V - Cópia do comprovante residencial, atualizado, de até 03 (três) meses, do representante legal da OSC e do responsável técnico pela atividade ou projeto;

VI - Comprovação de que a OSC funciona no endereço por ela declarado, podendo ser realizada por meio de contas de consumo atuais, salvo os referentes à telefonia móvel;

VII - Comprovante do exercício pleno da propriedade, mediante Certidão de Registro no Cartório de Imóveis, com matrícula atualizada, ou outro documento legal que o substitua, quando a parceria tiver por objeto execução de obras ou benfeitorias no mesmo imóvel;

VIII - Declaração assinada por todos os representantes estatutários da OSC, sob as penas da lei, de que a OSC não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos e que, portanto, não se submete às vedações previstas no art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014, nos moldes do modelo

previsto no Anexo IV, informando que a OSC está com a situação regular com os recursos recebidos anteriormente;

IX - Declaração assinada por todos os dirigentes da OSC, sob as penas da lei, informando que nenhum dos dirigentes é membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, estendendo- se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, sendo considerados: i) membros do Poder Executivo: o Chefe do Poder Executivo (Prefeito), Vice Prefeito e Secretários Municipais; ii) membros do Poder Legislativo: Vereadores e iii) membros do Ministério Público (Procuradores e Promotores), nos moldes do modelo previsto no Anexo VI;

X - Declaração assinada pelo representante da OSC, sob as penas da lei, atestando não incorrer nas situações de vedações, previstas nas alíneas “a”, “b” e “c” do inciso VII do art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014, nos moldes do modelo previsto no Anexo VI;

XI - Declaração assinada pelo representante estatutário da OSC, sob as penas da lei, de que não haverá contratação ou remuneração a qualquer título, pela OSC, com os recursos repassados de servidor ou empregado público, inclusive àquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança de órgão ou entidade da administração pública municipal, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade, nos moldes do modelo previsto no Anexo V;

XII - Declaração do representante da OSC, sobas penas da lei, de que não haverá contratação de qualquer empresa que de parentes até 2º grau ou por afinidade, dirigentes da OSC, agentes políticos, dirigente de órgão/entidade da administração pública municipal ou respectivo cônjuge/companheiro, parente em linha reta, colateral ou por afinidade, nos moldes do modelo previsto no Anexo V;

XIII - Declaração assinada pelo representante estatutário da OSC, sob as penas da lei, de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz nos moldes do modelo previsto no Anexo V;

XIV - Declaração, sob as penas da lei, de contrapartida em bens e serviços, quando couber, nos moldes do modelo previsto no Anexo VII - Declaração de contrapartida de bens e/ou serviços;

XV - Comprovante de inscrição nos Conselhos Municipais das áreas correspondentes de atuação.

XVI - Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - CRF/FGTS;

XVII - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT;

XVIII - Certidão de Débitos de Tributos Municipais, ressalvados os casos previstos em legislação específica;

XIX - Certidão de Débitos Estaduais ou Declaração de que a OSC não possui inscrição estadual.

XX - Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativada União;

Osasco, 26 de outubro de 2026.

Diego Muniz Barcela
Coordenador Comissão de Seleção

ANEXO IV – Declaração da não ocorrência de impedimentos

Declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, nos termos do art. 38, § 1º, inciso I, alínea "k" do Decreto Municipal nº 11.384/2016 que a [identificação da OSC]:

 não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos, não se submete, tal qual seus Dirigentes, às vedações previstas no art. 39 da Lei Federal nº 13.019, de 2014;

 está regularmente constituída ou, se estrangeira, está autorizada a funcionar no território nacional;

 não foi omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

 não tem como dirigente membro do Poder ou do Ministério Público, ou Dirigente da Administração Pública Municipal, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau;

> Observação 1: a presente vedação não se aplica às OSC's que pela sua própria natureza, sejam constituídas pelas Autoridades ora referidas (o que deverá ser devidamente informado e justificado pela OSC), sendo vedado que a mesma pessoa figure no instrumento de parceria simultaneamente como Dirigente e Administrador Público (art. 39, § 5º, da Lei Federal nº 13.019/2014);

 não teve as contas rejeitadas pela Administração Pública nos últimos cinco anos, observadas as exceções previstas nas alíneas "a" a "c" do inciso IV do art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014;

 não se encontra submetida aos efeitos de: i) sanções de suspensão de participação em licitação e/ou impedimento de contratar com a administração; ii) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública; iii) suspensão temporária da participação em chamamento público; iv) impedimento de celebrar parceria ou contrato com a Administração Pública Municipal e v) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo;

 não teve contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; e

 não tem entre seus dirigentes pessoa cujas contas relativas a parcerias tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação; ou considerada responsável por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei Federal nº 8.429, de 02 de Junho de 1992.

> Observação 2: A presente Declaração deve estar acompanhada de Declaração emitida pelo responsável da Subcontroladoria de Parcerias com o Terceiro Setor da Controladoria Geral da Prefeitura Municipal de Osasco, informando que a OSC está com a situação regular com os recursos recebidos anteriormente.

Local-UF, ____ de _____ de 20___.

.....
(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC)

ANEXO V – Declaração relativa às alíneas “n”, “o”, “p” do Art. 38 do Decreto 11.384/2016

Declaro para os devidos fins, em nome da [identificação da OSC], sob as penas da lei, que:

 não haverá contratação ou remuneração a qualquer título, pela OSC, com os recursos repassados, de servidor ou empregado público, inclusive àquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade

 não haverá contratação de empresa(s) pertencente(s) a parentes até 2º grau, inclusive por afinidade, de dirigentes da OSC, ou de agentes políticos de Poder ou do Ministério Público, dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade;

 não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

Local-UF, ____ de _____ de 20___.

.....

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC)

ANEXO VI – Declaração relativa às alíneas "l" e "m" do Art. 38 do Decreto 11.384/20216

Os dirigentes da [identificação da OSC], **declaram** para os devidos fins, sob as penas da lei, que:

 nenhum dos dirigentes é membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, sendo considerados: i) membros do Poder Executivo: o Chefe do Poder Executivo (Prefeito), Vice Prefeito e Secretários Municipais; ii) membros do Poder Legislativo: Vereadores; iii) membros do Ministério Público (Procuradores e Promotores).

 não incorrem nas situações de vedações, previstas nas alienas "a", "b" e "c" do inciso VII do art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014.

Local-UF, ____ de _____ de 20___.

.....
(ASSINATURA DE **TODOS OS DIRIGENTES** DA OSC)

ANEXO VII – Declaração de contrapartida de bens e/ou serviços

Declaro, em conformidade com o Edital nº ...../20....., que a [identificação da OSC] dispõe de contrapartida, na forma de [bens e/ou serviços], economicamente mensuráveis, no valor total de R$ ..... (.....), conforme identificados abaixo:

Identificação do bem e/ou serviço	Valor econômico	Outras informações relevantes

Local-UF, ____ de _____ de 20___.

.....

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC)

ANEXO VIII – Relação relativa à alínea "f" do Art. 38 do Decreto 11.384/20216

RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS DIRIGENTES DA OSC

Nome do dirigente Cargo que ocupa na OSC	Endereço residencial	Telefone e-mail institucional e particular	Data de Nascimento	Número do CPF	Início e Término de mandato

Observação: Deve constar os dados de todos os membros que compõem a Ata de Eleição e Posse da Diretoria, incluindo o Conselho Fiscal.

Local-UF, ____ de _____ de 20___.

.....

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC)

RESUMO DAS PORTARIAS
26/10/2026

Gerson Pessoa, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

EXONERAR

PORTARIA Nº 3055/2026 - **EXONERAR, A PEDIDO, JUSCIVAL CORREIA DA COSTA, 195970,** do cargo de provimento efetivo de **ENFERMEIRO** - da **Secretaria de Saúde.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **23 de setembro** do ano em curso, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3056/2026 - **EXONERAR, A PEDIDO, ANDREA SAYURI SHIMABUKU FERRAZ, 193303,** do cargo de provimento efetivo de **DENTISTA DIARISTA** - da **Secretaria de Saúde.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **29 de setembro** do ano em curso, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3057/2026 - **EXONERAR, A PEDIDO, MARIANA PRANDO E PRANDI, 204960,** do cargo de provimento efetivo de **ENFERMEIRA** - da **Secretaria de Saúde.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **2 de outubro** do ano em curso, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3058/2026 - **EXONERAR, A PEDIDO, LUCIANA INHASZ AURELIANO, 181710,** do cargo de provimento efetivo de **ENFERMEIRA** - da **Secretaria de Saúde.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **2 de outubro** do ano em curso, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3059/2026 - **EXONERAR, A PEDIDO, MARIA ISABEL DE SOUSA NUNES, 201949,** do cargo de provimento efetivo de **MÉDICO CLÍNICO GERAL DIARISTA** - da **Secretaria de Saúde.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **6 de outubro** do ano em curso, revogadas as disposições em contrário.

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Procedimentos Disciplinares

PORTARIA Nº 065/2026 DE INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR

A Procuradora-Chefe da Procuradoria de Procedimentos Disciplinares, no uso de suas atribuições, e nos termos do artigo 2º, inciso III, e artigo 3º, inciso I, da Lei Complementar 133/2005, instaura o **Processo Administrativo Disciplinar nº 202602043745** em face do(a) servidor(a) de **Matrícula nº 200.072**, por faltar com urbanidade e respeito, violando o artigo 3°, incisos II, III, IV, XI, XII, XIV, XVI; artigo 4°, incisos III e XII, enquadrando no artigo 15, todos da Lei Complementar nº 138/2005, devendo ser **CITADO(A)** e **INTIMADO(A)** para interrogatório e defesa das acusações que lhes são imputadas, podendo ao final ser aplicada a pena máxima de suspensão.

Osasco, 19 de outubro de 2026.

Nilza da Silva
Procuradoria de Procedimentos
Disciplinares
Procuradora-Chefe

Avenida Aurora Soares Barbosa, nº 201, Osasco-SP, CEP 06023-010 - Fone:3652-9059/9429.
E-mail: proced.pgm@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Procedimentos Disciplinares

PORTARIA Nº 067/2026 DE INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR

A Procuradora-Chefe da Procuradoria de Procedimentos Disciplinares, nos termos dos artigos 2º, inciso III, e 3º, inciso I, da Lei Complementar nº 133/2005, instaura o **Processo Administrativo Disciplinar nº 202602043971** em face do(a) servidor(a) de **Matrícula nº 200.038**, por praticar incontinência pública e conduta escandalosa na repartição e assédio moral e sexual, violando o artigo 3°, incisos II, III, XI, XII, XVI; artigo 4°, inciso III e parágrafo único, enquadrando-se no artigo 17, inciso III, da Lei Complementar nº 138/2005 e na Lei nº 3959/2005 c.c artigo 4° e 10 do Decreto 10.490/2010, devendo ser **CITADO (A)** e **INTIMADO(A)** para interrogatório e defesa das acusações que lhe são feitas, podendo ao final ser aplicada a pena máxima de destituição de cargo em comissão.

Osasco, 21 de outubro de 2026.

Nilza da Silva
Procuradoria de Procedimentos
Disciplinares
Procuradora-Chefe

Avenida Aurora Soares Barbosa, nº 201, Vila Campesina, Osasco-SP, CEP 06023-010 - Fone:3652-9429.
E-mail: proced.pgm@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Procedimentos Disciplinares

PORTARIA Nº 069/2026 DE INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR

A Procuradora-Chefe da Procuradoria de Procedimentos Disciplinares, nos termos dos artigos 2º, inciso III, e 3º, inciso I, da Lei Complementar 133/2005, instaura o **Processo Administrativo Disciplinar nº 202602044449** em face do(a) servidor(a) de **Matrícula nº 188.632,** por configurar em conduta desidiosa e/ou abandono de cargo, violando o artigo 3º, incisos I, II, III, XI, XVI, enquadrando-se nos artigos 15 e/ou artigo 17, inciso I, todos da Lei Complementar nº 138/2005, devendo ser **CITADO(A) e INTIMADO(A)** para interrogatório e defesa das acusações que lhes são feitas, podendo ao final ser aplicada a pena máxima de demissão.

Osasco, 23 de outubro de 2026.

Nilza da Silva
Procuradoria de Procedimentos
Disciplinares
Procuradora-Chefe

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Procuradoria
Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO Nº 15.305 DE 26 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de **R$** 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais), de acordo com o § 1º do art. 4º da Lei nº 5.444 de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

					Dotação
02	**CÂMARA MUNICIPAL**				
02.001	**CÂMARA MUNICIPAL**				
01.122.0003.2.001		Remuneração, Benefícios e Encargos			
	3.1.91.13	Obrigações Patronais- Intra-Orçamentário	01.110.0000	1.400.000,00	**1074**
	3.3.90.46	Auxílio Alimentação		1.100.000,00	**1077**
			TOTAL	**2.500.000,00**	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. III do § 1º da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

02	**CÂMARA MUNICIPAL**				
02.001	**CÂMARA MUNICIPAL**				
01.122.0003.2.001		**Remuneração, Benefícios e Encargos**			
	3.1.90.11	Vencimentos e Vantagens Fixas -Pessoal Civil	01.110.0000	800.000,00	**1067**
	3.1.90.13	Obrigações Patronais	01.110.0000	850.000,00	**1068**
01.031.0003.2.042		**Manutenção das Atividades Legislativas**			
	3.3.90.30	Material de Consumo	01.110.0000	400.000,00	**1054**
	4.4.50.52	Equipamentos e Material Permanente	01.110.0000	450.000,00	**1065**
			TOTAL	**2.500.000,00**	

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 26 de outubro de 2026

Gerson Pessoa
Prefeito

Carmonio Bastos
Presidente da Câmara Municipal de Osasco

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Procuradoria
Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.304, DE 26 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional especial ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional especial ao orçamento vigente, na importância de R$ 1.323.484,27 (um milhão, trezentos e vinte e três mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e vinte e sete centavos), de acordo com o inc. II do § 3º do art. 4º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**		
01.14.005	**FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**		
01.14.005.08.245.0018.2.015	Manutenção de Equipamentos Públicos - Proteção Básica		
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	02.500.0000	1.323.484,27
		TOTAL	**1.323.484,27**

Art. 2º O crédito adicional especial de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. II do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 26 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

José Carlos Vido
Secretário de Assistência Social

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Procuradoria Geral do Município
Procuradoria de Assessoria Técnico-Legislativa

DECRETO N.º 15.303, DE 26 DE OUTUBRO DE 2026

Dispõe sobre abertura de crédito adicional suplementar ao orçamento vigente e dá outras providências.

GERSON PESSOA, Prefeito do Município de Osasco, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º Fica aberto um crédito adicional suplementar ao orçamento vigente, na importância de R$ 1.260.000,00 (um milhão, duzentos e sessenta mil reais), de acordo com o inc. I do § 1º do art. 4º e inc. I do Art. 5º da Lei nº 5.444, de 19 de dezembro de 2025, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue.

				Dotação
01.08	**SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**			
01.08.001	**GABINETE DA SECRETARIA DA EDUCAÇÃO**			
01.08.001.04.122.0001.2.001	Remuneração, Benefícios e Encargos			
3.1.90.94	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	01.200.0000	630.000,00	**1186**
01.09	**SECRETARIA DA SAÚDE**			
01.09.001	**GABINETE DA SECRETARIA DA SAÚDE**			
01.09.001.04.122.0001.2.001	Remuneração, Benefícios e Encargos			
3.1.90.94	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	01.310.0000	315.000,00	**1187**
01.18	**ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO**			
01.18.002	**RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SECRETARIA DE ADMINISTR**			
01.18.002.04.122.0001.2.001	Remuneração, Benefícios e Encargos			
3.1.90.94	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	01.110.0000	315.000,00	**1188**
		TOTAL	**1.260.000,00**	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. III do § 1º do art. 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005	**FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005.08.245.0018.2.005	Promoção de Eventos, Comunicação e Participação Social			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.500.0000	120.000,00	**587**
01.13	**SECRETARIA DE HABITAÇÃO**			
01.13.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE HABITAÇÃO**			
01.13.001.04.122.0001.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.110.0000	260.000,00	**505**
01.31	**SECRETARIA EXECUTIVA DA PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACI**			
01.31.001	**GABINETE DA SECRETARIA EXECUTIVA DA PROMOÇÃO DA IG**			
01.31.001.14.422.0018.2.011	Manutenção de Equipamentos Públicos			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.110.0000	100.000,00	**947**
01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005	**FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005.08.245.0018.2.005	Promoção de Eventos, Comunicação e Participação Social			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.500.0000	140.000,00	**583**
01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.001	**GABINETE DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.001.08.245.0018.2.026	Residências e Internações Compulsórias			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	100.000,00	**562**
01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005	**FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005.08.245.0018.2.016	Manutenção de Equipamentos Públicos - Proteção Especial			

3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.500.0000	200.000,00	605
01.14	**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005	**FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**			
01.14.005.08.245.0018.2.015	Manutenção de Equipamentos Públicos - Proteção Básica			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.500.0000	340.000,00	591
		TOTAL	**1.260.000,00**	

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Osasco, 26 de outubro de 2026.

Gerson Pessoa
Prefeito

Regiane Santo Trevelato
Secretária de Finanças

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Procuradoria Geral do Município

EXTRATO:

Processo Administrativo nº 2.009/2025; Termo de Aditamento nº 194/2026 ao Contrato nº 068/2025; Contratante: Município de Osasco/Secretaria de Assistência Social; Contratada: **CASA DE REPOUSO ALVORECER LTDA.;** Assunto: Fica prorrogada a vigência do Contrato nº 068/2025, por mais 12 (doze) meses, a contar de 13 de novembro de 2026, para continuidade do atendimento à paciente EROTILDES VENTURA, em internação de longa permanência, conforme manifestação da Secretaria de Assistência Social à fl. 189, concordância da CONTRATADA à fl. 190 e o Despacho de Autorização do Secretário de Assistência Social à fl. 204; Valor total de R$ 74.022,96 (setenta e quatro mil, vinte e dois reais e noventa e seis centavos) e Vigência: 12 (doze) meses.

DENISE MARIA DAS NEVES E LIMA
Procuradora Chefe da Procuradoria Consultiva
Procuradoria Geral do Município

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Assistência Social

PROCESSO DIGITAL Nº 202602012361
EMENDA PARLAMENTAR MUNICIPAL IMPOSITIVA DE BANCADA - Comunidade Terapêutica Acolhedora
INDICAÇÃO: BANCADA PARLAMENTAR
PROJETO: COMUNIDADE TERAPÊUTICA ACOLHEDORA

JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO – TERCEIRO SETOR

Assunto: Justificativa de Dispensa de Chamamento Público – Emenda Parlamentar Municipal 2026

A presente justificativa refere-se à proposta de celebração de Termo de Fomento, indicada para recebimento de recursos de Emenda Parlamentar Municipal de 2026, destinados ao projeto "Destinação à Comunidade Terapêutica Acolhedora".

Considerando que os recursos destinados à presente parceria decorrem de Emenda Parlamentar Municipal Impositiva, aplica-se o art. 29 da Lei Federal nº 13.019/2014. Ressalta-se, expressamente, que o próprio Decreto Municipal nº 11.384/2016, em seu art. 40, inciso V, prevê a dispensa de chamamento público para parcerias custeadas por recursos decorrentes de emendas parlamentares, constituindo hipótese legal específica de afastamento do procedimento competitivo.

Conforme a relação de processos apresentada, a indicação da Comunidade Terapêutica Acolhedora decorre de Emenda Municipal Impositiva de Bancada. Sua identificação decorre, portanto, da destinação parlamentar específica, cuja documentação formal e objeto deverão ser conferidos nos autos antes da autorização e publicação.

A avaliação da pertinência da destinação com as atividades da organização e com o interesse público deverá ser efetuada à vista do objeto efetivamente definido no Plano de Trabalho e da documentação constante dos autos.

A ausência de chamamento público não afasta a verificação da viabilidade da proposta, a aprovação do Plano de Trabalho, a regularidade jurídica e fiscal, a capacidade técnica e operacional e os demais requisitos exigidos para a formalização da parceria.

Diante do exposto, justifica-se a dispensa de chamamento público para a parceria indicada, por expressa autorização do art. 40, inciso V, do Decreto Municipal nº 11.384/2016, em consonância com o art. 29 da Lei Federal nº 13.019/2014, considerando a natureza impositiva da emenda e a destinação específica. A formalização permanece condicionada à regular instrução processual, à autorização da autoridade competente e à publicidade legalmente exigida.

Osasco, 23 de outubro de 2026.

_____

José Carlos Vido
Secretário de Assistência Social

Gerência de Parcerias e Prestação de Contas - Secretaria de Assistência Social
Av. Dom Pedro I, 65 - Vila Osasco – 06083-010 - Osasco - SP
☎ (0xx11) 2183-6747 – ✉ gerenciadeparcerias.sas@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Assistência Social

ATO DO SECRETARIO

PROCESSO ADMINISTRATIVO N°10669/2021
INTERESSADO: SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL
ASSUNTO: PRORROGAÇÃO DO CONTRATO N°121/2022- FORNECIMENTO DE GENEROS HORTIFRUTIGRANJEIROS - EMPRESA GISELE REGINA RODRIGUES KNITTEL & CIA LTDA

DESPACHO

Considerando os elementos que constam no Processo Administrativo nº10669/2021, com fundamento no artigo 3 º do Decreto Municipal nº 11.750, de 26 de julho de 2018, **FICA PRORROGADO** o Contrato nº121/2022 a favor **GISELE REGINA RODRIGUES KNITTEL & CIA LTDA.**, CNPJ nº 10.526.863/0001-50, no montante de R$ 141.754,00(cento e quarenta e um mil, setecentos e cinquenta e quatro reais), por 12 (doze) meses, a contar de 21 de dezembro de 2026.

I- Publique-se;
II- Após a Secretaria de Finanças-SF, para emissão da Nota de Empenho;
III- Com posterior envio a PGM, para elaboração do respectivo Contrato.

Osasco, 23 de outubro de 2026.

José Carlos Vido
- Secretário de Assistência Social-

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Assistência Social

ATO DO SECRETÁRIO

PROCESSO ADM Nº 1994/2025

INTERESSADO: Secretaria de Assistência Social.

ASSUNTO: Termo Aditivo do Termo de Colaboração 007/2025 para prorroga da parceria

Considerando os elementos que constam do Processo Administrativo em referência, tendo em vista a natureza do serviço que se dá de maneira contínua, sendo uma unidade de acolhimento de crianças e adolescentes em medida protetiva de abrigo, AUTORIZO a prorrogação da vigência do Termo de Colaboração, por meio de termo aditivo com a OSC Instituto Dalva Rangel para execução do *Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes - SAICA* inscrito no CNPJ 16.651.882/0001-95 pelo valor de R$1.408.262,40 (um milhão, quatrocentos e oito mil, duzentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos) por mais 12 (doze) meses, a contar de 15 de outubro de 2026.

II - Publique-se e encaminhe para Secretaria de Finanças para providências cabíveis.

Osasco, 22 de outubro de 2026

José Carlos Vido
Secretário de Assistência Social

SECRETARIA DE CULTURA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE CULTURA
ATA DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO E RESULTADO CONSOLIDADO
EDITAL Nº 06/2026

PROGRAMA DE OFICINAS LIVRES DE ARTES

1. ATA DE ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO

Aos 17 e 18 dias do mês de Setembro de 2026, na Secretaria de Cultura do Município de Osasco, reuniu-se a Comissão de Credenciamento prevista no item 6.2 do Edital nº 06/2026, composta por Renan de Araújo Silva (matrícula nº 184398), Fabiana Reis Teodoro (matrícula nº 182901) e Adriana Soares (matrícula nº 30837), para exame das propostas apresentadas no âmbito do Programa de Oficinas Livres de Artes de Osasco.

A análise considerou a conformidade documental (item 6.3) e os critérios previstos no item 6.4 do edital: clareza da proposta e adequação pedagógica; experiência comprovada na área; viabilidade técnica e aderência ao público-alvo; pertinência sociocultural e relevância pública. Foram ainda considerados os requisitos mínimos de participação e as condições de infraestrutura e recursos materiais previstas no instrumento convocatório.

Para consolidação administrativa, foram consideradas as médias finais registradas, calculadas pela média aritmética simples das avaliações atribuídas pelos três integrantes da Comissão, em escala de 0 a 5, sem pesos diferenciados. As justificativas a seguir são sínteses dos registros técnicos existentes e devem ser interpretadas em conjunto com as avaliações individuais constantes dos respectivos processos.

Do total de 66 (sessenta e seis) propostas constantes da relação consolidada, 57 (cinquenta e sete) foram registradas como deferidas e 9 (nove) como indeferidas, conforme os quadros integrantes desta ata. O posicionamento na relação possui finalidade de transparência e organização documental, sem alterar a natureza não competitiva do credenciamento.

Nos termos dos itens 3.3 e 8.1 a 8.3 do edital, o credenciamento não assegura contratação imediata, nem estabelece ordem obrigatória de convocação. Eventual contratação observará a demanda dos programas culturais, a disponibilidade orçamentária, as condições do edital e os procedimentos administrativos pertinentes, inclusive a possibilidade de rodízio.

Fica consignado que o deferimento registrado nesta relação corresponde à análise técnica favorável da proposta, observadas as ressalvas individuais, não significando inclusão automática na programação das oficinas. Quando constarem propostas distintas de um mesmo proponente, para fins de planejamento da oferta cultural foi priorizada aquela considerada mais aderente ao interesse público cultural, à pertinência sociocultural e às demandas da Secretaria de Cultura, independentemente da nota ou posição na listagem. As demais propostas com avaliação técnica favorável permanecem registradas em banco administrativo de projetos, para consulta e planejamento de futuras ações, sem previsão de execução imediata.

O registro no banco de projetos não constitui contratação, não assegura convocação e não dispensa a observância dos requisitos, limitações e procedimentos do Edital nº 06/2026, inclusive o disposto no item 7.7 quanto à apresentação de projetos por proponente.

As ressalvas relativas à existência de atividades semelhantes, ao planejamento de turmas, às condições logísticas, à disponibilidade de espaços ou à confirmação de contato dizem respeito à eventual implementação, não alterando, por si sós, os registros de deferimento. Os indeferimentos constam de relação própria, acompanhados da fundamentação registrada pela Comissão.

Encerrada a apreciação e após conferência dos autos, a Comissão subscreve a presente ata e encaminha o resultado às providências de publicidade oficial cabíveis.

Osasco, 14 de OUTUBRO de 2026.

Renan de Araújo Silva | Matrícula nº 184398

Fabiana Reis Teodoro | Matrícula nº 182901

Adriana Soares | Matrícula nº 30837

COMUNICAÇÃO E PRAZO RECURSAL. Em 13/10/2026, todos os oficineiros foram comunicados por e-mail sobre o deferimento ou indeferimento das propostas. A partir desse envio, foi concedido prazo de 5 (cinco) dias corridos para recurso ou pedido de reconsideração, inclusive com eventual adequação da proposta, pelo e-mail oficinaslivres.sc@osasco.sp.gov.br, sujeito à análise da Comissão.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Cultura

EDITAL Nº 06/2026 — PROGRAMA DE OFICINAS LIVRES DE ARTES
RESULTADO CONSOLIDADO DO CREDENCIAMENTO

A Secretaria de Cultura do Município de Osasco torna pública a relação consolidada das inscrições analisadas pela Comissão de Credenciamento, com a indicação da situação de cada proponente e as respectivas justificativas e observações técnicas.

Para cada inscrição foi gerado um número de protocolo, utilizado para confirmação do cadastro e registro da situação da respectiva oficina. Nesta publicação, os dois últimos algarismos de cada protocolo estão substituídos por "XX". O número completo será encaminhado ao endereço de e-mail informado na inscrição, para que o interessado possa consultar e conferir o respectivo processo no Protocolo Digital do Município de Osasco, inclusive em caso de dúvida sobre o resultado.

O deferimento representa a admissibilidade da proposta para fins de credenciamento e não assegura contratação imediata nem ordem obrigatória de convocação. Eventuais contratações dependerão das necessidades dos programas culturais, da disponibilidade orçamentária e das condições previstas no Edital nº 06/2026.

Os proponentes foram comunicados por e-mail em 13/10/2026, com prazo informado de 5 (cinco) dias corridos para apresentação de recurso ou pedido de reconsideração pelo endereço oficinaslivres.sc@osasco.sp.gov.br. As situações retificadas devem observar a correspondente comunicação individual aos interessados e o procedimento aplicável.

INSCRIÇÕES DEFERIDAS (50)

Proponente	Situação	Protocolo	Observações / fundamentação
Ana Flávia	DEFERIDO	2026033471XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Fenix	DEFERIDO	2026033477XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Babi Lopes	DEFERIDO	2026033474XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Carla Cristina Pontes	DEFERIDO	2026033478XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A linguagem proposta não integra, neste momento, as demandas prioritárias identificadas para implementação, sem prejuízo do credenciamento.
Camila Macedo	DEFERIDO	2026033490XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Joselma Aparecida	DEFERIDO	2026033475XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Arianne Cuellar	DEFERIDO	2026033474XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Hermes Carpes	DEFERIDO	2026033474XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Gabriel Claudino	DEFERIDO	2026033474XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Lidiane Apª Pereira	DEFERIDO	2026033476XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Rodrigo Freire	DEFERIDO	2026033477XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Nilson Muniz	DEFERIDO	2026033478XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A execução dependerá de compatibilização de deslocamento, frequência das aulas e condições operacionais propostas.
Carolina Pontieri Anastacio	DEFERIDO	2026033479XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Cultura

Joelma Lins	DEFERIDO	2026033480XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Simone Maria/Esmeralda	DEFERIDO	2026033470XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Fernando Martins	DEFERIDO	2026033480XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Paulo Ricardo (Mestre Jaguar)	DEFERIDO	2026033482XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Ruti Apª Souza	DEFERIDO	2026033481XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Luiz Alberto	DEFERIDO	2026033481XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Euler Paixão	DEFERIDO	2026033481XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A metodologia e sua adequação ao público e aos equipamentos disponíveis deverão ser examinadas novamente na definição de eventual oferta.
Ioga	DEFERIDO	2026033463XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Ricardo Corrêa	DEFERIDO	2026033476XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Luiz Checchia	DEFERIDO	2026033482XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Ronaldo Lobo	DEFERIDO	2026033482XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Fernando Lima	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Andreia de Souza	DEFERIDO	2026033482XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Jaqueline	DEFERIDO	2026033482XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A continuidade dos encaminhamentos dependerá da confirmação de contato e da atualização dos dados necessários à eventual convocação.
James Heitor	DEFERIDO	2026033483XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Naná Dorlitz	DEFERIDO	2026033483XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A eventual convocação fica condicionada à verificação da documentação exigida, sem prejuízo de reavaliação formal da situação cadastral.
Vinícius Preto	DEFERIDO	2026033483XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A execução dependerá de compatibilização de deslocamento, frequência das aulas e condições operacionais propostas.
Luciana Kananji Misu	DEFERIDO	2026033483XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A linguagem proposta não

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Cultura

			integra, neste momento, as demandas prioritárias identificadas para implementação, sem prejuízo do credenciamento.
Jakelyne Beranger Pimenta	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Paloma Carvalho (Reciclo Social)	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A continuidade dos encaminhamentos dependerá da confirmação de contato e da atualização dos dados necessários à eventual convocação.
Eduardo Aritana	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Tatiana Soares	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Juan Martinez Pardines	DEFERIDO	2026033487XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Ruben Pignatari	DEFERIDO	2026033488XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Aline Ferreira	DEFERIDO	2026033488XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Rafael Pereira de Sales	DEFERIDO	2026033488XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Companhia Virus do amor	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Tati apª O. Tejada	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Ana Lúcia Fernandes	DEFERIDO	2026033473XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município.
Wanderlei Antonio	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A eventual implementação dependerá de reavaliação da demanda e da possibilidade de formação de turmas.
Roselange Watanabe	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Sandra Ruiz	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Mária Raimunda	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Celso Albino	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.

Beto Chaboa	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Clovis Ribeiro	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.
Caroline Seixas	DEFERIDO	2026033489XX	Proposta considerada apta ao credenciamento, com contribuição potencial para a formação, a diversidade de linguagens artísticas e o acesso às ações culturais do Município. A programação já contempla atividade de linguagem semelhante; eventual convocação observará a demanda, a distribuição territorial e a complementaridade da oferta.

Nota: a indicação DEFERIDO corresponde ao credenciamento da proposta, sem garantia de contratação; a indicação INDEFERIDO corresponde à não admissão da inscrição nas condições consignadas pela Comissão.

INSCRIÇÕES INDEFERIDAS (14)

Proponente	Situação	Protocolo	Observações / fundamentação
Luiz Alberto	INDEFERIDO	2026033473XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Oficina Bumba meu Boi”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Luiz Alberto	INDEFERIDO	2026033473XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Oficina Bumba meu Boi”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Luiz Alberto	INDEFERIDO	2026033478XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Oficina Bumba meu Boi”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Patricia Fernanda	INDEFERIDO	2026033478XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Fenix	INDEFERIDO	2026033479XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Me chama para dançar”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Luiz Alberto	INDEFERIDO	2026033480XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Oficina Bumba meu Boi”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Luiz Alberto	INDEFERIDO	2026033480XX	Indeferimento por apresentação de mais de um projeto pelo mesmo concorrente, em desacordo com o item 7.7 do Edital nº 06/2026, que veda a apresentação de dois ou mais projetos. Para fins deste credenciamento, foi mantida como deferida a proposta “Oficina Bumba meu Boi”, do mesmo proponente. A decisão decorre do limite de participação previsto no edital, independentemente da análise técnica do conteúdo desta proposta.
Renata Honora – (Eduardo Aritana)	INDEFERIDO	2026033487XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Cultura

			de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Deise Macedo	INDEFERIDO	2026033486XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Guilherme Oliveira	INDEFERIDO	2026033493XX	Não atendimento integral dos requisitos documentais mínimos: ausência de plano de aulas, identificação do profissional responsável pela execução e documentos relativos ao CNPJ, conforme itens 7.2, 7.3 e 7.6 do edital. A proposta poderá ser reapreciada caso haja previsão procedimental e regularização da documentação.
Judas Tadeu	INDEFERIDO	2026033487XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Gabriella Nuvolari	INDEFERIDO	2026033481XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Hauert Farias	INDEFERIDO	2026033490XX	Os recursos materiais e/ou a infraestrutura necessários à execução, conforme a proposta apresentada, não demonstraram compatibilidade com as condições de atendimento identificadas pela Administração. Recomenda-se possibilitar esclarecimentos ou adequação do plano de execução, observadas as regras do edital e a isonomia.
Cristina Mitie	INDEFERIDO	2026033490XX	A proposta apresentada não demonstrou aderência suficiente ao objeto e às linguagens de formação e difusão artística e cultural previstas nos itens 1.1 a 1.3 do edital, inviabilizando o credenciamento nesta análise.

Nota: a indicação DEFERIDO corresponde ao credenciamento da proposta, sem garantia de contratação; a indicação INDEFERIDO corresponde à não admissão da inscrição nas condições consignadas pela Comissão.

Osasco, 26 de outubro de 2026.

Comissão de Avaliação do Edital n° 06/2026

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Educação

PORTARIA 52/2026

Dispõe sobre regulamentação de alteração de jornada do Professor de Desenvolvimento Infantil I – Professor de Desenvolvimento Infantil II - Professor de Educação Básica I e Professor Adjunto de Educação Básica I

O Secretário de Educação, com base na Lei Complementar nº 423 de 18 de outubro de 2023

Resolve:

Artigo 1º - Os Professores de Desenvolvimento Infantil I e Professores de Desenvolvimento Infantil II com desempenho de funções na Educação Infantil, com crianças de 04 (quatro) meses até 03 (três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, com jornada de 31 horas, poderão optar pela alteração de jornada para 38 horas semanais.

Artigo 2º - O Professor de Desenvolvimento Infantil I e Professores de Desenvolvimento Infantil II, deverá no período de **09/11 a 12/11/2026**, solicitar a alteração de jornada, através do protocolo digital (oficío – serviço ao servidor – alteração de jornada).

Artigo 3º - Os Professores de Desenvolvimento Infantil I e Professores de Desenvolvimento Infantil II com desempenho de funções na Educação Infantil, com crianças de 04 (quatro) meses até 03 (três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, que não optarem pela alteração da jornada, permanecerão na jornada de 31 (trinta e uma) horas..

Artigo 4º - O Professor de Educação Básica I e Professor Adjunto de Educação Básica I com desempenho de funções na Educação Infantil , com crianças de 04(quatro) a 05 (cinco)anos em jornada de 21 horas , poderá optar pela alteração de jornada para 27 horas semanais.

Artigo 5º - O Professor de Educação Básica I e o Professor Adjunto de Educação Básica I, deverá no período de **09/11 a 12/11/2026,** solicitar a alteração de jornada, através do protocolo digital (oficío – serviço ao servidor – alteração de jornada).

Artigo 6º - O Professor de Educação Básica I e Professor Adjunto de Educação Básica I com desempenho de funções na Educação Infantil, com crianças de 04(quatro) a 05 (cinco)anos, que não optarem pela alteração da jornada, permanecerão na jornada de 21 horas (vinte e uma) horas.

Artigo 7º - Os Professores readaptados, em processo de readaptação e com restrição, não poderão optar pela alteração de jornada enquanto permanecerem nesta condição.

Artigo 8º - A lista das solicitações deferidas, referente à alteração de jornada, será divulgada na Imprensa Oficial do Município no dia **01/12/2026**

Artigo 9º - Os Professores de Educação Básica I, Professores Adjuntos de Educação Básica I e os Professores de Desenvolvimento Infantil I e II, com desempenho na Educação Infantil, poderão **interpor recurso** quanto as solicitações indeferidas, no período de **02 a 04/12/2026**, através do protocolo digital, anexando documentos que comprovem a solicitação do recurso (ofício – serviço ao servidor – alteração de jornada – recurso).

Artigo 10 – A listagem final das solicitações deferidas após recurso dos Professores de Educação Básica I, Professores Adjuntos de Educação Básica I e os Professores de Desenvolvimento Infantil I e II, com desempenho na Educação Infantil, será publicada na Imprensa Oficial no dia **10/12/2026.**

Artigo 11 – Os Professores de Educação Básica I, Professores Adjuntos de Educação Básica I e os Professores de Desenvolvimento Infantil I e II, com desempenho na Educação Infantil, serão vinculados na nova jornada a partir de **01/02/2027**.

Artigo 12 - Os casos não previstos ou omissos a esta portaria serão resolvidos pela Secretaria de Educação.·.

Artigo 13 - Esta portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

Osasco, 23 de outubro de 2026

José Toste Borges
Secretário de Educação

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Educação

RETIFICAÇÃO

O Secretário de Educação do Município de Osasco, no uso de suas atribuições retifica a alínea "a" do o artigo 1º da portaria 46/2026

ONDE SE LÊ:

Artigo 1º – As Escolas de Educação Infantil da rede municipal deverão seguir as seguintes diretrizes e normas para o atendimento da demanda em **2027:**

EDUCAÇÃO INFANTIL - CRECHE:

a) **BERÇÁRIO I:** crianças de 4 meses a 11 meses a completar até março de 2027, nascidas entre abril e novembro de 2026.

LEIA-SE:

Artigo 1º – As Escolas de Educação Infantil da rede municipal deverão seguir as seguintes diretrizes e normas para o atendimento da demanda em **2027:**

EDUCAÇÃO INFANTIL - CRECHE:

a) **BERÇÁRIO I:** crianças de 4 meses a 11 meses a completar até março de 2027, nascidas entre abril e setembro de 2026.

Osasco, 23 de outubro de 2026

José Toste Borges
Secretário de Educação

SECRETARIA DE ESPORTES, RECREAÇÃO E LAZER

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Esporte, Recreação e Lazer

JUSTIFICATIVA DA DISPENSA

EMENDA PARLAMENTAR MUNICIPAL IMPOSITIVA 2026

OSC: INSTITUTO INOVAÇÃO SOCIAL
PROJETO: "COPA PIRATININGA"

I – FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A presente iniciativa encontra amparo na Lei Orgânica Municipal e no Decreto nº 15.090, de 17 de abril de 2026, que altera o Decreto nº 14.880, de 24 de outubro de 2025, o qual dispõe sobre os procedimentos e prazos para a operacionalização das ações governamentais custeadas com recursos oriundos de Emendas Parlamentares Impositivas Municipais.

A execução da ação proposta também observa o disposto no Decreto nº 14.551/2025 e no Decreto nº 13.870, de 22 de agosto de 2023, que altera o Decreto nº 11.384, de 10 de novembro de 2016, responsável por regulamentar, no âmbito municipal, o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade Civil – OSCs, nos termos da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece normas gerais para as parcerias voluntárias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil.

Nesse contexto, a formalização de Termo de Fomento mostra-se juridicamente adequada para viabilizar a execução da atividade esportiva objeto da presente proposta, tendo em vista a destinação de recursos públicos decorrentes de Emenda Parlamentar Impositiva Municipal, observados o plano de trabalho, a finalidade pública, a disponibilidade orçamentária e financeira, bem como os demais requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

A celebração do Termo de Fomento sem chamamento público, quando cabível, deverá observar as hipóteses e condições previstas na Lei Federal nº 13.019/2014, especialmente aquelas relacionadas às parcerias decorrentes de emendas parlamentares, bem como a regulamentação municipal pertinente, assegurando-se o atendimento aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, transparência, interesse público e demais princípios que regem a Administração Pública.

II – DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

O Instituto Inovação Social, organização da sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 23794590/0001-77, com sede no Município de Osasco/SP, apresenta proposta para celebração de parceria com o Município de Osasco, por intermédio da Secretaria de Esporte, Recreação e Lazer – SEREL.

A entidade possui atuação na área social, educacional, esportiva e da cidadania, voltadas a inclusão social para população em situação de vulnerabilidade social.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Esporte, Recreação e Lazer

III – DO OBJETO DA PARCERIA

O presente Termo de Fomento tem por objeto a execução do projeto: "Copa Piratininga".
O projeto visa organizar e realizar a Copa Piratininga, torneio de futsal caráter social com a participação de times representativos de bairros do município de Osasco.

IV – DO PÚBLICO-ALVO E REPRESENTATIVIDADE MUNICIPAL

O projeto atenderá jovens e adultos com faixa etária de 18 a 45 anos, em situação vulnerabilidade, moradores de Osasco.

V - RELEVÂNCIA SOCIAL E ESPORTIVA

A realização da "Copa Piratininga", através de seus atendimentos, constitui importante instrumento de formação integral de jovens e adultos, contribuindo para:

* promoção da saúde e qualidade de vida;
* desenvolvimento físico e motor;
* disciplina e responsabilidade;
* trabalho em equipe;
* convivência social;
* desenvolvimento de valores esportivos;
* fortalecimento da autoestima;
* ocupação saudável do tempo livre;
* descoberta e desenvolvimento de talentos esportivos;
* representação esportiva do Município de Osasco.

Nesse contexto, o apoio à realização da Copa, representa uma ação de interesse público, na medida em que amplia as oportunidades de acesso ao esporte e contribui para a formação inclusiva dos participantes.

A realização das atividades também está alinhada à finalidade institucional de fomentar o esporte, ampliar o acesso democrático às práticas esportivas e proporcionar aos beneficiários, oportunidades de acesso as práticas sociais e esportivas.

VI - INTERESSE PÚBLICO

Justifica-se o apoio e a execução da implantação e as atividades esportiva pela Organização da Sociedade Civil – Instituto Inovação Social, considerando seu relevante interesse público por contribuir para o desenvolvimento da política municipal de esporte, especialmente por meio de jovens e adultos, do incentivo à prática esportiva organizada, em consonância com as diretrizes da política esportiva municipal e com a legislação que regulamenta as parcerias entre o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Secretaria de Esporte, Recreação e Lazer

Por todo exposto, JUSTIFICA-SE, nos termos da legislação vigente e mediante a análise dos documentos que instruem o processo, a formalização da parceria entre o Município e a Organização da Sociedade Civil, para execução do objeto constante do respectivo Plano de Trabalho, com aplicação dos recursos da Emenda Parlamentar Impositiva Municipal – 2026, observadas as normas de execução, acompanhamento, fiscalização, prestação de contas e demais condições estabelecidas pelo Poder Público.

Osasco, 21 outubro de 2026

THIAGO BORGES BATISTA
Secretário Municipal de Esporte, Recreação e Lazer

SECRETARIA DE HABITAÇÃO



MUDANÇA DE ZONEAMENTO

O QUE É O ZONEAMENTO?

Em Osasco o zoneamento é dado pela Lei Municipal N°437/2024 (Lei de Uso e Ocupação do Solo), trata-se de um instrumento de planejamento urbano que divide o município em porções conforme os usos e intenções para cada área.
Essas áreas são chamas de **zonas** e cada uma possui regras específicas sobre como se pode construir e quais atividades podem funcionar ali.

Por exemplo: zonas predominantemente residenciais, zonas industriais, zonas de proteção ambiental etc.



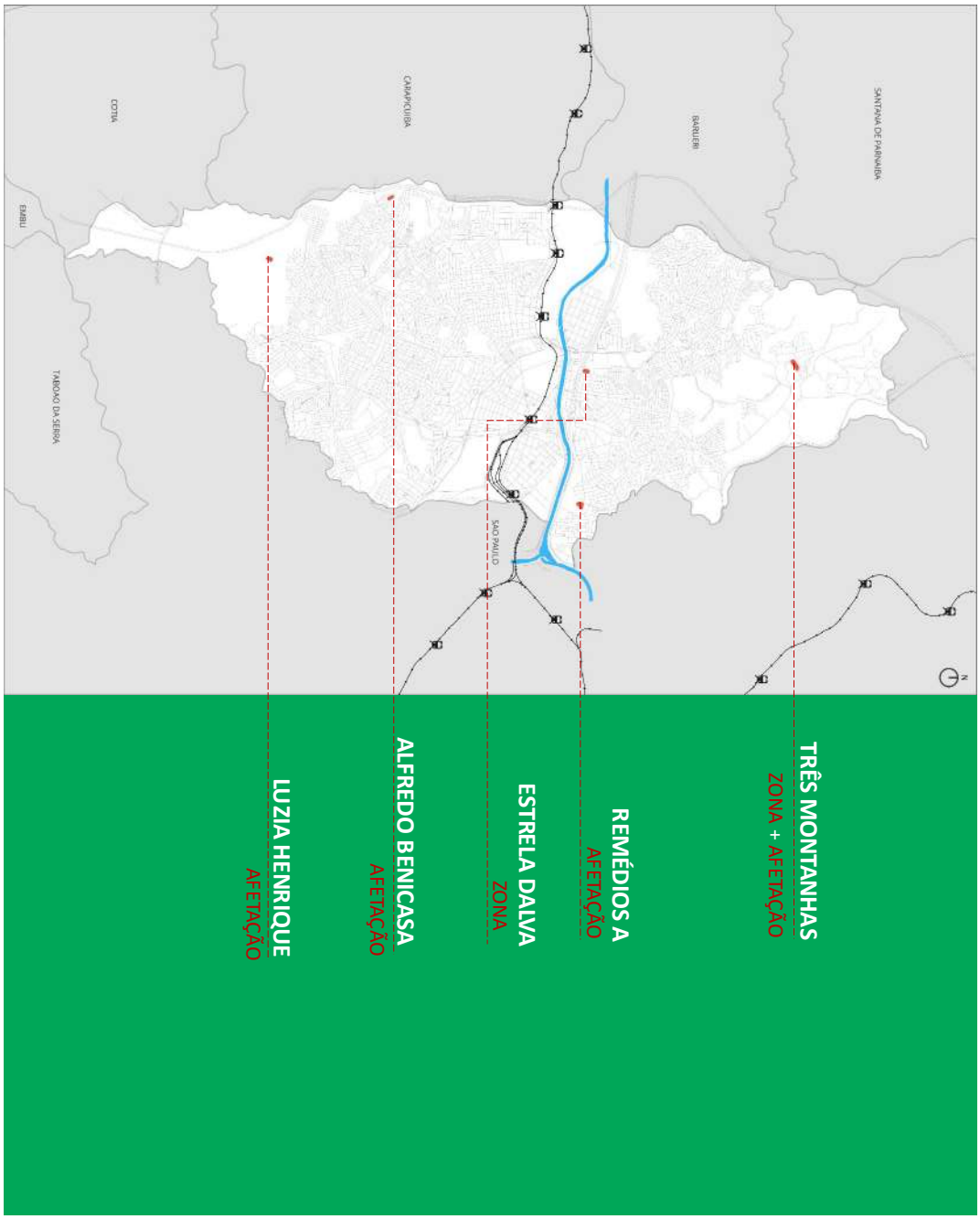
MUDANÇA DE AFETAÇÃO

O QUE É A DESAFETAÇÃO?

Desafetação é o ato administrativo ou legal pelo qual um bem público deixa de ter uma destinação pública específica (como área de lazer ou recreio) e passa a integrar a categoria de **bem dominical**.

Entretanto, cabe destacar que a mudança se faz necessária com a finalidade de garantir o **interesse coletivo**, considerando que visa garantir o direito à moradia a população vulnerável do município.

ÁREAS ENVOLVIDAS



LUZIA HENRIQUE

Conceição - Rua Pernambucana



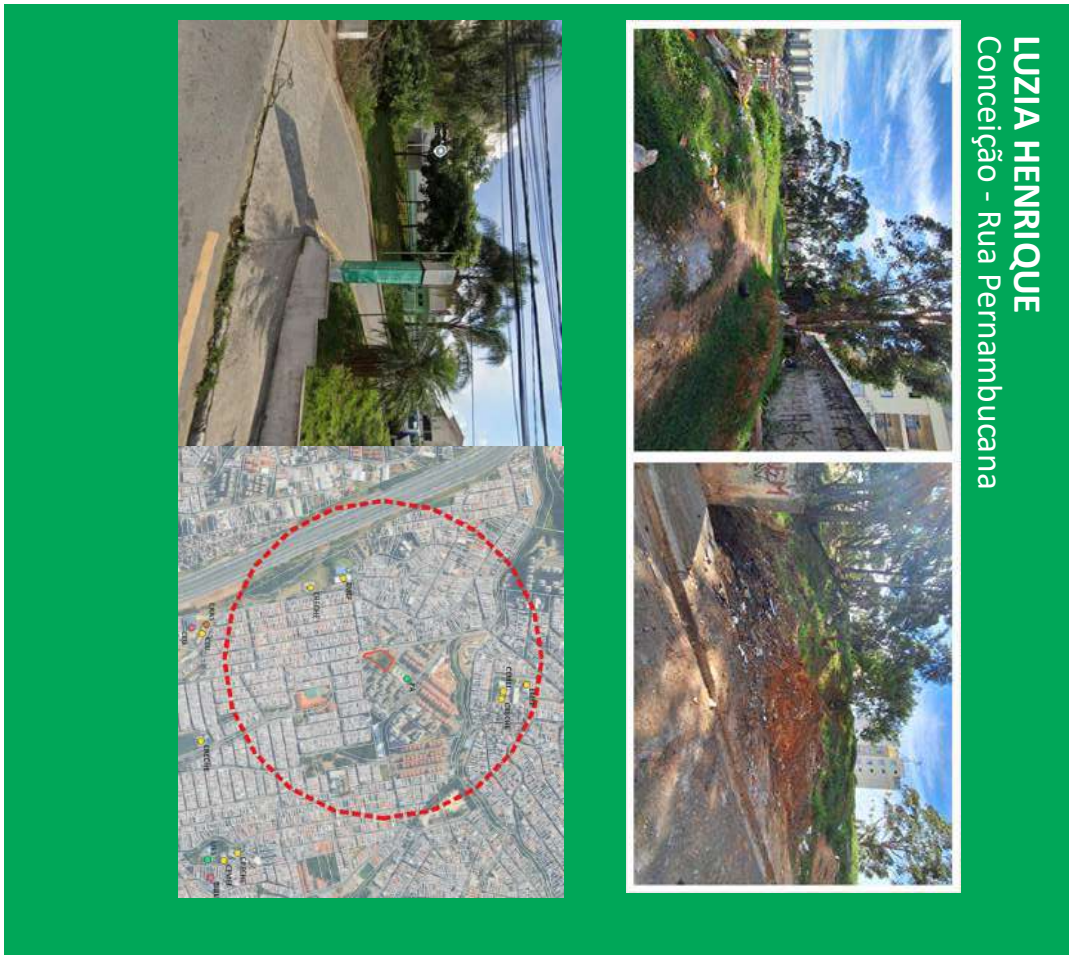
Matrícula: Nº 70.004
Área: 3.036,076 m² (atualizada)
Zoneamento vigente:
ZPR (Zona Predominantemente Residencial)
Programa habitacional selecionado: MCMV Entidades
Entidade beneficiária: Associação Viva Quitaúna
Unidades Habitacionais pretendidas: 128

ALTERAÇÃO DA AFETAÇÃO

Afetação atual: Área Institucional AI-02

Afetação pretendida: Faixa de terreno

Justificativa: Atualmente, com **a presença da Unidade de Pronto Atendimento, a área já cumpre a afetação disposta** na matrícula (Área Institucional AI-02) e ela será mantida. A desafetação proposta no Projeto de Lei será utilizada para viabilizar o empreendimento habitacional na parcela, hoje, ociosa, com indícios de ocupação irregular e descarte de resíduos.

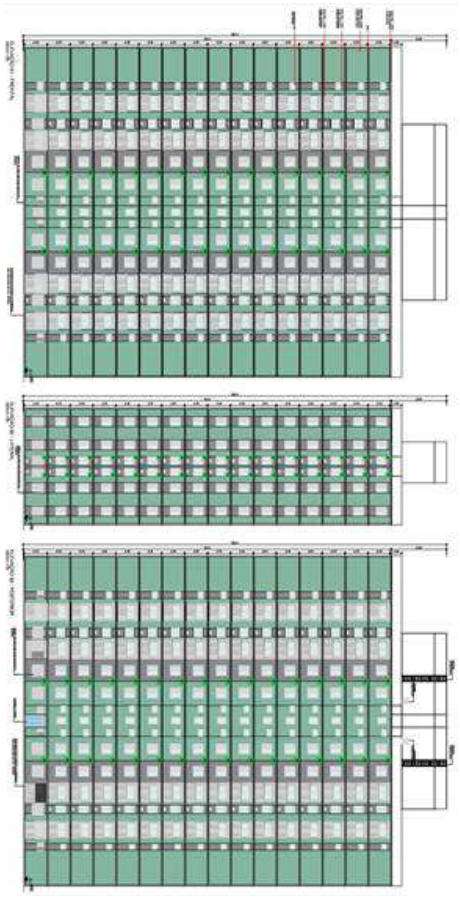

LUZIA HENRIQUE
Conceição - Rua Pernambucana

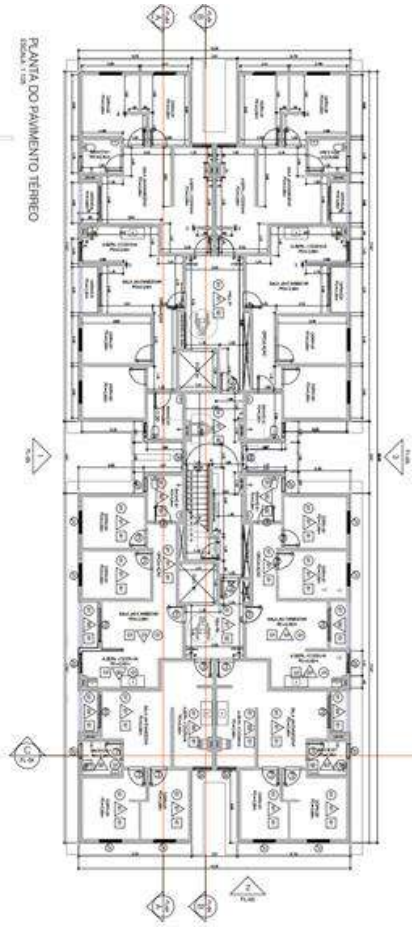

ZEPAM 3
ZPR
ZEMIU
RUA PERNAMBUCANA
RUA VENEZA
RUA CANAÃ
RUA GALILEIA
RUA JERICÓ



LUZIA HENRIQUE
Conceição - Rua Pernambucana







Unidades Habitacionais pretendidas: 128

REMÉDIOS A

Industrial Remédios – R. Francisco Boaventura de Lima - Vl. dos Remédios



Matrícula: Nº 46.831
Área: 6.998,33 m²
Zoneamento vigente: ZEIS (Zonas Especial de Interesse Social)
Programa habitacional selecionado: MCMV FAR
Empresa selecionada: BRNPAR Empreendimentos Imobiliários
Unidades Habitacionais pretendidas: 144

ALTERAÇÃO DA AFETAÇÃO

Afetação atual: Área de Lazer 1

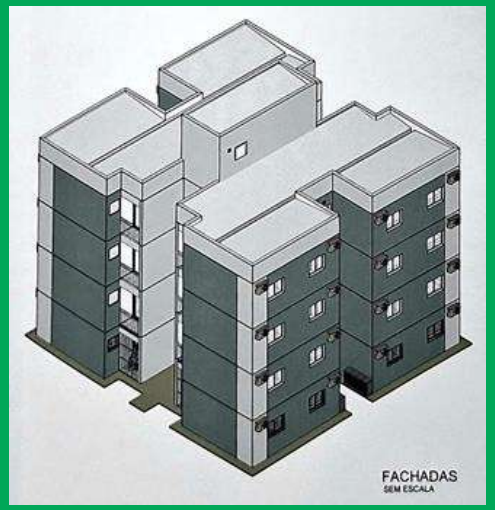
Afetação pretendida: Faixa de terreno

Justificativa: O lote é **parcialmente ocupado pela Areninha da Vila dos Remédios, área de esportes e lazer, dotada de um campo, uma quadra e equipamentos de academia ao ar livre**, cumprindo, portanto, a afetação disposta na matrícula (Área de Lazer 1).
A área a ser desafetada é grafada como Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) e a desafetação parcial do terreno para o atendimento habitacional não traz prejuízos ao município, uma vez que a área de lazer será mantida, além de acolher a uma demanda antiga da população do bairro Vila dos Remédios.

REMÉDIOS A

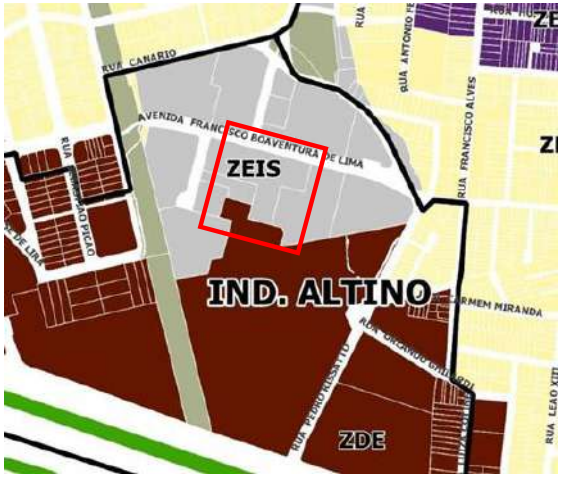
Industrial Remédios – R. Francisco Boaventura de Lima - Vl. dos Remédios





Unidades Habitacionais pretendidas: 144







ALFREDO BENICASA

Bandeiras – Rua Alfredo Benicasa, 312



Matrícula: Nº 110.969
Área: 1958,41 m²
Zoneamento vigente:
ZPR (Zona Predominantemente Residencial)
Programa habitacional selecionado: MCMV FAR
Empresa selecionada: Novo Lar Engenharia LTDA
Unidades Habitacionais pretendidas: 60

ALTERAÇÃO DA AFETAÇÃO

Afetação atual: Sistema de Recreio 2

Afetação pretendida: Faixa de terreno

Justificativa: Na matrícula, o terreno é classificado como "Sistema de Recreio 2", ou seja, é uma área pública destinada a praças, parques, jardins e locais de convivência e esporte. Ao analisarmos o entorno do terreno, nota-se em seu fundo uma grande área verde classificada como ZEPAM 1:

Assim, **o terreno vizinho, considerando sua grande área, atende as finalidades inicialmente previstas para a área Alfredo Benicasa, de menor dimensão**. Além disso, o terreno em questão apresenta frente à Rua Alfredo Benicasa, em uma sequência de usos residenciais. **A produção de unidades habitacionais, além de atribuir função social para a área, contribui para evitar uma possível ocupação**.

ALFREDO BENICASA

Bandeiras – Rua Alfredo Benicasa, 312







ALFREDO BENICASA
Bandeiras – Rua Alfredo Benicasa, 312



Unidades Habitacionais pretendidas: 60

TRÊS MONTANHAS

Jardim Três Montanhas – Alameda Roraima

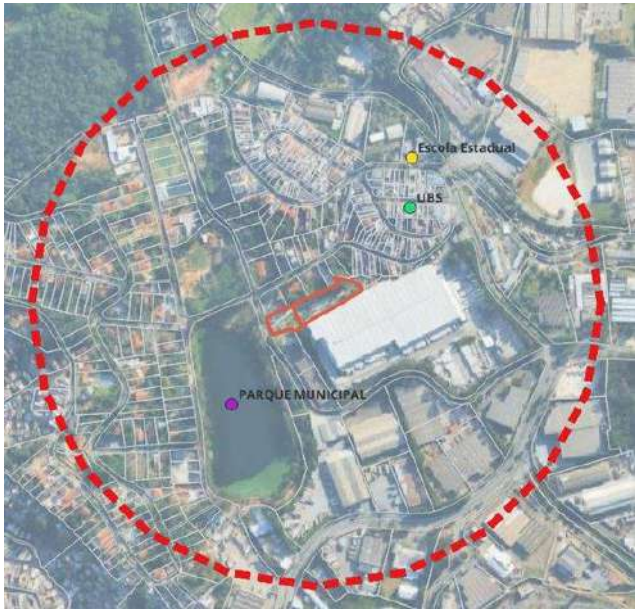


Matrículas: Nº 43.454, Nº 43.455 e Nº 43.456
Área total: 8.203,37 m²
Programa habitacional selecionado: MCMV Entidades
Entidade beneficiária: Associação Esperança de um Novo Milênio
Unidades Habitacionais pretendidas: 300

ALTERAÇÃO DA AFETAÇÃO E DE ZONEAMENTO

Afetação atual: Sistema de Recreio / Área Institucional 1 / Área Institucional 2
Afetação pretendida: Faixa de terreno

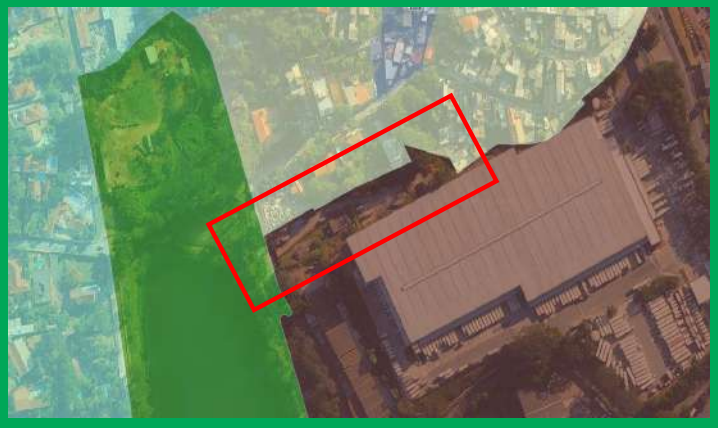
Zoneamento vigente: ZDE (Zona de Desenvolvimento Econômico)
Zoneamento pretendido: ZEIS (Zona Especial de Interesse Social)



TRÊS MONTANHAS

Jardim Três Montanhas – Alameda Roraima





Justificativa: No que tange o tema da **desafetação**, entende-se como "Sistema de Recreio" uma área pública destinada a praças, parques, jardins e locais de convivência e esporte.

Cabe destacar, que os **lotes em questão são vizinhos ao Parque Glauco Vilas Boas, área pública que atende a demanda do município por áreas verdes e de lazer**. Portanto, considerando o entorno, a mudança não traz grandes impactos à destinação inicialmente prevista para a área.

Em um raio de 250 metros do terreno, há um equipamento de saúde (PSA) e um equipamento educacional (Escola Estadual). Considerando essa oferta, a mudança de classificação da segunda matrícula que compõe a Área Três Montanhas, atualmente prevista como Área Institucional, não traz prejuízo ao interesse geral na região.

Atualmente, a área está inserida em Zona de Desenvolvimento Econômico (ZDE), cujo zoneamento restringe o uso residencial, impedindo legalmente a implantação de empreendimentos habitacionais. Entretanto, a existência de Zona Predominantemente Residencial (ZPR) **na mesma quadra demonstra a compatibilidade do uso habitacional com o entorno**. Nesse contexto, propõe-se a alteração do zoneamento para Zona Especial de Interesse Social 1 (ZEIS 1), destinada à produção de Habitação de Interesse Social (HIS) e Habitação de Mercado Popular (HMP), possibilitando o adensamento populacional e a destinação adequada de uma área atualmente vazia e sem cumprimento de sua função social, em consonância com a política habitacional do município.

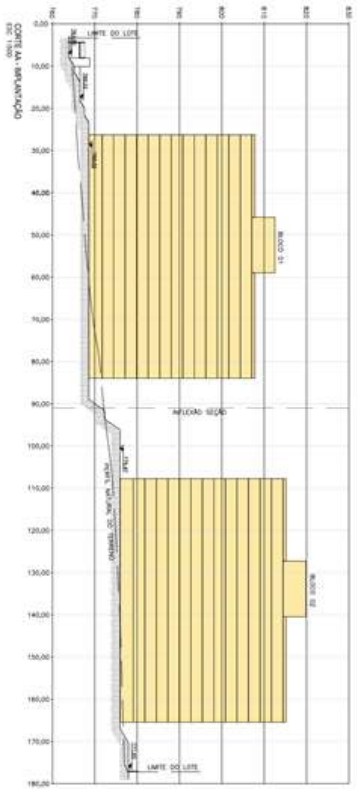
TRÊS MONTANHAS

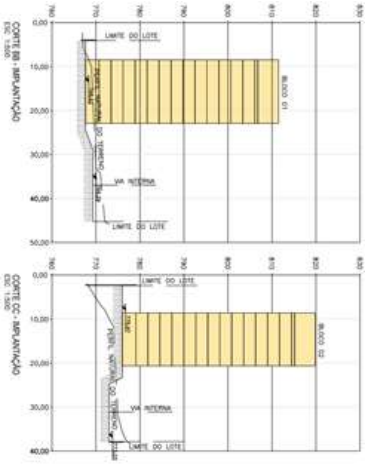
Jardim Três Montanhas – Alameda Roraima





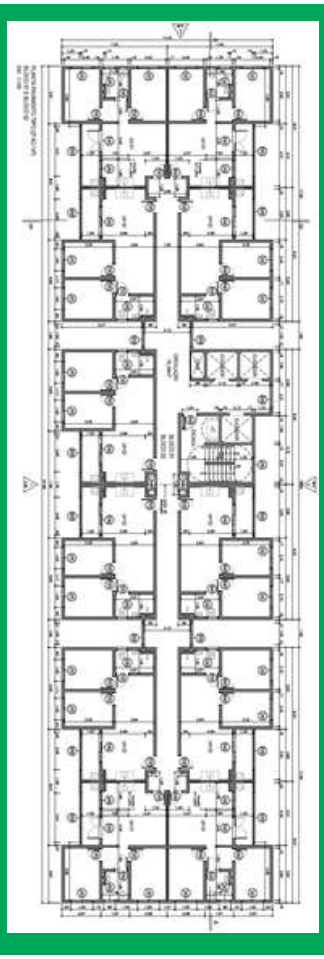
Unidades Habitacionais pretendidas: 300

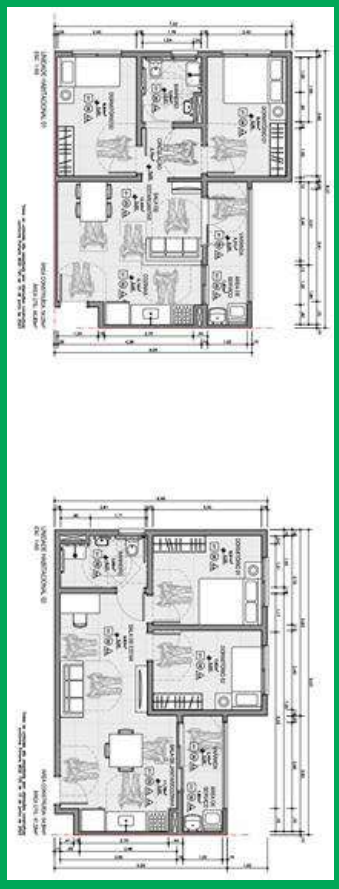


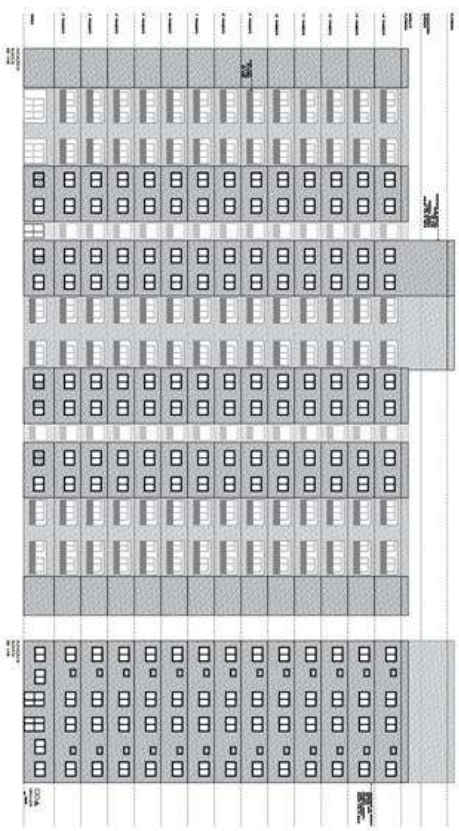


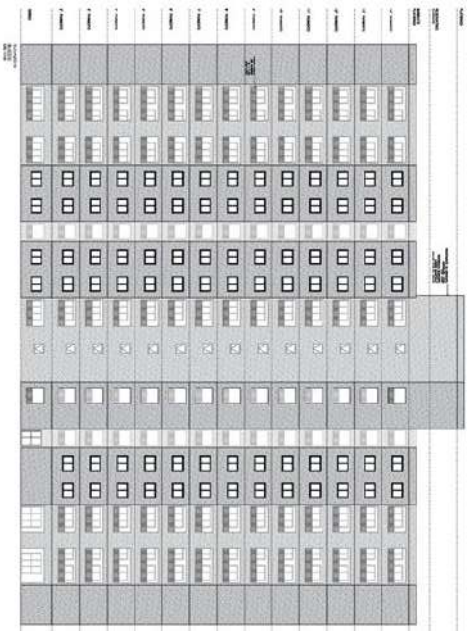
TRÊS MONTANHAS

Jardim Três Montanhas – Alameda Roraima









ESTRELA DALVA
Rochdale – Av Brasil, S/N



Matrícula: Nº 56.716
Área: 3.699,85 m²
Afetação atual: Áreas de Terras
Programa habitacional selecionado: MCMV FAR
Empresa selecionada: Novo Lar Engenharia LTDA
Unidades Habitacionais pretendidas: 200

ALTERAÇÃO DE ZONEAMENTO

Zoneamento vigente: ZEPAM 1
(Zona Especial de Proteção Ambiental 1)

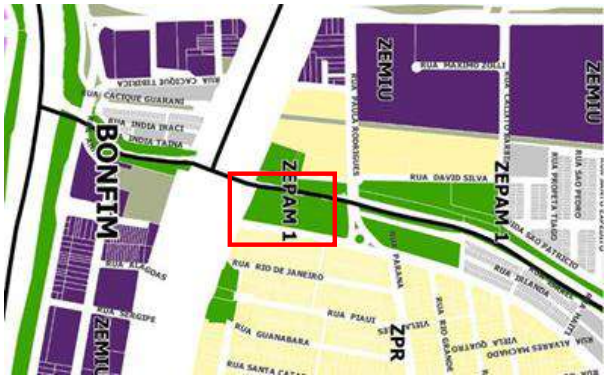
Zoneamento pretendido: ZEIS
(Zona Especial de Interesse Social)

Justificativa: A mudança de zoneamento de ZEPAM-1 para ZEIS justifica-se pela possibilidade de implantação de aproximadamente **200 unidades habitacionais**, contribuindo para a redução do déficit habitacional municipal, sem perdas significativas de áreas de lazer ou serviços ambientais. **Embora o terreno desempenhe papel importante na drenagem local, não possui maciços arbóreos, sendo possível adotar medidas sustentáveis, como pisos drenantes, plantio de árvores e captação de água da chuva, além de cumprir a legislação vigente no projeto habitacional**. O projeto prevê edifícios afastados do canal e do muro de divisa, respeitando distâncias que favoreçam a drenagem e a segurança ambiental. Ademais, **a área de lazer será compensada pela implantação do Complexo Esportivo Estrela Dalva**, com campos de futebol, quadra poliesportiva, playground e churrasqueira, mantendo as opções de recreação para a população.

ESTRELA DALVA
Rochdale – Av Brasil, S/N



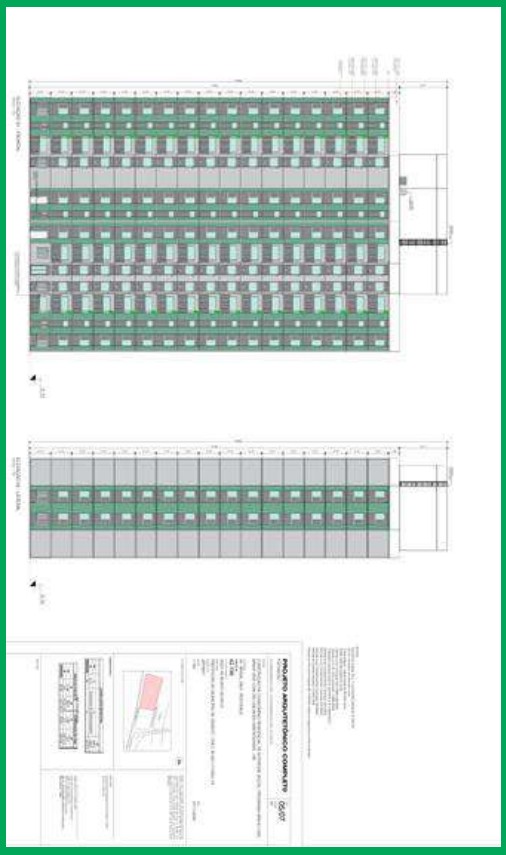


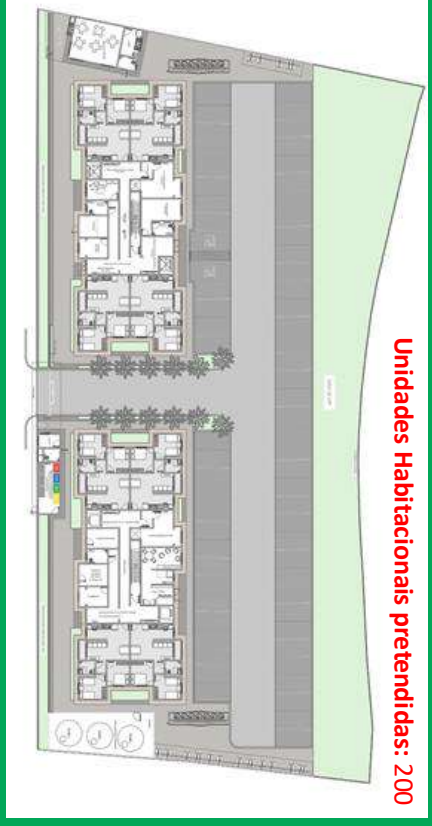




ESTRELA DALVA
Rochdale – Av Brasil, S/N

Unidades Habitacionais pretendidas: 200





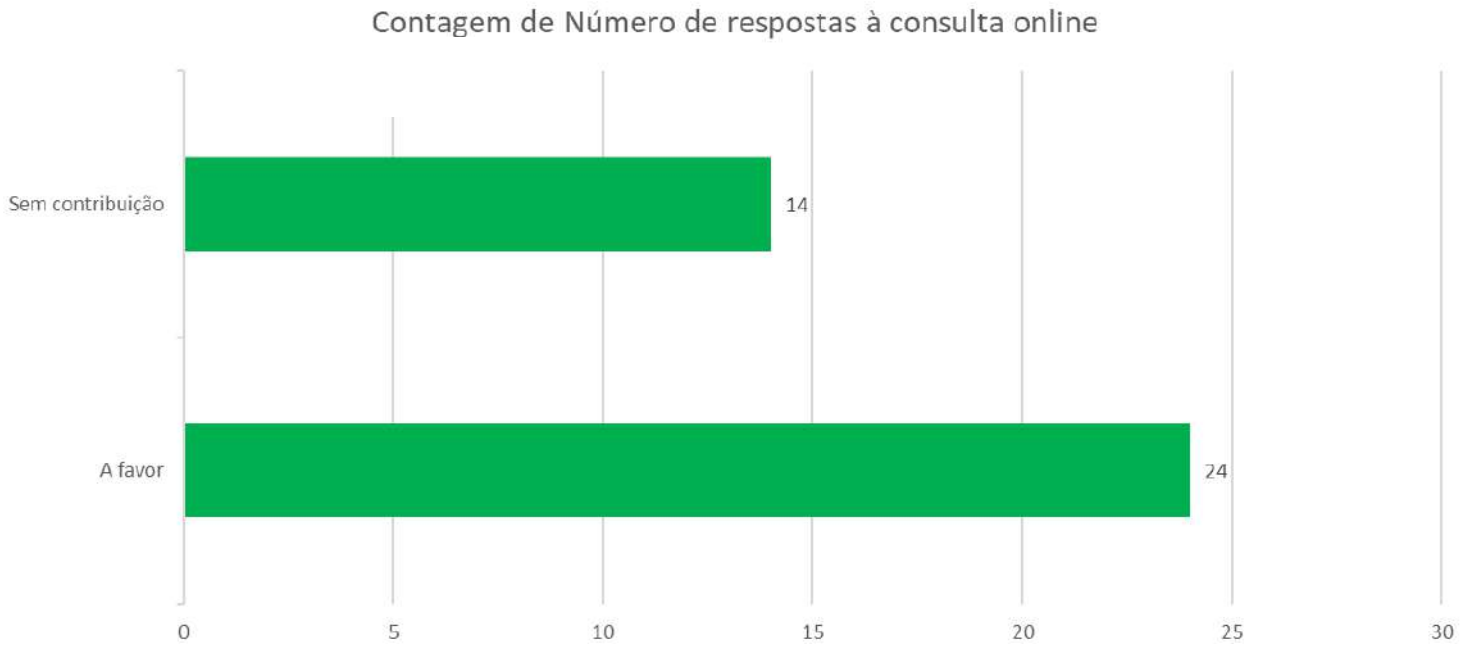




QUADRO - SÍNTESE

ÁREA	AFETAÇÃO ATUAL	AFETAÇÃO PRETENDIDA	ZONEAMENTO VIGENTE	ZONEAMENTO PRETENDIDO	ÁREA DO TERRENO (m²)	UNIDADES HABITACIONAIS
Luzia Henrique	Área Institucional AI-02	Faixa de terreno	ZPR	-	3.299,81	128
Remédios A	Área de Lazer 1	Faixa de terreno	ZEIS	-	6.998,33	144
Alfredo Benicasa	Sistema de Recreio 2	Faixa de terreno	ZPR	-	1.958,41	60
Três Montanhas	Sistema de Recreio, Área Institucional (1) e Área Institucional (2)	Faixa de terreno	ZDE	ZEIS	8.203,37	300
Estrela Dalva	Área de terra		ZEPAM-1	ZEIS	3.699,85	200
TOTAL						832

CONTRIBUIÇÕES ONLINE



38 CONTRIBUIÇÕES ONLINE

24 FAVORÁVEIS
0 CONTRÁRIAS
14 SEM DETALHAMENTO

CONTRIBUIÇÕES ONLINE

"Sou a favor da desafetação das quatro áreas – Luzia Henrique, Remédios A, Alfredo Benicasa e Três Montanhas. Toda a alteração necessária do zoneamento para possibilitar o empreendimento habitacional. Sonho em ver um Oz, onde todos os cidadãos possam morar com dignidade. Parabens pela iniciativa."

.

"Olá, gostaria de saber o que vai a ser feitos com as famílias (5 famílias) que residem na Av. Brasil. 2552 (exatamente ao lado do Estrela Dalva, antigo campo)"

"Sim acho viável pois osasco prescisa de moradia, para pessoas vulnerável. Eu também gostaria de participar. Pois não tenho casa propria"

"Na opinião, se fosse possível, as entidades habitacionais deveriam ser atendidas com mais doações de terrenos aptos para construção de moradias para as famílias de baixa renda."

"Pelo direito à moradia e à viabilização da construção de empreendimentos habitacionais, sou a favor da retirada das afetações dos terrenos constantes da nota técnica, bem como da alteração dos zoneamentos para ZEIS."

"Gostaria de ter mais oportunidades de conseguir uma moradia própria por meio dos programas habitacionais de Osasco, com inscrições acessíveis,que fossem ampliados os programas habitacionais para famílias de baixa renda, com mais oportunidades de acesso à moradia própria por meio de sorteio alguma outra forma mas acessível ."

"Sou a favor da liberação do terreno para construção do projeto do Núcleo Canaã."

"Aprovo a desafetação das áreas descritas na proposta para utilização na construção de moradias nas modalidades do MCMV, incluindo Remédios A, no projeto que prevê 144 unidades habitacionais na modalidade MCMV ENTIDADES via fundo FDS, mantendo a área de lazer existente na parte do terreno que não será desafetada."

.

"Moradia é um direito! As famílias estão lutando por isso e precisam dessa moradia, não aguento mais ver gente morando em rua."

CONTRIBUIÇÕES ONLINE

"Sou totalmente favorável à alteração do zoneamento e à desafetação de terrenos destinadas à viabilização de Empreendimentos de Habitação de Interesse Social (EHIS). A reserva de áreas para essa finalidade, especialmente por meio da demarcação de Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), é fundamental para garantir o acesso à moradia digna à população de baixa renda, ampliar as oportunidades de acesso à cidade e enfrentar as desigualdades socioespaciais. Essas medidas são essenciais para assegurar que o planejamento urbano contemple as necessidades da população mais vulnerável, promovendo o direito à moradia e à cidade."

"Sou favorável a alteração do zoneamento na cidade de Osasco, para que seja viabilizada a construção de moraria popular para a sociedade, considerando que Osasco é uma grande cidade com enorme potencial econômico, merecemos ter acesso a moradias.

"Sou totalmente favorável à alteração do zoneamento e das afetações destinadas à implantação de empreendimentos de moradia popular na cidade de Osasco. É imprescindível ampliar as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) no município e que a Prefeitura Municipal estabeleça os acordos necessários para viabilizar a construção desses conjuntos habitacionais. Queremos mais moradia popular e digna para o povo!"

"Eu apoio a alteração do zoneamento, pois vai beneficiar a regiao. Os terrenos públicos indicados atenderão famílias de baixa renda do município reduzindo o problema da moradia em Osasco. A cidade vai receber investimento do governo federal e os novos empreendimentos serao construidos pelo MCMV-E. Isso ajuda na melhoria da regiao e no desenvolvimento da nossa cidade"

"Mais casas pra a população morar"

"Que todos tem direitos moradia em qualquer lugar que for igualdade para todos"

"Sou a favor de moradia pra todos"

CONTRIBUIÇÕES ONLINE

"Acho a medida muito importante porque precisamos garantir mais áreas destinadas à habitação de interesse social na cidade. Por isso sou a favor".

"Sou a favor da liberação do terreno para construção do pro jeto nucleo canaa porque essas familia tem direito e eles precisam muito".

"Sou a favor da liberação para construçao do proj de moraria do nucleo canaa. Sao familias que necessitam, estao fazendo uma luta honesta e constitucional, e precisam desse direito garantido "

"Sou a favor da liberação do terreno para construção do projeto do Núcleo Canaã."

"Moradia é um direito, as famílias estão lutando por isso e precisam muito dessa moradia."

"Eu sou do Núcleo Canaã e sou a favor da liberação do Projeto para nossas moradia.Minhaa familia precisa muito dessa moradia e esse é um direito do povo."

.

"Eu apoio a alteração do zoneamento, pois vai beneficiar a regiao. Os terrenos públicos indicados atenderão famílias de baixa renda do município reduzindo o problema da moradia em Osasco. A cidade vai receber investimento do governo federal e os novos empreendimentos serao construidos pelo MCMV-E. Isso ajuda na melhoria da regiao e no desenvolvimento da nossa cidade"

"Sou a favor de moradia pra todos"

"Que todos tem direitos moradia em qualquer lugar que for igualdade para todos"

"Liberação pra construção de moradias para o Canaã

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Habitação

ATA DA SESSÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DESAFETAÇÃO E MUDANÇA DE ZONEAMENTO.

A Audiência Pública realizada em 21 de outubro de 2026 tratou da desafetação e mudança de zoneamento de cinco terrenos em Osasco para viabilizar projetos habitacionais selecionados no âmbito do Programa Minha Casa Minha Vida, nas modalidades FAR (Fundo de Arrendamento Residencial) e Entidades (FDS - Fundo de Desenvolvimento Social), com previsão mínima de construção de **832** unidades. Foram apresentados problemas técnicos e jurídicos de afetação e zoneamento, cronograma de encaminhamentos à Câmara e à Caixa Econômica Federal, e houve manifestações de lideranças de movimentos de moradia e representantes técnicos.

Objetivos principais

- Desafetar quatro terrenos e alterar o zoneamento de dois terrenos para permitir a construção de habitação de interesse social no município.
- Coletar contribuições, garantir a participação social e realizar a gestão democrática do território frente aos projetos selecionados no âmbito do Programa Minha Casa Minha Vida, nas modalidades FAR e Entidades.

Terrenos e propostas

- **Rua Luzia Henrique dos Reis** (Jd. Conceição):
  - **Afetação**: Área Institucional AI-02 — propor desafetação de remanescente de 3.299,82 m².
  - **Projeto**: 128 unidades já selecionadas pelo Minha Casa Minha Vida Entidades; alvará de aprovação obtido e complementares em andamento para submissão à Caixa.
  - **Zoneamento**: predominantemente residencial — não requer alteração de zoneamento.
- **Remédios A / Nova Esperança** (Vila dos Remédios):
  - **Afetação**: Área de Lazer 1 — propor desafetação da parcela destinada à habitação.
  - **Projeto**: 144 unidades - empresa estudando elevar para aproximadamente 280 unidades.
  - **Remédios B**: parcela não selecionada inicialmente; já direcionada à associação local (Valdomiro, Pelézinho) para desenvolvimento posterior.
- **Alfredo Benicasa** (trecho vinculado ao projeto de Urbanização Rochdale - Fase 1):
  - **Afetação**: Sistema de Recreio 2 — propor desafetação de faixa sem prejuízo ao parque planejado.
  - **Zoneamento**: ZPR (Zona Predominantemente Residencial) — não requer alteração de zoneamento.
  - **Projeto**: 60 unidades (Seleção FAR 2023) vinculadas ao reassentamento de famílias afetadas pela canalização braço morto do Tietê.
- **Rua Roraima / Três Montanhas**:
  - **Afetação**: Sistema de Recreio e Área Institucional 1 e 2 — requer desafetação.
  - **Zoneamento**: atualmente ZDE (Zona de Desenvolvimento Econômico) — requer mudança para permitir uso habitacional.

  - **Projeto**: 300 unidades (MTST); acordo com o movimento para regularizar seis casas existentes no local sem remoção das famílias; obras dependem da aprovação conjunta de desafetação e zoneamento.
- **Estrela d'Alva** (antigo campo do Estrela d'Alva, Jd. Rochdale, perto do braço morto do Tietê):
  - **Afetação**: já patrimonial — não requer desafetação.
  - **Zoneamento**: ZEPAM-1 (Zona Especial de Proteção Ambiental 1) — proposta de mudança parcial de zoneamento apenas na área de construção, preservando APP de 15 m e mantendo função ambiental nas áreas remanescentes.
  - **Projeto**: 200 unidades FAR para reassentamento de moradores removidos do Rochdale; criação de matrícula específica para o empreendimento; previsão de centro esportivo na área remanescente, no futuro.

Impacto previsto

- Produção mínima estimada: **832** unidades habitacionais (aproximadamente metade via Minha Casa Minha Vida Entidades (FDS) e metade via FAR).
- Reassentamento e regularização fundiária: inclusão de famílias já assentadas (ex.: seis casas no Três Montanhas serão regularizadas sem remoção).
- Atendimento a demandas específicas: Bolsa Aluguel (aproximadamente 2.000 famílias em auxílio no município) e famílias removidas por urbanização/risco.

Pendências e requisitos legais/técnicos

- Procedimento de desafetação das matrículas e consequente registro junto ao cartório.
- Mudança de zoneamento para dois terrenos (Roraima/Três Montanhas e Estrela d'Alva/Jd. Rochdale), com justificativas técnico-urbanísticas (existência de equipamentos públicos e parque qualificado em área próxima; inexistência de massa arbórea relevante).
- Submissão de minutas de Projeto de Lei à Câmara Municipal e tramitação para aprovação.
- Finalização de complementares dos projetos e documentações para envio e avaliação pela Caixa Econômica (já há projetos com alvarás e remessas iniciais).
- Respeito às áreas de preservação (manutenção de APP de 15 m no Estrela d'Alva) e apresentação de nota técnica que fundamenta a mudança.

Consulta pública e contribuições

- Consulta pública no site da Prefeitura recebeu 38 contribuições:
  - 24 favoráveis às propostas apresentadas;
  - 14 sem detalhamento.
- Questões levantadas por contribuintes (ex.: dúvidas sobre seis residências próximas ao Estrela d'Alva) foram esclarecidas: as casas não serão removidas pelo projeto de habitação; se houver necessidade de intervenção por infraestrutura, essas famílias serão incluídas no empreendimento.

Encaminhamentos e próximos passos

- Publicação de ata da audiência e transcrição da gravação, envio ao Ministério Público e disponibilização do material completo (nota técnica, avaliação de equipamentos sociais) no site da Prefeitura.
- Elaboração e envio das minutas de lei para desafetação e alteração de zoneamento à Câmara Municipal para votação.
- A Secretaria de Habitação seguirá gerenciamento junto à Caixa para acelerar aprovações dos empreendimentos e formalização de doações/termos de intenção com as entidades.

- Manutenção da mobilização dos movimentos sociais para acompanhar votação municipal e defesa da continuidade do programa Minha Casa Minha Vida Entidades.

Intervenções e falas da audiência.

A mesa anuncia a abertura de até 15 falas de 2 minutos e informa que também haverá contribuição por escrito.

- Arquiteta Larissa Napoli do MTST explica o andamento técnico do projeto, a necessidade de alterar zoneamento e desafetação, e a parceria com Prefeitura, Caixa e Ministério.
- Representante Srª. Emilly dos Santos Medeiros Associação dos Moradores Unidos do Ribeirão Vermelho- AMURV, destaca a emoção com o avanço, relembra a organização das lutas e afirma que a conquista é fruto da mobilização.
- Representante da Associação Mundo Novo, Sr. Antônio Roberto Lelis Silva, parabeniza as pessoas dos movimentos, da Secretaria de Habitação, e o atendimento humanizado dado aos movimentos.
- Professor Álvaro Luis dos Santos Pereira, da UNIFESP e conselheiro no CMPUH, elogia a iniciativa, diz que moradia é direito, pede mais levantamento de áreas públicas para habitação, solicita estudo para identificar todas as terras públicas localizadas nas ZEIS e critica a falta de debate no Conselho de Habitação.
- Srª. Raylane de Sousa Costa, pelo MTST se apresenta, conta sua trajetória e reafirma a luta pela moradia.
- Sr. Valdomiro Ventura, da Associação Terra Esperança, relembra a história das ocupações e da produção habitacional no município, destacando persistência e conquistas.
- Dr. Rafael Alves, representante CMPUH, e presidente da Comissão de Direitos Humanos da OAB, Subsecção Osasco, fala sobre o direito constitucional à moradia, defende organização coletiva e participação nas associações.
- Srª. Cléria Aparecida Cordeiro relata sua trajetória na luta por moradia, destaca o protagonismo das mulheres e agradece a união entre movimentos e poder público.
- Srª. Sara C. de Oliveira, do núcleo Canaã, MTST, afirma que o sonho da moradia é coletivo e que o movimento não vai desistir.
- Srª. Marineide Constantino Lopes, da Ocupação Esperança, explica a unificação de entidades para viabilizar os empreendimentos e reforça a luta por moradia digna.
- Representante da vereadora Vanessa Maia, da Cidade de Carapicuíba, parabeniza o trabalho, cita experiências anteriores de articulação e defende a expansão da luta para outros municípios.
- Sr. Kildery Alessandro Donato da Silva, do MTST, reforça a importância da moradia segura e digna, relaciona o projeto ao sonho coletivo do núcleo Canaã e convoca à luta.
- Srª. Arlete Hilário Barbosa, Associação Pro Moradia Terra é Nossa, incentiva a persistência e diz que a conquista virá com união.
- Sr. Wagner Camaroto, da Associação Viva Quitauna, fala sobre o risco de descontinuidade do Minha Casa Minha Vida, alerta para o cenário político e defende a manutenção do programa.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Habitação

- Srª. Lívia Lacerda Garcia e Garcia, liderança do MTST, relembra a história de luta em Osasco, compara o passado com o momento atual e ressalta a importância dos recursos para o empreendimento.
- Vereador do Município de Osasco, Batista Comunidade, agradece o diálogo, saúda lideranças e alerta para a importância do momento político.
- A mesa orienta que tudo será registrado em ata e enviado à Câmara para as mudanças de desafetação e zoneamento.
- O secretário encerra emocionado, relembra a relação antiga com as lideranças, reconhece a organização dos movimentos e informa avanço em outro projeto habitacional da cidade.

Conclusão

A audiência consolidou a proposta técnica e política para desafetação e alteração de zoneamento de cinco terrenos em Osasco com objetivo de liberar cerca de 832 unidades habitacionais via Minha Casa Minha Vida Entidades FDS e FAR. Foram definidos passos administrativos (minutas de lei, envio à Câmara, tramitação com a Caixa), recebeu respaldo majoritário nas contribuições públicas e contou com forte mobilização dos movimentos sociais, que permanecerão ativos para garantir a aprovação legislativa e a continuidade do financiamento federal. As listas de presença da Audiência Pública registraram 502 assinaturas.

Osasco, 26 de Outubro de 2026.

MAYTÊ PRADO DE LIMA
Arquiteta – SEHAB | PMO

MARCO ANTÔNIO VILLELA DOS SANTOS
Chefe de Gabinete – SEHAB | PMO

GELSO LIMA
Secretário Municipal de Habitação.

SECRETARIA DE SAÚDE

Atos do Secretario

O Senhor Secretário de Saúde, considerando a Lei Municipal 3.400/98 e Decreto 8.675/98 C/C a Lei Estadual 10.083/98 torna público as ações do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária.

O GERENTE DO GRUPO TÉCNICO DA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO DEFERE OS ABAIXOS DISCRIMINADOS.

PROTOCOLO DE PUBLICAÇÃO:

Razão Social: FARMA CONDE S.A
Endereço: Av. Joao de Andrade 1971 - Santo Antonio - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 71.605.265/0057-16
Atividade CNAE: 4771-7/01 - Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulacão de fórmulas
N° Processo: 202502029290
Data do Deferimento: 31/10/2025
Data da Validade: 14/07/2027
Responsável Legal: Manoel Conde Neto
Responsável Técnico: Regiane de Miranda Santos
Responsável Técnico Substituto: Denis da Silva Venerando/Rodrigo Lima Tavolassi
N° CEVS: 353440110-477-000654-1-2
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: ECOPRAG SOLUÇÕES AMBIENTAIS LTDA ME
Endereço: Rua Lucilia Nunes 368 - Novo Osasco - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 10.203.308/0001-98
Atividade CNAE: 8122-2/00 - Controle de pragas urbanas
N° Processo: 202602001845
Data do Deferimento: 31/08/2026
Data da Validade: 31/08/2027
Responsável Legal: Vivian Cristina Piffer Vasques
Responsável Técnico: Erik Vitor Vasques
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-812-000018-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: K.P. TRANSPORTES LTDA
Endereço: Rua Sebastiao Picão 191 - Ayrosa - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 58.022.047/0001-36
Atividade CNAE: 4930-2/02 - Transporte rodoviário de cargas - exceto produtos perigosos e mudanças intermunicipal, interstadual e internacional
N° Processo: 202602006251
Data do Deferimento: 01/09/2026
Data da Validade: 01/09/2027
Responsável Legal: Kazimierz Poplawski Junior
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-493-000490-1-8
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: K.P. TRANSPORTES LTDA
Endereço: Rua Sebastiao Picão 191 - Ayrosa - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 58.022.047/0001-36
Atividade CNAE: 4930-2/02 - Transporte rodoviário de cargas - exceto produtos perigosos e mudanças intermunicipal, interstadual e internacional
N° Processo: 202602006251
Data do Deferimento: 22/06/2023
Data da Validade: 28/06/2024
Responsável Legal: Kazimierz Poplawski Junior
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-493-000490-1-8
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2023

Razão Social: BIODIVERSA LOGISTICA E TRANSPORTE
Endereço: Av. Analice Sakatauskas 951 - Bela vista - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 45.256.753/0001-09
Atividade CNAE: 3812-2/00 - Coleta de resíduos perigosos
N° Processo: 202602006691
Data do Deferimento: 02/10/2026
Data da Validade: 02/10/2027
Responsável Legal: Alexsandro de Souza Santos
Responsável Técnico: Alexsandro de Souza Santos
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-381-000016-1-9
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: M.A. HAIR ESTETICA E BELEZA LTDA
Endereço: Av. Hildebrando de Lima 554 - KM 18 - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 13.698.237/0001-30
Atividade CNAE: 9602-5/01 - Cabeleireiros, manicure, pedicure e barbearia
N° Processo: 202602007738
Data do Deferimento: 06/07/2026
Data da Validade: 06/07/2027
Responsável Legal: Maria Aparecida Lima de Oliveira
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-960-000286-1-4
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: SKINÃO DE OSASCO BAR E LANCHES LTDA
Endereço: Av. Novo osasco 1528 - Novo osasco - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 12.855.528/0001-21
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202602009423
Data do Deferimento: 14/07/2026
Data da Validade: 14/07/2027
Responsável Legal: Valdeci Messias Trindade
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-002994-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: CLINICA FRANCINE BASSAN LTDA
Endereço: Rua Ana Pereira Melo 253 - Vila campesina - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 27.432.125/0001-47
Atividade CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realizacão de procedimentos cirúrgicos
N° Processo: 202602010031
Data do Deferimento: 25/06/2026
Data da Validade: 25/06/2026
Responsável Legal: Francine Bassan
Responsável Técnico: Francine Bassan
Responsável Técnico Substituto: Patricia Pacheco Bernardi
N° CEVS: 353440110-863-001286-1-9
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: FRANCINE BASSAN
Endereco: Rua Ana Pereira Melo 253 - Vila campesina - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 00.028.730/9148-76
Atividade CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realizacão de procedimentos cirúrgicos
N° Processo: 202602010762
Data do Deferimento: 25/06/2026
Data da Validade: 25/06/2027
Responsável Legal: Francine Bassan
Responsável Técnico: Francine Bassan
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-863-002170-1-8
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: VIEIRA GRILL LTDA
Endereço: Av. Hildebrando de Lima 699 - KM 18 - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 63.420.089/0001-65
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202602015319
Data do Deferimento: 10/06/2026
Data da Validade: 31/03/2027
Responsável Legal: Douglas Costa Dias
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-003106-1-1
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: SUPERMERCADOS IRMAOS LOPES S.A
Endereco: Av. Visconde de Nova Granada 212 - Cipava - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 45.827.425/0026-65
Atividade CNAE: 4711-3/02 - Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados
N° Processo: 202602020288
Data do Deferimento: 08/06/2026
Data da Validade: 08/06/2027
Responsável Legal: Sandro Henrique Peixoto Saboia
Responsável Técnico: Carla Cristina Roquini
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-471-000141-1-7
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: SUPERMERCADOS IRMAOS LOPES S.A
Endereço: Rua Elza Fagundes Moraes 550 - Jardim Roberto - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 45.827.425/0025-84
Atividade CNAE: 4711-3/02 - Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados
N° Processo: 202602020309
Data do Deferimento: 12/06/2026
Data da Validade: 12/06/2027
Responsável Legal: Sandro Henrique Peixoto Saboia
Responsável Técnico: Carla Cristina Roquini
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-471-000211-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: SUPERMERCADOS IRMAOS LOPES S.A
Endereço: Rua Dr. Ilarino Juliano 8 - Jardim D'Abril - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 45.827.425/0027-46
Atividade CNAE: 4711-3/02 - Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados
N° Processo: 202602020318
Data do Deferimento: 08/06/2026
Data da Validade: 08/06/2027
Responsável Legal: Sandro Henrique Peixoto Saboia
Responsável Técnico: Carla Cristina Roquini
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-471-000411-1-4
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: ATLAS ALIMENTOS LTDA
Endereço: Av. Benedito Alves Turibio 2003 - Padroeira - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 67.307.033/0001-50
Atividade CNAE: 4722-9/01 - Comércio varejista de carnes - Açougues
N° Processo: 202602024956
Data do Deferimento: 17/07/2026
Data da Validade: 17/07/2027
Responsável Legal: Viviane Xavier de Oliveira Almeida
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-472-001501-1-8
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: CANTU IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA
Endereço: Av. Leonil Cre Bortolosso 945 - Quitauna - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 03.588.984/0019-90
Atividade CNAE: 4633-8/01 - Comércio atacadista de frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos
N° Processo: 202602026448
Data do Deferimento: 13/07/2026
Data da Validade: 13/07/2027
Responsável Legal: Jeferson Cantu
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-463-000283-1-2
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: KATIA CILENE GONCALVES DA SILVA
Endereço: Rua Lilás 11 - Jardim das flores - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 61.200.621/0001-03
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202602029072
Data do Deferimento: 17/07/2026
Data da Validade: 17/07/2029
Responsável Legal: Katia Cilene Goncalves da Silva
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-003133-1-9
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: AMARAL & CIA IMPORTADORA E EXPORTADORA LTDA
Endereço: Av. Hilario Pereira de Souza 492 - Centro - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 25.037.775/0001-62
Atividade CNAE: 4664-8/00 - Comércio atacadista de máquinas aparelhos equipamentos para uso odonto-médico-hospital, parte e peças
N° Processo: 202602029414
Data do Deferimento: 22/07/2026
Data da Validade: 22/07/2027
Responsável Legal: Cristiano Freire Amaral
Responsável Técnico: Francini Zavaroni Pereira
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-466-000009-1-4
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: AMAMEDICAL SOLUÇÕES EM SAUDE LTDA
Endereco: Av. Hilario Pereira de Souza 406 - Centro - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 32.162.496/0001-96
Atividade CNAE: 4664-8/00 - Comércio atacadista de máquinas aparelhos equipamentos para uso odonto-médico-hospital, parte e peças
N° Processo: 202602029546
Data do Deferimento: 22/07/2026
Data da Validade: 22/07/2027
Responsável Legal: Cristiano Freire Amaral
Responsável Técnico: Francini Zavaroni Pereira
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-466-000008-1-7
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: MAX COMERCIO REPRESENTAÇÕES E SERVIÇOS LTDA
Endereco: Rua Bem-te-vi 485 - Ayrosa - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 05.489.375/0001-80
Atividade CNAE: 4646-0/02 - Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal
N° Processo: 202602036352
Data do Deferimento: 30/09/2026
Data da Validade: 30/09/2027
Responsável Legal: Caio Marques Ribeiro
Responsável Técnico: Fabio Fuzishima Ribeiro
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-464-000236-1-2
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: BELLARI ODONTOLOGIA E MEDICINA LTDA
Endereço: Rua Eloy Candido Lopes 350 - Centro - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 67.697.142/0001-20
Atividade CNAE: 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
N° Processo: 202602041053
Data do Deferimento: 02/10/2026
Data da Validade: 02/10/2027
Responsável Legal: Rebeca de Oliveira Silva
Responsável Técnico: Luciano Rafael Iudice Brisotti
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-863-002539-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2026

Razão Social: CARREFOUR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA
Endereço: Av. Manoel Pedro Pimentel 103 - Continental - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 45.543.915/0950-34
Atividade CNAE: 4712-1/00 - Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - minimercados, mercearias e armazéns
N° Processo: 202602044272
Data do Deferimento: 12/06/2025
Data da Validade:
Responsável Legal: Stephane Samuel Maquaire
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-000-000000-0-0
Tipo de Solicitação: Solicitação de cancelamento da licença sanitaria

Razão Social: PSICOLOGIA ESPAÇO BEM ESTAR LTDA
Endereco: Rua Machado de Assis 797 - Centro - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 44.262.776/0001-55
Atividade CNAE: 8650-0/03 - Atividades de psicologia e psicanálise
N° Processo: 202302160108
Data do Deferimento: 15/12/2023
Data da Validade: 15/12/2024
Responsável Legal: Dinaura da Penha Lima dos Santos
Responsável Técnico: Dinaura da Penha Lima dos Santos
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-865-000336-1-8
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2023

Atos do Secretário

O Senhor Secretário de Saúde, considerando a Lei Municipal 3.400/98 e Decreto 8.675/98 CC a lei Estadual 10.083/98 torna público as ações do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária.

O GERENTE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMUNICA AS BAIXAS DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DOS SEGUINTES ESTABELECIMENTOS:

Razão Social: G S H CORP PARTICIPAÇÕES S.A.
Endereço: Rua Doutor Mariano Jatathy Marcondes Ferraz, 697 – Centro – Osasco - SP
CNPJ / CPF: 08.397.078/0005-27
Atividade: 8640-2/12 – Serviços de Hemoterapia
Nº Protocolo: 006.957/2018
Data da Solicitação: 26/10/2026
Responsável Legal: Carlos Henrique Delmonaco – CPF: 982.147.728-34
Responsável Técnico Substituto: Mirella Cintra Gonçalves CRM/SP: 174.015

Atos do Secretario

O Senhor Secretário de Saúde, considerando a Lei Municipal 3.400/98 e Decreto 8.675/98 C/C a Lei Estadual 10.083/98 torna público as ações do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária.
O GERENTE DO GRUPO TÉCNICO DA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO DEFERE OS ABAIXOS DISCRIMINADOS.

PROTOCOLO DE PUBLICAÇÃO:

Razão Social: MARIA AUXILIADORA MACHADO AS SILVA -ME
Endereço: RUA OSWALDO COLINO 1208 - PRESIDENTE ALTINO - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 52.062.387/0001-04
Atividade CNAE: 5611-2/01 - Restaurantes e similares
N° Processo: 202502003292
Data do Deferimento: 15/12/2025
Data da Validade: 15/12/2026
Responsável Legal: MARIA AUXILIADORA MACHADO DA SILVA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-002120-1-6
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: MYNEKO NTG ALIMENTOS LTDA
Endereco: AV:AUTONOMISTAS 1400 - VILA YARA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 47.893.374/0001-47
Atividade CNAE: 5611-2/01 - Restaurantes e similares
N° Processo: 202502003479
Data do Deferimento: 10/12/2025
Data da Validade: 10/12/2026
Responsável Legal: NELSON PAULO TENG
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-002556-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: YUUKI ROTISSERIE LTDA
Endereco: RUA: CALIXTO BARBIERI 23 - I.A.P.I - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 22.597.484/0001-30
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202502005308
Data do Deferimento: 15/12/2025
Data da Validade: 15/12/2026
Responsável Legal: JULIANA TIAKI OSKO MAESTÁ
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-001904-1-1
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2024

Razão Social: MERCADO DE CARNES NOVILHÃO JARDIM DE ABRIL LTDA
Endereço: AV ANTONIO CARLOS COSTA 616 - BELA VISTA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 33.763.717/0003-06
Atividade CNAE: 4722-9/01 - Comércio varejista de carnes - Açougues
N° Processo: 202502006810
Data do Deferimento: 19/12/2025
Data da Validade: 19/12/2026
Responsável Legal: AILTON BARBOSA OLIVEIRA
Responsável Técnico: MARTA BATISTA RAMALHO
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-472-001529-1-9
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: MERCADÃO DE CARNES E TREINAMENTOS NOVILHÃO SANTO ANTONIO LTDA
Endereco: AV: JOÃO DE ANDRADE 1380 - SANTO ANTONIO - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 33.928.165/0001-87
Atividade CNAE: 4722-9/01 - Comércio varejista de carnes - Açougues
N° Processo: 202502006822
Data do Deferimento: 02/12/2025
Data da Validade: 02/12/2026
Responsável Legal: AILTON BARBOSA OLIVEIRA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-472-000953-1-1
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: JOSIEL DE M.SILVA CONFEITARIA -ME
Endereço: RUA ANTONI 47 - AYROSA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 26.225.731/0001-29
Atividade CNAE: 1091-1/02 - Fabricação de produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria
N° Processo: 202502006828
Data do Deferimento:
Data da Validade:
Responsável Legal:
Responsável Técnico:
Responsável Técnico Substituto:
N° CEVS: 353440110
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2024

Razão Social: JOSIEL DE M.SILVA CONFEITARIA -ME
Endereco: RUA: ANTONIO DE CAMPOS TOLEDO 47 - AYROSA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 26.225.731/0001-29
Atividade CNAE: 1091-1/02 - Fabricação de produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria
N° Processo: 202502006828
Data do Deferimento: 17/12/2025
Data da Validade: 17/12/2026
Responsável Legal: JOSIEL DE MOURA SILVA
Responsável Técnico: S/A
Responsável Técnico Substituto: S/A
N° CEVS: 353440110-109-000681-5-
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: ALINE DE CARVALHO CONFEITARIA ME
Endereço: RUA: ANTONIO DE CAMPOS TOLEDO 13 - AYROSA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 26.226.294/0001-68
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202502006837
Data do Deferimento: 17/12/2025
Data da Validade: 17/12/2026
Responsável Legal: ALINE KELLY DE CARVALO
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-001242-1-4
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: MERCADO DE CARNES NOVILHÃO JAREIM DE ABRIL
Endereço: RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA 288 - HELENA MARIA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 33.763.717/0002-25
Atividade CNAE: 4722-9/01 - Comércio varejista de carnes - Açougues
N° Processo: 202502007050
Data do Deferimento: 18/12/2025
Data da Validade: 18/12/2026
Responsável Legal: AILTON BARBOSA OLIVEIRA
Responsável Técnico: MARTA BATISTA RAMALHO
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-472-001527-1-4
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: NOVA MARFIM PADARIA E CONFEITARIA
Endereço: AV: SALVADOR SINDONA 275 - JAGUARIBE - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 50.904.948/0001-40
Atividade CNAE: 4721-1/02 - Padaria e confeitaria com predominância de revenda
N° Processo: 202502007325
Data do Deferimento: 01/12/2025
Data da Validade: 01/12/2026
Responsável Legal: EDUARDO RODRIGUES DE MELLO
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-472-001510-1-7
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: STELLA E VERGANI CHURRASCARIA LTDA
Endereço: RUA PROFESSOR JOSÉ 70 - KM18 - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 10.777.180/0001-76
Atividade CNAE: 5611-2/01 - Restaurantes e similares
N° Processo: 202502007427
Data do Deferimento: 10/12/2025
Data da Validade: 10/12/2026
Responsável Legal: ITACIR CARLOS VERGANI
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-001604-1-5
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: TONINHO SALGADOS LTDA-EPP
Endereço: RUA MARIA MENIN 2 - CENTRO - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 04.710.279/0001-58
Atividade CNAE: 1096-1/00 - Fabricação de alimentos e pratos prontos
N° Processo: 202502008324
Data do Deferimento: 02/12/2025
Data da Validade: 02/12/2026
Responsável Legal: LUIS ANTONIO DAS NEVES
Responsável Técnico: DENILTON DAS NEVES
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-109-000049-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: IDE BRASIL SISTRIBUIDORA E INDUSTRAI LTDA
Endereço: AV: CRISANTEMO 205 - JARDIM DAS FLORES - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 57.127.511/0001-96
Atividade CNAE: 1053-8/00 - Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis
N° Processo: 202502013599
Data do Deferimento: 01/12/2025
Data da Validade: 01/12/2026
Responsável Legal: CECILIA FERREIRA LEITE
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-105-000008-1-7
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: SUPERMERCADO SARMENTO LTDA
Endereco: AV: CRUZEIRO DO SUL 1781 - ROCHDALE - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 41.596.132/0001-05
Atividade CNAE: 4711-3/02 - Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados
N° Processo: 202502014357
Data do Deferimento: 18/12/2025
Data da Validade: 18/12/2026
Responsável Legal: PAMELLA NEPOMUCENO ABRANTE SARMENTO
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-471-000645-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: TOM ALTINO LANCHONETE E MERCADORIA LTDA
Endereco: RUA: BARROSO 86 - PRESIDENTE ALTINO - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 33.161.725/0001-10
Atividade CNAE: 5611-2/01 - Restaurantes e similares
N° Processo: 202502015769
Data do Deferimento: 22/12/2025
Data da Validade: 22/12/2026
Responsável Legal: SIDERLI ALVES DA SILVA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-002939-1-1
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: VICTOR LUCAS DA SILVA

Endereço: RUA:PASCHOAL RAIERI MAZZILI 200 - MUNHOZ JUNIOR - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 22.824.688/0001-67
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202502018787
Data do Deferimento: 03/12/2025
Data da Validade: 03/12/2026
Responsável Legal: VICTOR LUCAS DA SILVA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-002159-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: KADOV COMERCIO VAREJISTA LTDA
Endereço: RUA DONA PRIMITIVA VIANCO 630 - CENTRO - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 62.009.315/0001-57
Atividade CNAE: 5611-2/03 - Lanchonete, casas de chá, de sucos e similares
N° Processo: 202502023636
Data do Deferimento: 03/12/2025
Data da Validade: 03/12/2026
Responsável Legal: CAROLINE DOS SANTOS FREIRE
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-561-003007-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: KAF CARVALHO TRANSPORTES LTDA
Endereço: RUA CAIBAR DE SOUZA SCHUTEL 98 - VILA MENCK - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 35.539.845/0001-34
Atividade CNAE: 4930-2/02 - Transporte rodoviário de cargas - exceto produtos perigosos e mudancas intermunicipal, interstadual e internacional
N° Processo: 202502024445
Data do Deferimento: 03/12/2025
Data da Validade: 03/12/2026
Responsável Legal: ANACLETO ALVES DE CARVALHO
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-493-000711-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: RUA BOLO TODA
Endereco: AV: DOS AUTONOMISTAS 1400 - VILA YARA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 48.967.690/0001-89
Atividade CNAE: 1099-6/99 - Fabricação de outros produtos alimentícios não especificados anteriormente
N° Processo: 202502025683
Data do Deferimento: 02/12/2025
Data da Validade: 02/12/2026
Responsável Legal: ILAIDE CRISTINA PICCART DE OLIVEIRA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-109-000185-1-1
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: LC ADMINISTRAÇÃO DE RESTAURANTE LTDA
Endereço: AV: DAS COMUNICAÇÕES 215 - INDUSTRIAL ANHANGUERA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 60.691.250/0258-08
Atividade CNAE: 5620-1/01 - Forncecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas
N° Processo: 202502028815
Data do Deferimento: 03/12/2025
Data da Validade: 03/12/2026
Responsável Legal: VINICIOS ANDRADE MORAES CASTELO DE LUCA
Responsável Técnico: THAIS CRISTINA DOS SANTOS RAIMONDI
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-562-000494-1-7
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: NEURIVANIA PEREIRA DE SOUZA
Endereco: RUA: LAURA SFASCIOTTI BERNARDI 718 - SANTA MARIA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 60.725.128/0001-44
Atividade CNAE: 5620-1/04 - Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar
N° Processo: 202502029908
Data do Deferimento: 04/12/2025
Data da Validade: 04/12/2026
Responsável Legal: NEURIVANIA PEREIRA DE SOUZA
Responsável Técnico: N/A
Responsável Técnico Substituto: N/A
N° CEVS: 353440110-562-000559-1-3
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2025

Razão Social: DROGA FORTE LTDA
Endereço: RUA NARCISO STURLINI 322 - VILA BUSSOCABA - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 09.130.010/0001-16
Atividade CNAE: 4771-7/01 - Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas
N° Processo: 202602042627
Data do Deferimento: 21/03/2024
Data da Validade: 21/03/2025
Responsável Legal: JOÃO NETO PINHEIRO
Responsável Técnico: THAISLANY CRITINA ARAUJO PINHEIRO
Responsável Técnico Substituto: DANIELLE SANCHES DE MOURO
N° CEVS: 353440110-477-000275-1-0
Tipo de Solicitação: Licença de Funcionamento em exercício em 2024

Informamos que entramos em contato telefônico/e-mail com o interessado pelo estabelecimento, porém não houve a retirada da licença de funcionamento pelo responsável legal ou técnico. Por esse motivo a licença está sendo enviada sem assinatura. Para fins de conclusão dos atos da vigilância sanitária, será realizada a publicação do deferimento em imprensa oficial do município.

Atos do Secretário

O Senhor Secretário de Saúde, considerando a Lei Municipal 3.400/98 e Decreto 8.675/98 CC a lei Estadual 10.083/98 torna público as ações do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária.

O GERENTE DO GRUPO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO COMUNICA A LAVRATURA DO AUTO DE INFRAÇÃO QUE ESTÁ (AO) TIPIFICADA (S) NO ARTIGO 122, DA LEI ESTADUAL Nº. 10.083/98 QUE PREVÊ A (S) PENALIDADE (S) TIPIFICADAS NO ART. 112 DA MESMA LEI.

Razão Social: VZ HOSPITAL VETERINÁRIO LTDA
Endereço: Rua Doutor Paulo Ferraz da Costa Aguiar , 1501 – Vila Yara - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 51.494.997/0001-14
CNAE/Atividade: 7500-1/00 – Veterinária
Nº Protocolo: 000.121/2026
Auto de Infração nº 00406
Data da Lavratura do AIF: 30/06/2026
Auto de Imposição de Penalidade nº 01025 – Multa
Data da Lavratura do AIP: 11/08/2026
Notificação de Recolhimento de Multa N° 747
Data da Lavratura do NRM: 20/10/2026
Responsável Legal: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909
Responsável Técnico: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909

Razão Social: VZ HOSPITAL VETERINÁRIO LTDA
Endereço: Rua Doutor Paulo Ferraz da Costa Aguiar , 1501 – Vila Yara - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 51.494.997/0001-14
CNAE/Atividade: 7500-1/00 – Veterinária
Nº Protocolo: 000.122/2026
Auto de Infração nº 00508
Data da Lavratura do AIF: 30/06/2026
Auto de Imposição de Penalidade nº 01037 – Multa
Data da Lavratura do AIP: 11/08/2026
Notificação de Recolhimento de Multa N° 748
Data da Lavratura do NRM: 20/10/2026
Responsável Legal: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909
Responsável Técnico: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909

Razão Social: VZ HOSPITAL VETERINÁRIO LTDA
Endereço: Rua Doutor Paulo Ferraz da Costa Aguiar , 1501 – Vila Yara - Osasco - SP
CNPJ/CPF: 51.494.997/0001-14
CNAE/Atividade: 7500-1/00 – Veterinária
Nº Protocolo: 000.124/2026
Auto de Infração nº 00555
Data da Lavratura do AIF: 30/06/2026
Auto de Imposição de Penalidade nº 01036 – Multa
Data da Lavratura do AIP: 11/08/2026
Notificação de Recolhimento de Multa N° 749
Data da Lavratura do NRM: 20/10/2026
Responsável Legal: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909
Responsável Técnico: Dra. Raissa Garib Pacheco do Amaral Kiles – CRMV/SP 32909

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA 018 DE 14 DE MAIO DE 2026

Dispõe sobre a implantação do Projeto "Segunda Vítima" nas unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco, e dá outras providências.

O **SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OSASCO**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

CONSIDERANDO a Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;

CONSIDERANDO a Resolução RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;

CONSIDERANDO que a segurança do paciente constitui eixo fundamental da qualidade assistencial, exigindo ações institucionais voltadas à redução de riscos, prevenção de danos, análise de incidentes, gestão de riscos e melhoria contínua dos processos de cuidado;

CONSIDERANDO que os serviços de urgência e emergência apresentam elevada complexidade assistencial, marcada por tomada de decisão rápida, alta demanda, imprevisibilidade clínica, atuação multiprofissional e exposição a situações críticas;

CONSIDERANDO que eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos e situações críticas podem gerar impactos não apenas ao paciente e seus familiares, mas também aos profissionais direta ou indiretamente envolvidos;

CONSIDERANDO que o conceito de "segunda vítima" descreve o profissional de saúde que vivencia sofrimento emocional, psicológico ou profissional após envolvimento direto ou indireto em evento adverso, erro assistencial, quase evento ou situação crítica com dano ou potencial dano ao paciente;

CONSIDERANDO que a ausência de suporte institucional estruturado pode intensificar sofrimento, medo, subnotificação, cultura do silêncio, percepção de desamparo institucional e fragilização da cultura de segurança;

CONSIDERANDO que o Projeto "Segunda Vítima" tem como finalidade oferecer acolhimento, escuta qualificada, orientação e acompanhamento institucional aos profissionais envolvidos em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas;

CONSIDERANDO que o projeto não substitui os fluxos formais de notificação, análise técnica, gestão de riscos, investigação de causas ou apuração administrativa, ética ou legal quando cabível, possuindo caráter complementar e voltado ao suporte do trabalhador;

CONSIDERANDO que o Projeto "Segunda Vítima" está integrado ao Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da DGUE, contribuindo para o fortalecimento da cultura justa, da gestão de riscos assistenciais e da melhoria contínua dos processos de cuidado;

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONSIDERANDO a necessidade de estruturar resposta institucional ética, confidencial, não punitiva e proporcional ao grau de sofrimento apresentado pelo profissional envolvido em eventos adversos ou situações críticas;

CONSIDERANDO que a implantação do projeto deverá ocorrer com os recursos humanos, materiais, estruturais e tecnológicos já disponíveis na Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, sem criação de novas despesas obrigatórias;

CONSIDERANDO que a execução do Projeto "Segunda Vítima" não implicará, por si só, aumento de despesa, criação de cargos, contratação de pessoal, pagamento de gratificações, adicionais ou qualquer obrigação financeira adicional à Administração Pública;

RESOLVE:

Art. 1º Fica implantado, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco, o **Projeto "Segunda Vítima"**, vinculado à Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, como estratégia institucional de acolhimento e apoio aos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas.

Art. 2º O Projeto "Segunda Vítima" deverá ser implantado nas unidades sob gestão direta ou indireta da **Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE**, sejam elas de administração direta ou gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS.

Art. 3º O projeto tem por finalidade oferecer suporte institucional aos profissionais potencialmente impactados por eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas, por meio de acolhimento, escuta qualificada, orientação institucional, acompanhamento e encaminhamento responsável quando necessário.

Art. 4º São objetivos do Projeto "Segunda Vítima":

I — oferecer acolhimento institucional aos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas;

II — estruturar fluxo institucional para identificação, acionamento, acolhimento, acompanhamento e encerramento dos casos;

III — promover escuta qualificada, suporte emocional inicial e orientação institucional;

IV — identificar situações que demandem apoio especializado, com possibilidade de encaminhamento à rede de cuidado pertinente;

V — reduzir o impacto emocional e profissional decorrente da vivência de eventos adversos ou situações críticas;

VI — fortalecer a cultura de segurança do paciente, a cultura justa, a comunicação aberta e a notificação segura de incidentes;

VII — estimular o aprendizado organizacional, sem prejuízo da análise técnica, da gestão de riscos e das responsabilidades éticas, administrativas ou legais cabíveis;

VIII — promover ambientes de trabalho mais seguros, colaborativos, humanizados e orientados à melhoria contínua;

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

IX — monitorar a implantação e os resultados do projeto por meio de indicadores institucionais.

Art. 5º O público-alvo do projeto compreende os profissionais que atuam no âmbito da DGUE, incluindo equipes assistenciais, operacionais, administrativas, gestores, profissionais da regulação, transporte sanitário, atendimento pré-hospitalar, unidades de urgência e demais trabalhadores que possam estar envolvidos ou impactados por eventos adversos, incidentes ou situações críticas.

Art. 6º O Projeto "Segunda Vítima" poderá ser acionado nas seguintes situações, entre outras:

I — evento adverso com dano ao paciente;

II — incidente assistencial com potencial de dano;

III — quase evento com potencial grave;

IV — erro assistencial real ou percebido pelo profissional;

V — óbito inesperado ou situação de alta carga emocional;

VI — ocorrência envolvendo criança, gestante, vítima grave ou situação de grande comoção;

VII — situação de violência, ameaça, agressão ou exposição traumática durante o trabalho;

VIII — evento com repercussão institucional, familiar, midiática ou jurídica;

IX — solicitação espontânea do profissional;

X — identificação de sofrimento emocional pela chefia, equipe, NGQSP ou CIGEP.

Art. 7º O acionamento do projeto poderá ocorrer por solicitação espontânea do profissional, comunicação da chefia imediata, identificação pelo NGQSP/CIGEP, indicação por colega de trabalho, encaminhamento pela gestão da unidade, análise de notificação de evento ou identificação em processo de gestão de risco.

Art. 8º O acolhimento realizado no âmbito do Projeto "Segunda Vítima" deverá observar os seguintes princípios:

I — confidencialidade;

II — respeito à dignidade do profissional;

III — escuta ativa e qualificada;

IV — ausência de julgamento;

V — abordagem não punitiva;

VI — resposta proporcional à necessidade apresentada;

VII — preservação da autonomia do profissional;

VIII — orientação clara sobre os fluxos institucionais;

IX — separação entre suporte emocional e análise técnica do evento;

X — encaminhamento responsável quando houver necessidade de apoio especializado.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 9º A estrutura de apoio será organizada em três níveis:

I — **Nível 1: apoio imediato local**, realizado por chefia imediata, gestor local ou colega capacitado, com escuta breve, validação dos sentimentos e orientação inicial;

II — **Nível 2: apoio institucional estruturado**, realizado por profissional ou equipe capacitada do NGQSP/CIGEP, com escuta qualificada, registro confidencial, definição de necessidade de acompanhamento e orientação institucional;

III — **Nível 3: apoio especializado**, com encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional, saúde mental ou rede de cuidado especializada, quando houver sofrimento persistente, risco emocional significativo ou necessidade clínica específica.

Art. 10. O Projeto "Segunda Vítima" não possui finalidade investigativa, disciplinar, pericial ou punitiva, devendo permanecer separado dos fluxos de análise técnica, gestão de riscos, apuração administrativa, ética ou legal, quando cabíveis.

Art. 11. A notificação, análise técnica do evento, investigação de causas, definição de plano de ação, gestão de riscos e eventual apuração administrativa seguirão os fluxos próprios da instituição, preservada a separação entre o acolhimento ao profissional e a análise do evento.

Art. 12. O registro do acolhimento deverá conter apenas as informações mínimas necessárias à rastreabilidade, monitoramento e avaliação institucional do projeto, preservando a privacidade do profissional e evitando exposição indevida de conteúdo pessoal sensível.

Art. 13. O registro mínimo poderá conter:

I — data do acionamento;

II — unidade ou setor relacionado;

III — tipo geral de evento;

IV — forma de acionamento;

V — nível de apoio ofertado;

VI — aceite ou recusa do acolhimento;

VII — necessidade de acompanhamento;

VIII — necessidade de encaminhamento especializado;

IX — data de encerramento do acompanhamento, quando aplicável.

Art. 14. O registro do acolhimento não substitui a notificação do evento adverso nem compõe, automaticamente, processo de apuração administrativa, disciplinar, ética ou legal.

Art. 15. Compete ao NGQSP coordenar tecnicamente o projeto, monitorar indicadores, integrar o acolhimento à gestão de riscos e propor melhorias.

Art. 16. Compete ao CIGEP apoiar a estruturação do projeto, a capacitação dos envolvidos, a educação permanente e a padronização dos fluxos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 17. Compete às chefias imediatas identificar situações elegíveis, realizar ou viabilizar acolhimento inicial e acionar o projeto quando necessário.

Art. 18. Compete aos gestores das unidades garantir ambiente reservado, proteger a confidencialidade e apoiar a continuidade do cuidado ao profissional.

Art. 19. Compete aos profissionais capacitados para acolhimento realizar escuta qualificada, orientação inicial, registro mínimo e encaminhamento quando necessário.

Art. 20. Compete à Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE garantir apoio institucional, legitimidade e articulação com os fluxos de gestão, utilizando os recursos já disponíveis.

Art. 21. A implantação do Projeto "Segunda Vítima" deverá ocorrer de forma gradual, estruturada e integrada aos fluxos institucionais da DGUE, contemplando, no mínimo:

I — institucionalização do programa;

II — sensibilização das equipes;

III — capacitação dos profissionais de apoio;

IV — definição dos fluxos de acionamento;

V — acolhimento inicial e avaliação da necessidade de apoio;

VI — classificação do nível de apoio;

VII — acompanhamento institucional, quando necessário;

VIII — registro e monitoramento;

IX — avaliação periódica e melhoria contínua.

Art. 22. A capacitação dos profissionais envolvidos deverá ocorrer preferencialmente por meio das estruturas de educação permanente já existentes na DGUE, especialmente CIGEP, NGQSP, chefias técnicas e demais profissionais internos com competência para apoiar o processo.

Art. 23. O encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional, saúde mental ou rede especializada poderá ser indicado quando forem identificados sinais de sofrimento emocional persistente ou intenso, risco emocional significativo ou necessidade clínica específica.

Art. 24. Nos casos de risco iminente à integridade do profissional, deverão ser acionados imediatamente os fluxos assistenciais e de urgência disponíveis na rede, com prioridade à proteção da vida e à segurança do trabalhador.

Art. 25. O acompanhamento poderá ser encerrado quando houver melhora referida pelo profissional, ausência de necessidade adicional de suporte institucional, recusa de continuidade ou encaminhamento efetivo para rede especializada.

Art. 26. O monitoramento do Projeto "Segunda Vítima" será realizado por meio de indicadores institucionais, analisados periodicamente pelo NGQSP/CIGEP, preservada a confidencialidade dos profissionais acolhidos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 27. Os dados do projeto deverão ser apresentados de forma consolidada, sem exposição nominal, conteúdo sensível ou informações que permitam identificação direta ou indireta do profissional, salvo autorização expressa ou necessidade institucional/legal devidamente justificada.

Art. 28. A implantação e execução do Projeto "Segunda Vítima" deverão ocorrer com os recursos humanos, materiais, estruturais, tecnológicos e orçamentários já disponíveis no âmbito da DGUE e de suas unidades sob gestão direta ou indireta.

Art. 29. A implantação do Projeto "Segunda Vítima" não implicará criação de cargos, funções, gratificações, adicionais, contratação de pessoal, aquisição obrigatória de bens ou serviços, nem geração de despesas adicionais para a Administração Pública Municipal.

Art. 30. Eventuais necessidades de apoio externo, capacitação complementar, suporte especializado ou articulação com outros serviços deverão observar a disponibilidade institucional, os fluxos administrativos vigentes, as pactuações existentes e a legislação aplicável, sem constituir obrigação automática de despesa.

Art. 31. As unidades sob gestão indireta da DGUE, inclusive aquelas gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS, deverão observar o disposto nesta Portaria, sem prejuízo das obrigações contratuais, normativas, técnicas, trabalhistas e assistenciais já estabelecidas.

Art. 32. O descumprimento injustificado das diretrizes estabelecidas nesta Portaria deverá ser analisado pelas instâncias técnicas e administrativas competentes, especialmente quando houver violação de confidencialidade, exposição indevida do profissional, descontinuidade do acolhimento ou uso inadequado do projeto para finalidade investigativa ou punitiva.

Art. 33. O **Projeto "Segunda Vítima"**, seu fluxo, instrumentos de registro, indicadores e documentos correlatos passam a integrar esta Portaria para todos os fins administrativos, técnicos e institucionais.

Art. 34. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 15 de maio de 2026.

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

PREFEITURA DE
OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
SECRETARIA DE SAÚDE

2026

PROJETO "SEGUNDA VÍTIMA"

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

11/5/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antonio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enfa. Meire Lima da Silva

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____ de_____

IOMO nº: _____

Data: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 2
2 JUSTIFICATIVA 3
3 OBJETIVOS 5
3.1 Geral 5
3.2 Específicos 5
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 6
5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE 9
6 INTEGRAÇÃO COM O PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE 11
7 ESTRUTURA DO PROGRAMA SEGUNDA VÍTIMA 12
7.1 Público-alvo 13
7.2 Situações elegíveis para acionamento 13
7.3 Formas de acionamento 14
7.4 Níveis de apoio 14
7.5 Responsabilidades institucionais 15
7.6 Princípios do acolhimento 16
7.7 Confidencialidade e registro 16
7.8 Separação entre acolhimento e apuração técnica 17
7.9 Encaminhamento especializado 17
7.10 Encerramento do acompanhamento 18
8 METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO 18
8.1 Etapa 1 — Institucionalização do programa 19
8.2 Etapa 2 — Sensibilização das equipes 19
8.3 Etapa 3 — Capacitação dos profissionais de apoio 20
8.4 Etapa 4 — Acionamento do programa 21
8.5 Etapa 5 — Acolhimento inicial e avaliação da necessidade de apoio 21
8.6 Etapa 6 — Classificação do nível de apoio 22
8.7 Etapa 7 — Acompanhamento institucional 22
8.8 Etapa 8 — Registro e monitoramento 23
8.9 Etapa 9 — Avaliação e melhoria contínua 23
9 INDICADORES DE MONITORAMENTO 24
9.1 Indicadores propostos 25
9.2 Indicadores prioritários para fase inicial 26
9.3 Análise dos dados 26
9.4 Confidencialidade dos indicadores 27
10 RESULTADOS ESPERADOS 27
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS 28
REFERÊNCIAS 30
ANEXO - FLUXO PARA ACOLHIMENTO À "SEGUNDA VÍTIMA" 32

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

1 INTRODUÇÃO

A assistência em saúde é caracterizada por elevado grau de complexidade, especialmente nos serviços de urgência e emergência, nos quais decisões rápidas, intervenções imediatas e manejo de situações críticas fazem parte da rotina assistencial. Nesse contexto, os profissionais de saúde atuam sob intensa responsabilidade técnica, emocional, ética e institucional.

Mesmo em serviços que adotam protocolos assistenciais, diretrizes de segurança do paciente e boas práticas de cuidado, incidentes, eventos adversos, quase eventos e situações críticas podem ocorrer. Essas ocorrências podem impactar diretamente pacientes, familiares, equipes assistenciais e a própria instituição, exigindo respostas organizacionais estruturadas, éticas e orientadas para o aprendizado.

O conceito de "segunda vítima" surge nesse cenário para descrever o profissional de saúde que vivencia sofrimento emocional, psicológico ou profissional após estar envolvido, direta ou indiretamente, em um evento adverso, erro assistencial, quase evento ou situação crítica com dano ou potencial dano ao paciente.

Esse sofrimento pode se manifestar por sentimentos de culpa, medo, vergonha, insegurança, ansiedade, perda de autoconfiança, isolamento ou receio de julgamento. Quando não reconhecido e acolhido adequadamente, pode comprometer o bem-estar do trabalhador, a segurança da prática assistencial, a comunicação entre equipes e a continuidade do cuidado.

Experiências internacionais, como o modelo "ForYOU", da University of Missouri Health Care, e o programa "RISE — Resilience In Stressful Events", do Johns Hopkins Hospital, demonstram a importância de respostas institucionais estruturadas, tempestivas, confidenciais e proporcionais ao grau de sofrimento do profissional envolvido em eventos adversos ou situações críticas. O ForYOU é referenciado como um modelo de apoio à segunda vítima em níveis de suporte, enquanto o RISE é descrito como programa de apoio por pares voltado a primeiros cuidados psicológicos e suporte emocional após eventos assistenciais estressantes.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

O reconhecimento institucional da segunda vítima representa avanço importante na consolidação de uma cultura de segurança do paciente e de uma cultura justa. Essa abordagem compreende que os eventos adversos devem ser analisados de forma sistêmica, sem prejuízo das responsabilidades éticas, técnicas e administrativas cabíveis, mas evitando respostas exclusivamente punitivas que dificultem a notificação, o aprendizado e a melhoria dos processos.

Dessa forma, a implantação do Projeto "Segunda Vítima" na Diretoria Geral de Urgência e Emergência tem como finalidade oferecer suporte institucional aos profissionais envolvidos em eventos adversos ou situações críticas, por meio de acolhimento, escuta qualificada, orientação e acompanhamento, fortalecendo ambientes de trabalho mais seguros, humanos e orientados à melhoria contínua.

2 JUSTIFICATIVA

Eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos e situações críticas representam importante desafio para os serviços de saúde, especialmente nos contextos de urgência e emergência, nos quais a assistência ocorre sob pressão de tempo, alta demanda, imprevisibilidade clínica, exposição a riscos e necessidade de tomada de decisão rápida.

Embora as instituições devam estruturar barreiras de segurança, protocolos assistenciais, fluxos de comunicação e estratégias de gestão de riscos, a ocorrência de falhas e eventos críticos pode acontecer em sistemas complexos. Quando esses eventos ocorrem, seus impactos ultrapassam o paciente e seus familiares, alcançando também os profissionais envolvidos, as equipes de trabalho e a própria instituição.

Profissionais que participam direta ou indiretamente de eventos adversos ou situações críticas podem vivenciar sofrimento emocional significativo, manifestado por culpa, vergonha, medo de punição, insegurança profissional, ansiedade, isolamento, perda de autoconfiança e receio de retornar à prática assistencial. Em

situações mais graves, esse sofrimento pode repercutir na saúde mental, no desempenho profissional, nas relações de trabalho e na continuidade segura do cuidado.

A ausência de suporte institucional estruturado pode intensificar essas repercussões, favorecendo o silêncio, a subnotificação de incidentes, a cultura do medo e a percepção de desamparo institucional. Além disso, ambientes que respondem aos eventos adversos apenas com responsabilização individual tendem a dificultar o aprendizado organizacional e a identificação de fragilidades sistêmicas.

Nesse sentido, a implantação de um Programa Segunda Vítima justifica-se pela necessidade de oferecer acolhimento, escuta qualificada, orientação e acompanhamento aos profissionais envolvidos em eventos adversos, incidentes ou situações críticas. O programa busca promover uma resposta institucional ética, confidencial, não punitiva e proporcional ao grau de sofrimento apresentado pelo trabalhador.

A proposta também contribui para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, da cultura justa, da gestão de riscos e da melhoria contínua dos processos assistenciais. Ao cuidar do profissional envolvido, a instituição favorece a manutenção de equipes mais seguras, colaborativas, emocionalmente apoiadas e comprometidas com a notificação, a análise dos eventos e o aprendizado institucional.

Ressalta-se que o Programa Segunda Vítima não substitui os fluxos formais de notificação, análise técnica, gestão de risco ou apuração administrativa quando cabível. Sua finalidade é complementar esses processos, garantindo que o profissional envolvido receba suporte adequado, preservando sua dignidade, sua saúde emocional e sua capacidade de continuar atuando com segurança.

Dessa forma, a implantação do Projeto "Segunda Vítima" na Diretoria Geral de Urgência e Emergência constitui medida estratégica para qualificar a resposta institucional aos eventos adversos e situações críticas, promovendo cuidado ao

trabalhador, segurança do paciente, melhoria dos processos e amadurecimento da cultura organizacional.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Implantar, no âmbito da Diretoria Geral de Urgência e Emergência, o **Programa Institucional de Apoio aos Profissionais envolvidos em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas**, denominado **Projeto "Segunda Vítima"**, com foco no acolhimento, suporte emocional, orientação institucional, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e promoção do aprendizado organizacional.

3.2 Específicos

- Oferecer acolhimento institucional aos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas;
- Estruturar fluxo institucional para identificação, acionamento, acolhimento, acompanhamento e encerramento dos casos relacionados à segunda vítima;
- Promover escuta qualificada, suporte emocional inicial e orientação institucional aos profissionais envolvidos;
- Identificar situações que demandem apoio especializado, com possibilidade de encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional ou rede de cuidado pertinente;
- Reduzir o impacto emocional e profissional decorrente da vivência de eventos adversos ou situações críticas;

- Fortalecer a cultura de segurança do paciente, a cultura justa, a comunicação aberta e a notificação segura de incidentes;
- Estimular o aprendizado organizacional a partir dos eventos notificados, sem prejuízo da análise técnica, da gestão de riscos e das responsabilidades éticas, administrativas ou legais cabíveis;
- Promover ambientes de trabalho mais seguros, colaborativos, humanizados e orientados à melhoria contínua;
- Monitorar a implantação e os resultados do programa por meio de indicadores institucionais.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade assistencial e envolve o conjunto de ações voltadas à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde. Nos serviços de urgência e emergência, esse tema assume especial relevância em razão da complexidade dos atendimentos, da imprevisibilidade das demandas, da necessidade de decisões rápidas e da atuação multiprofissional em cenários frequentemente críticos.

Os incidentes relacionados à assistência podem ocorrer em diferentes níveis de gravidade. Considera-se **incidente** o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. O **evento adverso** corresponde ao incidente que resulta em dano ao paciente. Já o **quase evento** ("near miss") representa a situação que tinha potencial de atingir o paciente, mas foi interceptada antes de causar dano. Além desses, situações críticas de alta carga emocional, ainda que não caracterizadas formalmente como evento adverso, também podem produzir sofrimento significativo nos profissionais envolvidos.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

O conceito de **segunda vítima** foi descrito na literatura para caracterizar o profissional de saúde que sofre emocionalmente após estar envolvido, direta ou indiretamente, em um evento adverso, erro assistencial, quase evento ou situação crítica relacionada ao cuidado. Esse sofrimento pode decorrer tanto da percepção de participação no dano quanto do impacto emocional gerado pela gravidade da ocorrência, pela reação da equipe, pelo medo de julgamento, pela exposição institucional ou pela possibilidade de responsabilização.

As manifestações associadas ao fenômeno da segunda vítima podem incluir ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, irritabilidade, insônia, insegurança, perda de autoconfiança, isolamento, medo de novos erros, redução do desempenho profissional e dificuldade de retorno à prática assistencial. Quando não há suporte institucional adequado, essas repercussões podem se intensificar e contribuir para afastamentos, desgaste emocional, conflitos de equipe, subnotificação de incidentes e fragilização da cultura de segurança.

A abordagem contemporânea da segurança do paciente reconhece que eventos adversos devem ser analisados de forma sistêmica, considerando fatores humanos, condições de trabalho, comunicação, processos, barreiras de segurança, ambiente organizacional e tomada de decisão em contexto real. Essa perspectiva não elimina a responsabilização ética, técnica, administrativa ou legal quando cabível, mas evita respostas exclusivamente punitivas que dificultem a identificação das causas e o aprendizado institucional.

Nesse contexto, a **cultura justa** representa elemento essencial. Ela busca equilibrar responsabilização e aprendizado, distinguindo falhas humanas não intencionais, comportamentos de risco e condutas negligentes ou intencionais. Essa diferenciação favorece respostas institucionais mais adequadas, preservando a segurança do paciente, a dignidade dos profissionais e a melhoria contínua dos processos.

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

Programas institucionais de apoio à segunda vítima têm sido implantados em diferentes serviços de saúde como estratégia de acolhimento, suporte emocional, redução do sofrimento e fortalecimento da cultura de segurança. Entre as experiências internacionais de referência destacam-se o modelo **ForYOU**, da University of Missouri Health Care, e o programa **RISE — "Resilience In Stressful Events"**, do Johns Hopkins Hospital.

O modelo **ForYOU** é baseado em uma lógica de suporte escalonado, organizada em níveis proporcionais à necessidade do profissional. O primeiro nível envolve apoio imediato no próprio ambiente de trabalho, realizado por colegas, lideranças ou pessoas próximas ao evento. O segundo nível envolve apoio por pares treinados, com abordagem mais estruturada e confidencial. O terceiro nível prevê encaminhamento para rede especializada quando há maior sofrimento, sintomas persistentes ou necessidade de cuidado profissional específico. (SCOTT et al., 2009).

O programa **RISE**, por sua vez, reforça a importância de resposta rápida, suporte por pares, acolhimento confidencial, escuta ativa e primeiros cuidados psicológicos. Seu foco não é investigar o erro ou substituir a gestão de riscos, mas oferecer suporte emocional ao trabalhador após eventos assistenciais estressantes, contribuindo para que ele não permaneça isolado, desamparado ou exposto exclusivamente ao medo de punição. (EDREES et al., 2016).

Essas experiências demonstram que o suporte à segunda vítima deve ser estruturado, acessível, confidencial, proporcional à necessidade apresentada e integrado à política institucional de segurança do paciente. Para a Diretoria Geral de Urgência e Emergência, tais referências contribuem para a construção de um modelo próprio, adequado à realidade local, aos fluxos institucionais existentes, à atuação do NGQSP/CIGEP e às especificidades dos serviços de urgência, emergência, regulação, transporte sanitário e assistência pré-hospitalar.

No contexto brasileiro, destaca-se o estudo de Lima, que realizou a tradução e validação da **Ferramenta de Experiência e Apoio à Segunda Vítima – Revisada (SVEST-R)** para o português brasileiro. O estudo teve como objetivo traduzir e reunir evidências de validade da SVEST-R, instrumento voltado à avaliação das experiências e necessidades de apoio de profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos. A autora concluiu que o questionário apresenta boas propriedades psicométricas, sendo válido e confiável para avaliação das experiências de segunda vítima em diferentes profissões da saúde, com potencial de aplicação no território brasileiro

Dessa forma, o Projeto "Segunda Vítima" fundamenta-se na compreensão de que cuidar do profissional envolvido em eventos adversos ou situações críticas é também uma estratégia de segurança do paciente. Ao oferecer acolhimento, orientação e acompanhamento, a instituição fortalece a confiança, estimula a notificação, reduz o sofrimento, favorece o aprendizado organizacional e contribui para ambientes assistenciais mais seguros e humanizados.

5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Cultura de Segurança do Paciente refere-se ao conjunto de valores, atitudes, competências, percepções e comportamentos compartilhados pelos membros de uma organização, os quais determinam o compromisso institucional com a segurança assistencial, a qualidade do cuidado e a prevenção de danos evitáveis.

Nos serviços de urgência e emergência, essa cultura assume especial relevância em razão da complexidade dos atendimentos, da variabilidade dos cenários assistenciais, da necessidade de comunicação rápida entre equipes e da tomada de decisão em situações críticas. Nesses ambientes, a segurança do paciente depende não apenas da competência individual dos profissionais, mas também da qualidade dos processos, da clareza dos fluxos, da disponibilidade de recursos, da comunicação efetiva e da capacidade institucional de aprender com as falhas.

Instituições que fortalecem a cultura de segurança estimulam a comunicação aberta, a notificação de incidentes, a análise sistêmica dos eventos adversos e a implementação de barreiras de prevenção. Nesse modelo, os eventos não são tratados apenas como falhas individuais, mas como oportunidades de identificar vulnerabilidades nos processos, corrigir fragilidades e aperfeiçoar a assistência.

A cultura justa constitui elemento essencial da Cultura de Segurança do Paciente. Ela reconhece que falhas podem ocorrer em sistemas complexos e que a resposta institucional deve considerar o contexto em que o evento ocorreu, distinguindo erro humano não intencional, comportamento de risco, negligência, imprudência ou conduta intencionalmente insegura. Dessa forma, busca-se equilíbrio entre acolhimento, responsabilização adequada e aprendizado organizacional.

Nesse sentido, a cultura justa não representa ausência de responsabilidade, tampouco impede a análise técnica, ética ou administrativa quando necessária. Seu objetivo é evitar respostas automáticas e exclusivamente punitivas, que podem favorecer medo, silêncio, ocultação de falhas e subnotificação de incidentes. Ao contrário, promove ambiente institucional mais seguro, transparente e favorável à melhoria contínua.

O Projeto "Segunda Vítima" insere-se nesse contexto como estratégia de fortalecimento da cultura de segurança. Ao reconhecer o sofrimento emocional do profissional envolvido em eventos adversos, incidentes ou situações críticas, a instituição demonstra maturidade organizacional e compromisso com uma resposta ética, humana e sistêmica aos eventos relacionados à assistência.

O acolhimento ao profissional não substitui os fluxos formais de notificação, análise de causa, gestão de risco ou apuração administrativa quando cabível. Trata-se de uma ação complementar, voltada ao suporte emocional, à escuta qualificada, à orientação institucional e à preservação da dignidade do trabalhador, sem prejuízo das medidas necessárias para proteção do paciente e melhoria dos processos.

Dessa forma, cuidar da segunda vítima também é cuidar da segurança do paciente. Profissionais acolhidos, orientados e emocionalmente apoiados tendem a participar de forma mais segura dos processos de análise, aprendizado e prevenção de recorrências, contribuindo para ambientes assistenciais mais confiáveis, colaborativos e resilientes.

6 INTEGRAÇÃO COM O PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O Projeto "Segunda Vítima" está diretamente integrado ao Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da Diretoria Geral de Urgência e Emergência, constituindo-se como uma estratégia institucional voltada ao fortalecimento da cultura de segurança, da cultura justa, da gestão de riscos assistenciais e da melhoria contínua dos processos de cuidado.

No âmbito da DGUE, a gestão da qualidade e segurança do paciente envolve a identificação de riscos, a notificação de incidentes, a análise de eventos adversos, a definição de medidas corretivas e preventivas, o monitoramento de indicadores e o desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção de recorrências. Nesse contexto, o Projeto "Segunda Vítima" complementa essas ações ao reconhecer que os profissionais envolvidos em eventos adversos, incidentes ou situações críticas também necessitam de acolhimento, orientação e acompanhamento institucional.

A integração do programa ao Plano de Gestão da Qualidade permite que a resposta institucional aos eventos adversos seja conduzida de forma mais completa, contemplando simultaneamente três dimensões fundamentais: o cuidado ao paciente e seus familiares, a análise técnica e sistêmica do evento, e o suporte ao profissional envolvido. Essa abordagem favorece respostas mais éticas, humanas, transparentes e orientadas ao aprendizado organizacional.

O Programa Segunda Vítima não substitui os fluxos formais de notificação, análise de causa, investigação técnica, gestão de riscos ou apuração administrativa quando

cabível. Sua finalidade é atuar de maneira complementar, garantindo que o profissional envolvido receba suporte adequado, preservando sua dignidade, sua saúde emocional e sua capacidade de contribuir para a análise e prevenção de novos eventos.

A atuação do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da DGUE, será fundamental para a estruturação, implantação, monitoramento e aprimoramento contínuo do programa. Essa articulação possibilita integrar o acolhimento da segunda vítima às ações de educação permanente, gestão de incidentes, análise de riscos, elaboração de planos de melhoria e fortalecimento da comunicação institucional.

Além disso, o projeto contribui para ampliar a confiança dos profissionais nos canais institucionais de notificação e acolhimento. Ao demonstrar que a instituição responde aos eventos adversos com seriedade, responsabilidade, confidencialidade e suporte, reduz-se o medo de exposição indevida e favorece-se uma cultura de maior transparência, aprendizado e participação das equipes.

Dessa forma, a integração do Projeto "Segunda Vítima" ao Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente fortalece a capacidade institucional da DGUE de aprender com os eventos, cuidar de seus profissionais, aprimorar seus processos e promover ambientes assistenciais mais seguros, colaborativos e humanizados.

7 ESTRUTURA DO PROGRAMA SEGUNDA VÍTIMA

O Programa Segunda Vítima será estruturado para oferecer suporte institucional aos profissionais da Diretoria Geral de Urgência e Emergência envolvidos, direta ou indiretamente, em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas com potencial impacto emocional, psicológico ou profissional.

A estrutura do programa será baseada nos princípios da confidencialidade, escuta qualificada, acolhimento não punitivo, resposta proporcional à necessidade

apresentada, orientação institucional e integração com a cultura de segurança do paciente.

7.1 Público-alvo

O programa destina-se aos profissionais que atuam no âmbito da Diretoria Geral de Urgência e Emergência, incluindo equipes assistenciais, operacionais, administrativas, gestores, profissionais da regulação, transporte sanitário, atendimento pré-hospitalar, unidades de urgência e demais trabalhadores que possam estar envolvidos em eventos adversos, incidentes ou situações críticas.

Poderão ser acolhidos profissionais envolvidos diretamente na assistência, profissionais que participaram de decisões relacionadas ao evento, membros da equipe que presenciaram a ocorrência, gestores envolvidos na resposta institucional e demais trabalhadores impactados emocionalmente pela situação.

7.2 Situações elegíveis para acionamento

O Programa Segunda Vítima poderá ser acionado diante de situações como:

- Evento adverso com dano ao paciente;
- Incidente assistencial com potencial de dano;
- Quase evento com potencial grave;
- Erro assistencial real ou percebido pelo profissional;
- Óbito inesperado ou situação de alta carga emocional;
- Ocorrência envolvendo criança, gestante, vítima grave ou situação de grande comoção;
- Situação de violência, ameaça, agressão ou exposição traumática durante o trabalho;
- Evento com repercussão institucional, familiar, midiática ou jurídica;
- Solicitação espontânea do profissional;
- Identificação de sofrimento emocional pela chefia, equipe, NGQSP ou CIGEP.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

7.3 Formas de acionamento

O acionamento do programa poderá ocorrer por diferentes vias, respeitando a confidencialidade e a necessidade de resposta oportuna:

- Solicitação espontânea do profissional envolvido;
- Comunicação da chefia imediata;
- Identificação pelo NGQSP/CIGEP durante análise de evento;
- Indicação por colega de trabalho;
- Encaminhamento pela gestão da unidade;
- Identificação em reunião de análise de evento, notificação ou processo de gestão de risco.

Sempre que possível, o primeiro contato deverá ocorrer de forma breve, acolhedora e reservada, evitando exposição desnecessária do profissional.

7.4 Níveis de apoio

A estrutura de apoio será organizada em três níveis, de acordo com a necessidade identificada.

Tabela 1 – Classificação de apoio de acordo com o nível de necessidade

Nível	Tipo de apoio	Descrição
Nível 1	Apoio imediato local	Acolhimento inicial realizado por chefia imediata, gestor local ou colega capacitado, com escuta breve, validação dos sentimentos e orientação inicial
Nível 2	Apoio institucional estruturado	Acolhimento realizado por profissional ou equipe capacitada do NGQSP/CIGEP, com escuta qualificada, registro confidencial, definição de necessidade de acompanhamento e orientação institucional
Nível 3	Apoio especializado	Encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional, saúde mental ou rede de cuidado especializada, quando houver sofrimento persistente, risco emocional significativo ou necessidade clínica específica

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

A utilização de níveis de apoio permite que a resposta institucional seja proporcional ao impacto apresentado pelo profissional, evitando tanto a ausência de suporte quanto intervenções excessivas ou inadequadas.

7.5 Responsabilidades institucionais

A implantação e manutenção do Programa Segunda Vítima envolverá responsabilidades compartilhadas entre diferentes atores institucionais.

Tabela 2 – Instância / Responsabilidades

Instância	Responsabilidades
NGQSP	Coordenar tecnicamente o programa, monitorar indicadores, integrar o acolhimento à gestão de riscos e propor melhorias
CIGEP	Apoiar a estruturação do programa, capacitação dos envolvidos, educação permanente e padronização dos fluxos
Chefias imediatas	Identificar situações elegíveis, realizar ou viabilizar acolhimento inicial e acionar o programa quando necessário
Gestores das unidades	Garantir ambiente reservado, proteger a confidencialidade e apoiar a continuidade do cuidado ao profissional
Profissionais capacitados para acolhimento	Realizar escuta qualificada, orientação inicial, registro mínimo e encaminhamento quando necessário
Rede especializada	Oferecer suporte psicológico, ocupacional ou em saúde mental nos casos que demandarem cuidado especializado
Diretoria da DGUE	Garantir apoio institucional, legitimidade, recursos mínimos e articulação com os fluxos de gestão

7.6 Princípios do acolhimento

O acolhimento realizado no âmbito do programa deverá observar os seguintes princípios:

- Confidencialidade;
- Respeito à dignidade do profissional;
- Escuta ativa e qualificada;
- Ausência de julgamento;
- Abordagem não punitiva;
- Resposta proporcional à necessidade apresentada;
- Preservação da autonomia do profissional;
- Orientação clara sobre os fluxos institucionais;
- Separação entre suporte emocional e análise técnica do evento;
- Encaminhamento responsável quando houver necessidade de apoio especializado.

7.7 Confidencialidade e registro

As informações compartilhadas pelo profissional durante o acolhimento deverão ser tratadas com confidencialidade e utilizadas exclusivamente para fins de suporte, acompanhamento, monitoramento institucional e melhoria do programa.

O registro deverá conter apenas as informações necessárias à rastreabilidade mínima do atendimento, evitando exposição indevida ou detalhamento desnecessário de conteúdo pessoal sensível.

Sugere-se que o registro contenha:

- Data do acionamento;
- Unidade ou setor relacionado;
- Tipo geral de evento;
- Forma de acionamento;

- Nível de apoio ofertado;
- Aceite ou recusa do acolhimento;
- Necessidade de acompanhamento;
- Necessidade de encaminhamento especializado;
- Data de encerramento do acompanhamento, quando aplicável.

O registro do acolhimento não deverá substituir a notificação do evento adverso nem compor, automaticamente, processo de apuração administrativa ou disciplinar.

7.8 Separação entre acolhimento e apuração técnica

O Programa Segunda Vítima não tem finalidade investigativa, disciplinar ou pericial. Seu objetivo é oferecer suporte ao profissional envolvido, reduzindo sofrimento emocional, orientando quanto aos fluxos institucionais e favorecendo sua recuperação.

A análise técnica do evento, a investigação de causas, a gestão de riscos, a definição de plano de ação e eventual apuração administrativa, ética ou legal seguirão os fluxos próprios da instituição, preservando a necessária separação entre cuidado ao trabalhador e análise do evento.

Essa separação é essencial para garantir confiança no programa, estimular a adesão dos profissionais e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

7.9 Encaminhamento especializado

O encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional, saúde mental ou rede especializada poderá ser indicado quando forem identificados sinais de sofrimento emocional persistente ou intenso, tais como:

- Choro frequente ou sofrimento importante;
- Ansiedade intensa;
- Insônia persistente;

- Medo de retornar às atividades;
- Isolamento;
- Perda importante de autoconfiança;
- Sinais de esgotamento emocional;
- Verbalização de culpa intensa;
- Dificuldade de funcionamento no trabalho;
- Risco de autoagressão ou ideação suicida.

Nos casos de risco iminente à integridade do profissional, deverão ser acionados imediatamente os fluxos assistenciais e de urgência disponíveis na rede, com prioridade à proteção da vida e segurança do trabalhador.

7.10 Encerramento do acompanhamento

O acompanhamento poderá ser encerrado quando o profissional demonstrar melhora emocional, referir segurança para continuidade das atividades, não apresentar necessidade adicional de suporte institucional ou quando houver encaminhamento efetivo para rede especializada.

O encerramento deverá ser registrado de forma objetiva e confidencial, preservando a privacidade do profissional e mantendo apenas as informações necessárias para monitoramento do programa.

8 METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do Projeto "Segunda Vítima" será realizada de forma gradual, estruturada e integrada aos fluxos institucionais da Diretoria Geral de Urgência e Emergência, considerando a realidade dos serviços de urgência, emergência, regulação, transporte sanitário, atendimento pré-hospitalar e unidades assistenciais.

A metodologia será organizada em etapas, com foco na sensibilização das equipes, definição de responsabilidades, capacitação dos profissionais envolvidos,

padronização do fluxo de acolhimento, monitoramento dos casos e avaliação contínua dos resultados.

8.1 Etapa 1 — Institucionalização do programa

A primeira etapa consistirá na formalização do Projeto "Segunda Vítima" como estratégia institucional vinculada ao Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da DGUE.
A coordenação técnica do programa ficará a cargo do CIGEP que poderá solicitar sempre que necessário, apoio de profissionais internos ou externos para atuação desde que comprometidos com as regras de sigilo e discrição.

Nesta etapa, deverão ser definidos:

- Os fluxos de acionamento;
- Os critérios de elegibilidade;
- Os níveis de apoio;
- Os instrumentos de registro;
- Os indicadores de monitoramento;
- A forma de articulação com a rede especializada, quando necessário.

A institucionalização do programa deverá reforçar seu caráter confidencial, não punitivo, complementar à gestão de riscos e separado dos fluxos de apuração técnica, ética ou administrativa.

8.2 Etapa 2 — Sensibilização das equipes

Será realizada sensibilização dos profissionais e gestores da DGUE sobre o conceito de segunda vítima, a importância do acolhimento institucional, a relação com a cultura de segurança do paciente e os objetivos do programa.

As ações de sensibilização poderão ocorrer por meio de:

- Reuniões com gestores;

- Comunicados institucionais;
- Rodas de conversa;
- Capacitações breves;
- Materiais educativos;
- Integração com ações do NGQSP/CIGEP;
- Inclusão do tema em atividades de educação permanente.

Essa etapa tem como finalidade reduzir estigmas, ampliar a compreensão sobre o sofrimento dos profissionais envolvidos em eventos adversos e estimular confiança no programa.

8.3 Etapa 3 — Capacitação dos profissionais de apoio

Os profissionais designados para atuação no programa deverão receber capacitação mínima para realização de acolhimento inicial, escuta qualificada, identificação de sinais de sofrimento emocional, preservação da confidencialidade, orientação institucional e encaminhamento responsável.

A capacitação deverá abordar, no mínimo:

- Conceitos de segurança do paciente;
- Conceito de segunda vítima;
- Cultura justa;
- Comunicação acolhedora;
- Escuta ativa e qualificada;
- Primeiros cuidados psicológicos;
- Limites da atuação do acolhedor;
- Critérios para encaminhamento especializado;
- Registro mínimo e confidencialidade;
- Separação entre acolhimento e apuração do evento.

A capacitação não tem por objetivo transformar os profissionais de apoio em terapeutas ou peritos, mas prepará-los para acolher, orientar, identificar necessidades e encaminhar adequadamente quando necessário.

8.4 Etapa 4 — Acionamento do programa

O programa poderá ser acionado sempre que houver identificação de profissional potencialmente impactado por evento adverso, incidente assistencial, quase evento ou situação crítica.

O acionamento poderá ocorrer por:

- Solicitação espontânea do profissional;
- Comunicação da chefia imediata;
- Identificação pelo NGQSP/CIGEP;
- Indicação por colega de trabalho;
- Encaminhamento pela gestão da unidade;
- Análise de notificações de eventos;
- Identificação durante processos de gestão de risco.

Após o acionamento, deverá ser realizado contato inicial reservado, respeitoso e oportuno, com a finalidade de verificar a necessidade de acolhimento e apoio.

8.5 Etapa 5 — Acolhimento inicial e avaliação da necessidade de apoio

O acolhimento inicial deverá ocorrer em ambiente reservado, com postura empática, escuta ativa, ausência de julgamento e respeito à autonomia do profissional.

Durante o acolhimento, deverá ser avaliada a necessidade de apoio, considerando:

- Intensidade do sofrimento relatado;
- Sinais de ansiedade, culpa, medo, isolamento ou insegurança;
- Impacto na capacidade de retorno ao trabalho;
- Necessidade de acompanhamento institucional;

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

- Necessidade de encaminhamento especializado;
- Existência de risco imediato à integridade do profissional.

A avaliação não terá finalidade diagnóstica, investigativa ou disciplinar. Seu objetivo será identificar o nível de apoio mais adequado e orientar o profissional quanto aos fluxos disponíveis.

8.6 Etapa 6 — Classificação do nível de apoio

Após o acolhimento inicial, o caso poderá ser classificado conforme a necessidade identificada:

Tabela 3 – Classificação do nível de apoio e conduta

Nível	Conduta
Nível 1	Orientação e apoio imediato local, com escuta breve e acompanhamento pela chefia ou profissional capacitado
Nível 2	Acolhimento institucional estruturado pelo NGQSP/CIGEP ou equipe designada, com possibilidade de acompanhamento
Nível 3	Encaminhamento para suporte psicológico, saúde ocupacional, saúde mental ou rede especializada

A classificação deverá ser flexível, podendo o profissional transitar entre os níveis conforme evolução do caso e necessidade de suporte.

8.7 Etapa 7 — Acompanhamento institucional

Quando necessário, o profissional poderá ser acompanhado institucionalmente após o acolhimento inicial.

O acompanhamento poderá incluir:

- Novo contato após período definido;
- Orientação sobre fluxos institucionais;
- Apoio para retorno seguro às atividades;

- Escuta complementar;
- Articulação com chefia imediata, quando autorizado e necessário;
- Encaminhamento para suporte especializado;
- Encerramento formal do acompanhamento.

O acompanhamento deverá preservar a confidencialidade e respeitar a vontade do profissional, salvo situações de risco iminente à vida ou à segurança.

8.8 Etapa 8 — Registro e monitoramento

O programa deverá utilizar instrumento padronizado de registro, contendo apenas as informações mínimas necessárias para rastreabilidade, monitoramento e avaliação institucional.

O registro deverá preservar a privacidade do profissional e não deverá substituir a notificação do evento adverso, a análise técnica, a gestão de risco ou eventual apuração administrativa.

Os dados consolidados serão utilizados para monitoramento de indicadores, identificação de necessidades de melhoria, planejamento de capacitações e avaliação da efetividade do programa.

8.9 Etapa 9 — Avaliação e melhoria contínua

A implantação do programa deverá ser avaliada periodicamente pelo NGQSP/CIGEP, com base nos indicadores definidos, na adesão dos profissionais, na satisfação dos participantes e nas necessidades identificadas durante a execução.

A partir dessa avaliação, poderão ser propostas melhorias no fluxo, nos instrumentos de registro, na capacitação dos profissionais de apoio, na comunicação institucional e na articulação com a rede especializada.

A metodologia de implementação deverá permanecer dinâmica, permitindo ajustes conforme a maturidade institucional, a experiência acumulada e as características dos serviços da DGUE.

9 INDICADORES DE MONITORAMENTO

O monitoramento do Projeto "Segunda Vítima" será realizado por meio de indicadores institucionais, com a finalidade de acompanhar a implantação do programa, avaliar sua adesão, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar decisões da gestão.

Os indicadores deverão ser analisados periodicamente pelo NGQSP/CIGEP, preservando a confidencialidade dos profissionais acolhidos. Os dados serão utilizados de forma consolidada, sem exposição individual ou identificação nominal em relatórios gerenciais.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

9.1 Indicadores propostos

Tabela 4 - Indicadores propostos

Indicador	Fórmula / critério de cálculo	Fonte sugerida	Periodicidade
Número de eventos elegíveis identificados	Total de eventos adversos, incidentes, quase eventos ou situações críticas com potencial impacto emocional em profissionais	Sistema de notificação / registros do NGQSP	Mensal
Número de profissionais potencialmente impactados	Total de profissionais identificados como envolvidos direta ou indiretamente nos eventos elegíveis	Registro do programa	Mensal
Número de profissionais contatados	Total de profissionais que receberam oferta inicial de acolhimento	Registro do programa	Mensal
Taxa de oferta de acolhimento	Profissionais contatados ÷ profissionais potencialmente impactados × 100	Registro do programa	Mensal
Número de profissionais acolhidos	Total de profissionais que aceitaram e receberam acolhimento	Registro do programa	Mensal
Taxa de adesão ao programa	Profissionais acolhidos ÷ profissionais contatados × 100	Registro do programa	Mensal
Tempo até o primeiro contato	Tempo entre a identificação do evento e o primeiro contato com o profissional	Registro do programa	Mensal
Número de encaminhamentos especializados	Total de profissionais encaminhados para psicologia, saúde ocupacional, saúde mental ou rede especializada	Registro do programa	Mensal
Taxa de encaminhamento especializado	Encaminhamentos especializados ÷ profissionais acolhidos × 100	Registro do programa	Mensal
Número de acompanhamentos encerrados	Total de casos encerrados após acolhimento, acompanhamento ou encaminhamento	Registro do programa	Mensal
Grau de satisfação dos profissionais acolhidos	Média das avaliações dos profissionais que responderem ao instrumento de satisfação	Formulário de avaliação	Trimestral
Afastamentos relacionados a sofrimento após evento crítico	Total de afastamentos comunicados ou identificados após eventos elegíveis, quando houver dado disponível	RH / Saúde Ocupacional / registros institucionais	Trimestral ou semestral

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

9.2 Indicadores prioritários para fase inicial

Na fase inicial de implantação, recomenda-se priorizar indicadores simples e viáveis, evitando excesso de controle antes da maturidade do programa.

Tabela 5 - Indicadores prioritários

Prioridade	Indicador
1	Número de eventos elegíveis identificados
2	Número de profissionais potencialmente impactados
3	Número de profissionais contatados
4	Taxa de oferta de acolhimento
5	Número de profissionais acolhidos
6	Taxa de adesão ao programa
7	Tempo até o primeiro contato
8	Número de encaminhamentos especializados

9.3 Análise dos dados

A análise dos indicadores deverá considerar não apenas os números absolutos, mas também a evolução do programa ao longo do tempo. A baixa adesão, por exemplo, não deverá ser interpretada automaticamente como ausência de necessidade, podendo indicar medo, desconhecimento, baixa confiança no fluxo ou necessidade de maior sensibilização das equipes.

Da mesma forma, o aumento inicial do número de profissionais acolhidos pode representar maior confiança no programa e amadurecimento da cultura de segurança, não necessariamente aumento de eventos adversos.

Os resultados deverão subsidiar:

- Revisão dos fluxos de acionamento;
- Fortalecimento da divulgação do programa;

- Planejamento de capacitações;
- Identificação de unidades com maior necessidade de apoio;
- Avaliação da efetividade das ações de acolhimento;
- Aprimoramento da integração entre NGQSP/CIGEP, gestores e rede especializada.

9.4 Confidencialidade dos indicadores

Os indicadores deverão ser apresentados de forma consolidada, preservando a identidade dos profissionais envolvidos. Relatórios gerenciais não deverão expor nomes, detalhes pessoais, conteúdo sensível do acolhimento ou informações que permitam identificação indireta do profissional, salvo quando houver autorização expressa ou necessidade institucional/legal devidamente justificada.

O objetivo do monitoramento é avaliar a efetividade do programa, fortalecer a cultura de segurança e orientar melhorias institucionais, não produzir exposição individual, julgamento ou responsabilização do profissional acolhido.

10 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do Projeto "Segunda Vítima", espera-se fortalecer a capacidade institucional da Diretoria Geral de Urgência e Emergência de responder de forma ética, estruturada, confidencial e humanizada aos eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos e situações críticas que possam impactar emocionalmente os profissionais envolvidos.

Espera-se que o programa contribua para:

- Fortalecimento da cultura de segurança do paciente e da cultura justa;
- Ampliação da confiança dos profissionais nos fluxos institucionais de notificação, acolhimento e gestão de riscos;
- Redução do sentimento de isolamento, culpa, medo e desamparo entre profissionais envolvidos em eventos adversos ou situações críticas;

- Oferta de acolhimento inicial e suporte institucional oportuno aos profissionais potencialmente impactados;
- Identificação precoce de situações que demandem acompanhamento ou encaminhamento especializado;
- Melhoria da comunicação entre profissionais, chefias, gestores, NGQSP/CIGEP e demais instâncias envolvidas;
- Redução da subnotificação de incidentes decorrente do medo de exposição ou punição automática;
- Fortalecimento do aprendizado organizacional a partir da análise sistêmica dos eventos;
- Aprimoramento das ações de prevenção de recorrências e melhoria contínua dos processos assistenciais;
- Promoção de ambientes de trabalho mais seguros, colaborativos, respeitosos e emocionalmente sustentáveis;
- Preservação da dignidade, da saúde emocional e da capacidade laboral dos profissionais envolvidos em situações críticas;
- Consolidação de uma resposta institucional que contemple, de forma integrada, o cuidado ao paciente, o apoio ao trabalhador e a melhoria dos processos.

No médio e longo prazo, espera-se que o programa contribua para maior maturidade da cultura organizacional, favorecendo a notificação segura, a transparência, o aprendizado com as falhas e a construção de práticas assistenciais mais seguras e humanizadas.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Projeto "Segunda Vítima" representa um avanço importante na consolidação de uma resposta institucional mais ética, humana, estruturada e alinhada à cultura de segurança do paciente no âmbito da Diretoria Geral de Urgência e Emergência.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

Ao reconhecer que profissionais envolvidos em eventos adversos, incidentes assistenciais, quase eventos ou situações críticas também podem sofrer impactos emocionais significativos, a instituição amplia sua compreensão sobre os efeitos dos eventos relacionados à assistência e fortalece uma abordagem orientada ao cuidado, à responsabilidade e ao aprendizado organizacional.

O projeto reafirma que o cuidado ao profissional não se contrapõe à segurança do paciente. Ao contrário, profissionais acolhidos, orientados e apoiados emocionalmente tendem a participar de forma mais segura, transparente e colaborativa dos processos de notificação, análise de eventos, gestão de riscos e prevenção de recorrências.

Ressalta-se que o Programa Segunda Vítima não substitui os fluxos formais de análise técnica, gestão de riscos, investigação de causas ou apuração administrativa quando cabível. Sua finalidade é complementar a resposta institucional aos eventos adversos e situações críticas, assegurando suporte ao trabalhador envolvido, preservação de sua dignidade e fortalecimento da cultura justa.

A efetividade do programa dependerá da participação dos gestores, do envolvimento das equipes, da capacitação dos profissionais de apoio, da garantia de confidencialidade e da integração com os processos já existentes de qualidade, segurança do paciente, educação permanente e saúde do trabalhador.

Dessa forma, o Projeto "Segunda Vítima" deverá ser compreendido como uma estratégia permanente e passível de aprimoramento contínuo, a ser monitorada por indicadores, revisada periodicamente e ajustada conforme a experiência institucional acumulada.

Com sua implantação, a DGUE fortalece seu compromisso com ambientes assistenciais mais seguros, colaborativos e humanizados, promovendo não apenas o cuidado ao paciente, mas também o cuidado com aqueles que sustentam diariamente a assistência em saúde.

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 jul. 2013.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de** Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de **2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2 abr. 2013.

4. EDREES, H. et al. *Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study*. BMJ Open, Londres, v. 6, n. 9, e011708, 2016.

5. LIMA, Ana Paula Almeida. **Tradução e validação da ferramenta de experiência e apoio à segunda vítima – revisada (SVEST-R) para o português brasileiro**. 2023. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) — Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2023.

6. REASON, James. **Human error: models and management**. *BMJ*, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

7. SCOTT, Susan D.; HIRSCHINGER, Laura E.; COX, K. R.; McCOIG, M.; BRANDT, J.; HALL, L. W. **The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events**. *Quality and Safety in Health Care*, v. 18, n. 5, p. 325-330, 2009.

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 11/05/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Pesquisa e Elaboração

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos – CIGEP - DGUE
Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Revisão e Formatação

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos – CIGEP - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF
Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF	

Aprovação

Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enf. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willa[illegible]es Pires Barbosa CRM-SP 137295	
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

31

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

ANEXO - Fluxo para Acolhimento à "Segunda Vítima"

1. **Identificação de evento adverso, incidente, quase evento ou situação crítica**

   A ocorrência poderá ser identificada por notificação institucional, chefia imediata, equipe assistencial, gestor da unidade, NGQSP, CIGEP ou pelo próprio profissional envolvido.

2. **Identificação de profissional potencialmente impactado**

   Verificar se há profissional envolvido direta ou indiretamente que possa ter sofrido impacto emocional, psicológico ou profissional decorrente da ocorrência.

3. **Oferta de acolhimento inicial**

   Realizar contato reservado, respeitoso e não punitivo com o profissional, explicando a finalidade do Programa Segunda Vítima e oferecendo suporte institucional.

4. **Profissional aceita acolhimento?**
   - **Sim:** seguir para avaliação inicial.
   - **Não:** registrar recusa de forma objetiva e confidencial, manter possibilidade de novo contato se necessário e encerrar o fluxo naquele momento.

5. **Avaliação inicial do impacto emocional**

   Identificar sinais de sofrimento, insegurança, culpa, ansiedade, medo de retorno às atividades, isolamento ou necessidade de apoio especializado.

6. **Classificação da necessidade de apoio**

   Definir o nível de suporte mais adequado:
   - **Nível 1:** apoio imediato local;
   - **Nível 2:** apoio institucional estruturado;
   - **Nível 3:** encaminhamento especializado.

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

7. Apoio Nível 1 — apoio imediato local

Escuta inicial, acolhimento breve, validação dos sentimentos e orientação básica pela chefia imediata, gestor local ou profissional capacitado.

8. Apoio Nível 2 — apoio institucional estruturado

Acolhimento pelo NGQSP/CIGEP ou equipe designada, com escuta qualificada, registro confidencial, orientação institucional e acompanhamento quando necessário.

9. Apoio Nível 3 — encaminhamento especializado

Encaminhamento para psicologia, saúde ocupacional, saúde mental ou rede especializada, nos casos de sofrimento intenso, persistente ou risco identificado.

10. Acompanhamento e monitoramento

Realizar novo contato, quando necessário, para verificar evolução, necessidade de apoio adicional, retorno seguro às atividades e encaminhamentos realizados.

11. Encerramento do acompanhamento

Encerrar quando houver melhora referida, ausência de necessidade adicional de suporte institucional, recusa de continuidade ou encaminhamento efetivo para rede especializada.

12. Registro consolidado e confidencial

Registrar apenas dados mínimos para monitoramento do programa, preservando a identidade e a privacidade do profissional.

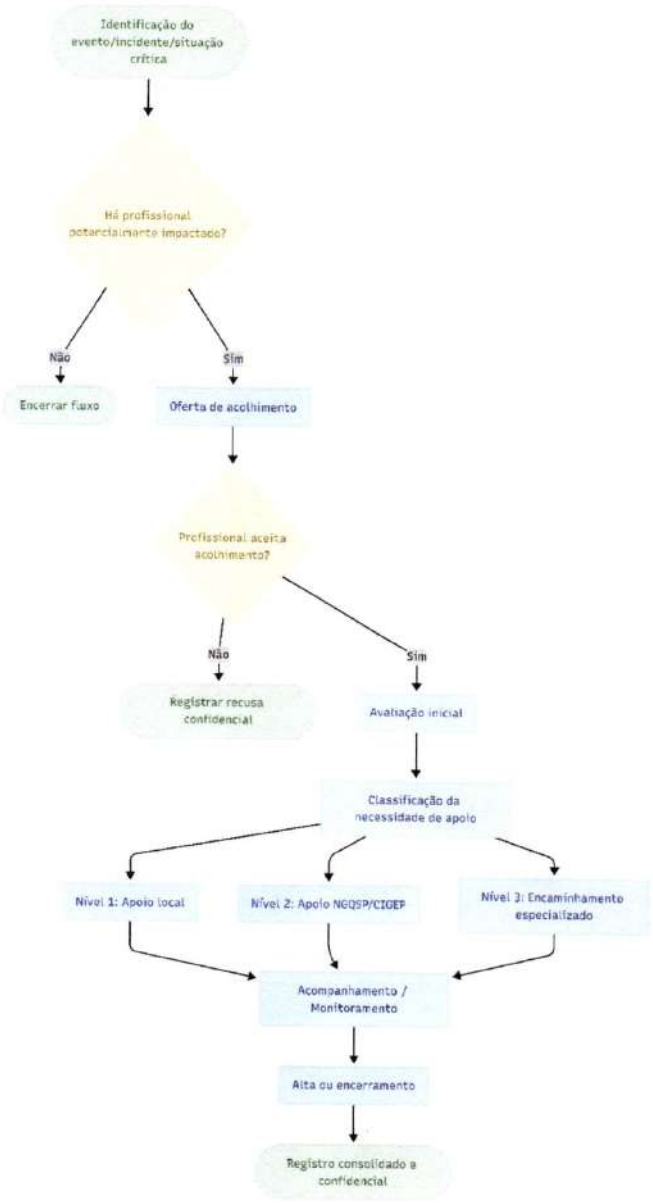
13. Integração com gestão de riscos

Garantir que a notificação, análise técnica do evento, plano de ação e eventual apuração sigam fluxos próprios, separados do acolhimento ao profissional.

Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENTRO INTEGRADO DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROJETOS

Fluxograma visual para Acolhimento à "Segunda Vítima"



Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos da Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Endereço: Rua dos Marianos, 194/196- Centro - Osasco - SP
Tel. (11) 97401- 0921 E-mail: cigep.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

PORTARIA SS Nº 041 de 20 de agosto de 2026

*Dispõe sobre a **Aprovação e implantação do Procedimento Operacional Padrão – POP nº 088 – Visita Religiosa nas Unidades de Urgência e Emergência da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Osasco**, e dá providências correlatas.*

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OSASCO**, no uso das atribuições legais e regulamentares que lhe são conferidas,

Considerando a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença, o livre exercício dos cultos religiosos e a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva, nos termos do art. 5º, incisos VI e VII, da Constituição Federal;

Considerando a Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura aos religiosos de todas as confissões o acesso aos hospitais da rede pública ou privada para atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes ou, quando cabível, com seus familiares;

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, especialmente os princípios da universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e reforça o atendimento humanizado, acolhedor, livre de discriminação e respeitoso aos valores, cultura e direitos da pessoa usuária;

Considerando a Lei Estadual nº 10.066, de 21 de julho de 1998, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 44.395, de 10 de novembro de 1999, que trata da prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva situadas no Estado de São Paulo;

Considerando a Resolução SS nº 93, de 16 de novembro de 2016, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que disciplina a prestação de assistência religiosa nas unidades de saúde públicas e privadas no âmbito estadual;

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Considerando a Lei Municipal nº 5.493, de 2026, que dispõe sobre a obrigatoriedade de exposição, em hospitais públicos e privados do Município de Osasco, da legislação que garante o direito à visita religiosa e regulamenta os horários dessas visitas;

Considerando a necessidade de padronizar o fluxo de solicitação, avaliação, autorização, realização e registro da visita religiosa aos pacientes internados nas unidades da Rede de Urgência e Emergência do Município de Osasco, garantindo segurança assistencial, respeito à autonomia do paciente, privacidade, biossegurança e continuidade do cuidado;

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovado e instituído, no âmbito da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Osasco, o Procedimento Operacional Padrão – POP nº 088 – Visita Religiosa nas Unidades de Urgência e Emergência, constante do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º O POP nº 088 aplica-se a todas as unidades da Rede Municipal de Urgência e Emergência, bem como aos profissionais, servidores, empregados públicos, prestadores de serviços e demais agentes envolvidos no atendimento, recepção, organização, autorização, acompanhamento e registro da visita religiosa.

Art. 3º A visita religiosa deverá ser assegurada sempre que possível, respeitada a manifestação de vontade do paciente, sua autonomia, sua liberdade de crença ou de não crença, as condições clínicas, a rotina assistencial, as normas institucionais, a privacidade dos demais usuários, a segurança da unidade e as medidas de biossegurança aplicáveis.

§ 1º A assistência religiosa não poderá ser imposta ao paciente, devendo ser respeitado seu direito de aceitar, escolher ou recusar a visita.

§ 2º Na impossibilidade de manifestação atual do paciente, deverá ser considerada manifestação prévia conhecida ou, quando cabível, a solicitação de familiar ou representante legal, conforme previsto no POP.

Art. 4º A visita religiosa poderá ser temporariamente adiada, interrompida ou reorganizada quando houver impedimento clínico, assistencial, sanitário, operacional ou de segurança, devidamente justificado e registrado no prontuário ou no instrumento institucional aplicável.

Parágrafo único. Cessada a condição impeditiva, a equipe deverá reavaliar a possibilidade de realização da visita, desde que mantida a manifestação favorável do paciente ou a solicitação válida nos termos do POP.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Art. 5º As unidades deverão manter orientação institucional visível sobre o direito à visita religiosa, horários, regras de acesso, deveres do visitante, necessidade de identificação, medidas de biossegurança e canais de manifestação ou reclamação.

Art. 6º Compete às gerências das unidades garantir a implantação do POP, orientar as equipes, apoiar a condução de situações excepcionais, monitorar não conformidades e adotar medidas de melhoria do processo.

Art. 7º Compete à Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE, por meio do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos – CIGEP, manter o controle documental do POP, apoiar sua divulgação, acompanhar a necessidade de revisão e propor atualização sempre que houver alteração normativa, assistencial, sanitária ou operacional relevante.

Art. 8º Os casos omissos e as situações excepcionais deverão ser avaliados pela gerência da unidade, pela Diretoria Geral de Urgência e Emergência e/ou pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme a complexidade do caso.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 20 de agosto de 2026.

Fernando Machado Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

CIDADE DE
OSASCO
Secretaria de Saúde

2026

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO VISITA RELIGIOSA A PACIENTES INTERNADOS

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

03/06/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antonio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enfa. Meire Lima da Silva

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____

de_____

IOMO nº: _____

Sumário

1 OBJETIVO 2
2 ABRANGÊNCIA 2
3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL 2
4 CONCEITO 2
5 DIRETRIZES GERAIS 3
6 SOLICITAÇÃO DA VISITA RELIGIOSA 3
7 AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL 3
8 HORÁRIO DA VISITA RELIGIOSA 4
9 CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO 4
10 SITUAÇÕES QUE PERMITEM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA 4
11 REGRAS PARA O VISITANTE RELIGIOSO 5
12 REGISTRO EM PRONTUÁRIO 5
13 NEGATIVA OU ADIAMENTO DA VISITA 5
14 COMPETÊNCIAS 6
15 DIVULGAÇÃO 6
16 NÃO CONFORMIDADES 6
17 DISPOSIÇÕES FINAIS 6
REFERÊNCIAS 7
ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO 8
ANEXO – FLUXOGRAMA PARA AUTORIZAÇÃO DE VISITA RELIGIOSA 9

VISITA RELIGIOSA A PACIENTES INTERNADOS

1 OBJETIVO

Estabelecer o fluxo para solicitação, avaliação, autorização, realização e registro da visita religiosa aos pacientes internados na Rede de Urgência e Emergência do Município de Osasco, garantindo o direito à assistência espiritual, o respeito à autonomia do paciente, a liberdade de crença, a segurança assistencial e a continuidade do cuidado.

2 ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a todas as unidades da Rede de Urgência e Emergência do Município de Osasco e a todos os profissionais, servidores, empregados públicos, prestadores de serviços e demais agentes envolvidos no atendimento, recepção, organização, autorização e acompanhamento da visita religiosa.

3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Este procedimento observa a legislação vigente sobre assistência religiosa em serviços de saúde, incluindo:

- Lei Federal nº 9.982/2000;
- Lei Estadual nº 10.066/1998;
- Lei Municipal nº 5.493/2026.

4 CONCEITO

Para fins deste POP, considera-se visita religiosa a assistência espiritual prestada por representante religioso indicado pelo paciente ou por seu representante legal, respeitada a manifestação de vontade do paciente.

5 DIRETRIZES GERAIS

A visita religiosa deverá ser assegurada sempre que possível, observadas as condições clínicas do paciente, a rotina assistencial, as normas institucionais, a segurança da unidade e as medidas de biossegurança aplicáveis.

A assistência religiosa não poderá ser imposta ao paciente, devendo ser respeitado seu direito de aceitar, escolher ou recusar a visita.

A visita poderá ser temporariamente adiada, interrompida ou reorganizada quando houver impedimento clínico, assistencial, sanitário, operacional ou de segurança devidamente justificado.

6 SOLICITAÇÃO DA VISITA RELIGIOSA

A solicitação poderá ser realizada pelo paciente, familiar, representante legal ou equipe assistencial, quando houver manifestação prévia da vontade do paciente.

Recebida a solicitação, a equipe deverá verificar se o paciente deseja receber a visita religiosa ou se há manifestação prévia nesse sentido.

Caso o paciente recuse a visita, a solicitação deverá ser encerrada, com registro da recusa ou orientação em prontuário, quando pertinente.

7 AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

Antes da autorização, a equipe assistencial deverá avaliar:

- Condição clínica do paciente;
- Existência de procedimento em curso;
- Necessidade de isolamento ou precaução específica;
- Risco à segurança do paciente, da equipe ou da unidade;
- Possibilidade de preservação da privacidade;
- Impacto da visita na continuidade da assistência.

Quando houver impedimento temporário, a visita deverá ser adiada ou interrompida, devendo ser autorizada tão logo cesse a condição impeditiva, desde que mantida a manifestação favorável do paciente.

8 HORÁRIO DA VISITA RELIGIOSA

Como regra geral, a visita religiosa ocorrerá entre 08h00 e 22h00, respeitadas as condições assistenciais e a organização da unidade.

Excepcionalmente, poderá ser autorizada fora do horário padrão em situações de cuidados paliativos, terminalidade da vida, risco iminente de morte, agravamento clínico ou outra necessidade humanitária, mediante avaliação da equipe assistencial.

A autorização fora do horário padrão, quando justificada por condição clínica ou necessidade humanitária, não caracteriza descumprimento deste POP.

9 CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO

A visita religiosa poderá ser autorizada quando atendidos os seguintes critérios:

- Manifestação favorável do paciente, quando consciente e apto a decidir;
- Ausência de contraindicação clínica momentânea;
- Inexistência de procedimento incompatível em andamento;
- Cumprimento das normas da unidade;
- Identificação do visitante religioso;
- Observância das orientações da equipe assistencial.

10 SITUAÇÕES QUE PERMITEM RESTRIÇÃO TEMPORÁRIA

A visita poderá ser temporariamente restringida nas seguintes situações:

- Atendimento de emergência;
- Procedimento médico ou de enfermagem em curso;
- Reanimação;
- Cirurgia ou preparo para procedimento;
- Isolamento ou precaução específica;
- Instabilidade clínica;
- Risco à segurança;
- Necessidade de preservação da assistência;
- Outra condição técnica justificada pela equipe.

Encerrada a condição impeditiva, a equipe deverá reavaliar a possibilidade de realização da visita.

11 REGRAS PARA O VISITANTE RELIGIOSO

O visitante religioso deverá:

- Identificar-se na unidade;
- Seguir as orientações da equipe;
- Respeitar as normas institucionais;
- Realizar higiene das mãos;
- Utilizar EPIs quando indicado;
- Respeitar a privacidade do paciente e dos demais usuários;
- Não interferir nos procedimentos assistenciais;
- Retirar-se quando solicitado pela equipe por necessidade clínica, assistencial ou de segurança.

12 REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Deverão ser registrados em prontuário, conforme aplicável:

- Solicitação da visita;
- Autorização, adiamento, interrupção ou negativa;
- Data e horário;
- Nome do visitante religioso, quando disponível;
- Justificativa em caso de restrição;
- Autorização fora do horário padrão, quando ocorrer;
- Orientações fornecidas;
- Equipe responsável pelo registro.

13 NEGATIVA OU ADIAMENTO DA VISITA

A negativa ou adiamento da visita religiosa não deverá ocorrer de forma genérica. Toda restrição deverá estar fundamentada em critério clínico, assistencial, sanitário, operacional ou de segurança, com registro da justificativa em prontuário.

14 COMPETÊNCIAS

À recepção compete identificar o visitante religioso e orientar o fluxo inicial de acesso.

À equipe de enfermagem compete organizar a visita, orientar o visitante, avaliar condições assistenciais imediatas e registrar as informações pertinentes.

À equipe médica compete avaliar contraindicações clínicas temporárias, quando necessário.

À gerência da unidade compete garantir o cumprimento deste POP, apoiar a equipe nas situações excepcionais e assegurar a divulgação das orientações institucionais.

15 DIVULGAÇÃO

A unidade deverá manter orientação institucional visível sobre o direito à visita religiosa, horários, regras de acesso, deveres do visitante e canais de manifestação ou reclamação.

16 NÃO CONFORMIDADES

A negativa, adiamento ou interrupção da visita religiosa sem justificativa técnica ou sem registro adequado poderá caracterizar não conformidade no cumprimento deste POP.

Quando identificada não conformidade, a gerência da unidade deverá orientar a equipe, registrar a ocorrência conforme rotina institucional e adotar medidas de melhoria do processo.

17 DISPOSIÇÕES FINAIS

Os casos omissos ou situações excepcionais deverão ser avaliados pela gerência da unidade, pela Diretoria Geral de Urgência e Emergência e/ou pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme a complexidade do caso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Brasília, DF, 2000.

OSASCO (Município). Lei Municipal nº 5.493, de 22 de junho de 2026. Dispõe sobre a assistência religiosa no âmbito dos serviços públicos municipais de saúde. Osasco, 2026.

SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 10.066, de 21 de julho de 1998. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas. São Paulo, 1998.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência
Centro Integrado de Educação, Gestão e projetos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

Diretoria Geral de Urgência e Emergência

ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Pesquisa e Elaboração

Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Revisão e Formatação

Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 03/06/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Validação pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Aprovação

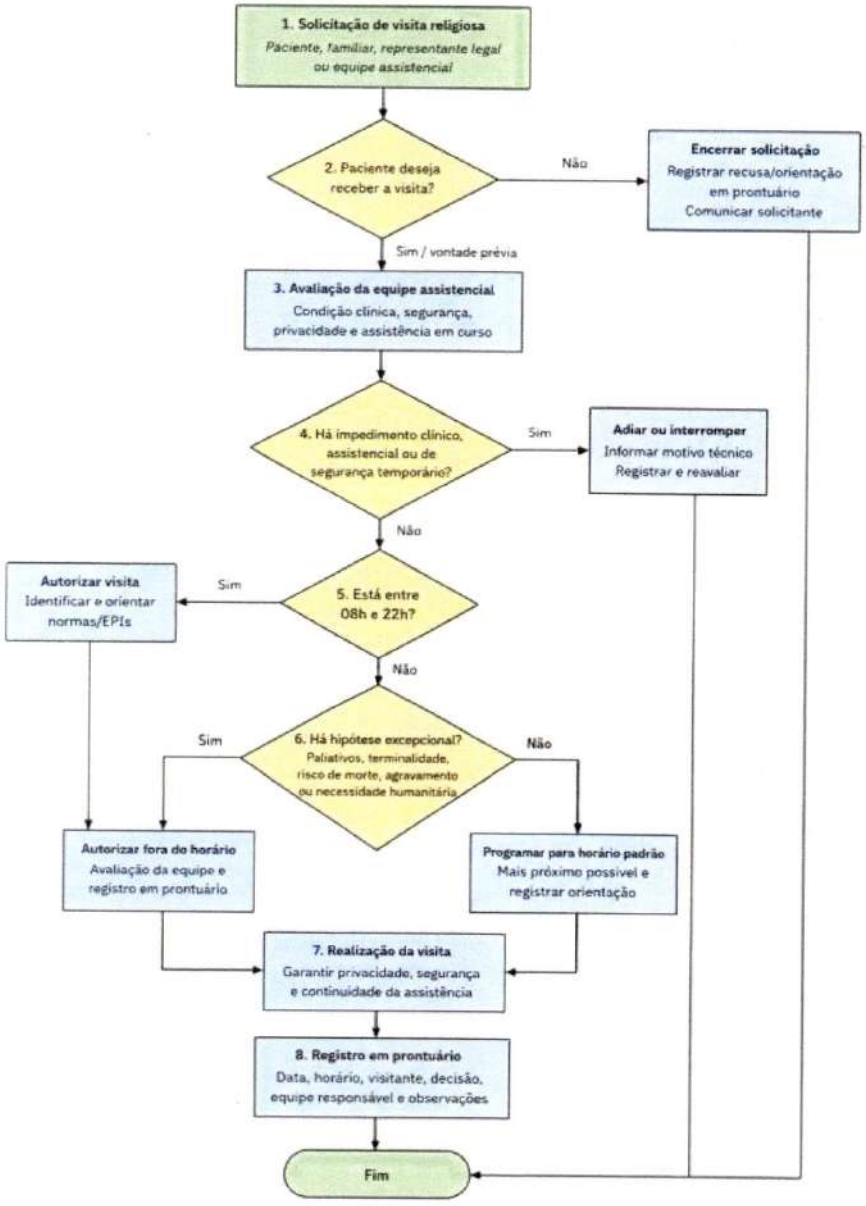
Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enfa. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antonio Cesar dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

ANEXO – Fluxograma para Autorização de Visita Religiosa

FLUXO PARA AUTORIZAÇÃO DA VISITA RELIGIOSA



PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA SS Nº 51/2026

Dispõe sobre a implantação do Fluxo para Administração Ambulatorial de Medicamentos Previamente Prescritos nas unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OSASCO, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

CONSIDERANDO que a segurança do paciente constitui diretriz essencial da assistência à saúde, devendo orientar a organização dos fluxos assistenciais, a prevenção de riscos, a comunicação entre equipes e a rastreabilidade dos cuidados prestados;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar o atendimento de pacientes que comparecem às unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE para administração de medicamentos mediante apresentação de prescrição médica previamente emitida;

CONSIDERANDO que o Fluxo para Administração Ambulatorial de Medicamentos Previamente Prescritos tem por objetivo padronizar o atendimento, garantir a conferência da prescrição, a administração segura do medicamento e o registro da assistência prestada;

CONSIDERANDO que o paciente que comparece à unidade exclusivamente para administração de medicamento previamente prescrito já foi submetido a avaliação médica anterior que originou a prescrição apresentada, razão pela qual, na ausência de nova queixa clínica, sinais de alerta, alteração clínica aparente, intercorrência, inconsistência na prescrição ou dúvida relacionada à segurança medicamentosa, o fluxo se limita à organização da administração segura do medicamento, sem prejuízo do encaminhamento ao fluxo habitual de atendimento médico sempre que indicado;

CONSIDERANDO que o fluxo se destina a pacientes que comparecem à unidade para administração de medicamentos prescritos, observada a origem da prescrição, a ausência de queixas clínicas adicionais e o atendimento aos critérios de elegibilidade e segurança previstos no instrumento institucional;

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.079/2014, que dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento — UPAs 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.079/2014 define a UPA como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, devendo compor, com essas, uma rede organizada de atenção às urgências;

CONSIDERANDO que, nos termos da Resolução CFM nº 2.079/2014, todo paciente com agravo à saúde que tiver acesso à UPA deverá ser obrigatoriamente atendido por médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico;

CONSIDERANDO que o acolhimento com classificação de risco nas UPAs deve ser realizado por profissionais médicos ou enfermeiros capacitados, sendo vedada a liberação ou encaminhamento de paciente classificado por enfermeiro a outro local sem consulta médica, conforme anexo da Resolução CFM nº 2.079/2014;

CONSIDERANDO que o fluxo instituído por esta Portaria não tem por finalidade dispensar, encaminhar externamente ou substituir avaliação médica quando indicada, mas organizar a administração segura de medicamentos previamente prescritos, observados critérios objetivos de elegibilidade, conferência da prescrição, registro assistencial e encaminhamento ao fluxo médico sempre que previsto ou necessário;

CONSIDERANDO que a utilização do fluxo não dispensa avaliação clínica quando identificada necessidade durante o atendimento, devendo o enfermeiro encaminhar o paciente para avaliação médica diante de sinais de alerta, alterações clínicas aparentes, dúvidas relacionadas à segurança da administração ou qualquer condição que possa representar risco ao paciente;

CONSIDERANDO que, quando a prescrição for proveniente de serviço privado, serviço externo ao Município de Osasco ou outro município, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica com finalidade de validação da prescrição antes da administração do medicamento;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir segurança medicamentosa, identificação adequada do paciente, conferência da prescrição, registro da administração, comunicação de riscos e prevenção de incidentes relacionados à administração de medicamentos;

RESOLVE:

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 1º Fica instituído, no âmbito das unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, o Fluxo para Administração Ambulatorial de Medicamentos Previamente Prescritos.

Art. 2º O fluxo de que trata esta Portaria tem por finalidade padronizar o atendimento de pacientes que comparecem à unidade para administração de medicamento previamente prescrito, decorrente de avaliação médica anterior, garantindo conferência da prescrição, administração segura do medicamento, registro da assistência prestada e encaminhamento ao fluxo habitual de atendimento médico sempre que houver nova queixa, sinal de alerta, inconsistência, dúvida técnica ou risco identificado.

Art. 3º O fluxo aplica-se aos pacientes que compareçam à unidade para administração de medicamento previamente prescrito, observada a origem da prescrição, a conferência de segurança pela enfermagem e a necessidade de validação médica quando prevista neste instrumento.

§ 1º Quando a prescrição for proveniente do serviço público de saúde do Município de Osasco e não houver queixa clínica adicional, inconsistência, dúvida técnica, sinal de alerta ou contraindicação à administração segura, o paciente poderá ser encaminhado à sala de medicação após conferência do enfermeiro.

§ 2º Quando a prescrição for proveniente de serviço privado, serviço externo ao Município de Osasco ou outro município, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica com finalidade de validação da prescrição antes da administração do medicamento.

§ 3º Em qualquer situação, a presença de queixa clínica adicional, sinais de alerta, alteração clínica aparente, intercorrência, inconsistência na prescrição, dúvida relacionada à segurança medicamentosa ou condição que possa representar risco ao paciente determinará o encaminhamento ao fluxo habitual de atendimento médico da unidade.

§ 4º A ausência de nova avaliação médica no fluxo direto para sala de medicação aplica-se exclusivamente às situações em que o paciente comparece apenas para continuidade de terapêutica previamente prescrita, não apresenta nova queixa clínica, atende aos critérios de elegibilidade e possui prescrição conferida pela enfermagem, mantida a obrigatoriedade de encaminhamento médico em qualquer situação de risco, dúvida ou não conformidade.

Art. 4º A utilização deste fluxo não autoriza dispensa, encaminhamento externo ou substituição de avaliação médica quando esta for indicada pelas condições clínicas do paciente, pela origem da prescrição, por inconsistência documental, por dúvida técnica ou por risco identificado pela equipe.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 5º A recepção deverá:

I — identificar se o paciente compareceu para administração de medicamento previamente prescrito;

II — solicitar a prescrição médica;

III — realizar a abertura da ficha de atendimento;

IV — providenciar cópia da prescrição médica referente ao medicamento a ser administrado;

V — devolver a prescrição médica original ao paciente;

VI — orientar o paciente a aguardar o acolhimento de enfermagem.

Art. 6º Compete ao enfermeiro do acolhimento:

I — realizar consulta de enfermagem;

II — verificar se o paciente apresenta outras queixas clínicas além da necessidade de administração do medicamento;

III — identificar a origem da prescrição médica apresentada;

IV — conferir os requisitos da prescrição médica;

V — identificar sinais de alerta, alterações clínicas aparentes, dúvidas de segurança ou qualquer condição que possa representar risco ao paciente;

VI — encaminhar o paciente para o fluxo habitual de atendimento médico quando indicado;

VII — encaminhar o paciente para validação médica quando a prescrição for proveniente de serviço privado, serviço externo ao Município de Osasco ou outro município.

Art. 7º A conferência da prescrição pelo enfermeiro deverá observar, no mínimo:

I — nome completo do paciente;

II — nome do medicamento;

III — dose prescrita;

IV — via de administração;

V — data da prescrição;

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

VI — duração do tratamento;

VII — legibilidade da prescrição;

VIII — identificação do profissional prescritor;

IX — assinatura do prescritor;

X — existência de inconsistências, rasuras, dúvidas ou condições que possam comprometer a segurança da administração.

Art. 8º Quando a prescrição for proveniente do serviço público de saúde do Município de Osasco, atender aos requisitos de conferência e o paciente não apresentar queixas clínicas adicionais, sinais de alerta, inconsistências ou contraindicações à administração segura, o enfermeiro poderá encaminhá-lo à sala de medicação, conforme fluxo institucional.

Art. 9º Quando a prescrição for proveniente de serviço privado, serviço externo ao Município de Osasco ou outro município, a administração do medicamento somente poderá ocorrer após avaliação e validação médica da prescrição.

Parágrafo único. A validação médica deverá ser registrada na ficha de atendimento, prontuário ou documento institucional equivalente, com identificação do médico responsável, carimbo e assinatura, antes da administração do medicamento.

Art. 10. O paciente deverá ser encaminhado ao fluxo habitual de atendimento médico da unidade quando ocorrer qualquer uma das seguintes situações:

I — a prescrição não for proveniente de serviço público de saúde do Município de Osasco, ressalvada a hipótese de validação médica prevista no art. 9º;

II — o paciente apresentar queixas clínicas adicionais;

III — forem identificados sinais de alerta, alterações clínicas aparentes ou intercorrências;

IV — houver inconsistência, rasura, ausência de informação essencial ou dúvida quanto à prescrição;

V — houver dúvida relacionada à segurança da administração;

VI — houver qualquer condição que possa representar risco ao paciente.

Art. 11. Na sala de medicação, a equipe de enfermagem deverá conferir a prescrição antes da administração e administrar o medicamento em conformidade com as boas

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

práticas de segurança medicamentosa, observando os "13 certos" da administração segura de medicamentos.

Art. 12. A equipe de enfermagem deverá registrar a administração na ficha de atendimento, contendo data, horário, medicamento administrado, dose, via de administração, local da administração e identificação do profissional responsável.

Art. 13. A equipe de enfermagem deverá registrar, no verso da prescrição médica original, a administração realizada, contendo data, horário, via de administração, local da administração e identificação do profissional responsável.

Art. 14. A administração do medicamento deverá ser imediatamente suspensa, e o paciente encaminhado ao fluxo habitual de atendimento médico, caso surjam sinais, sintomas, intercorrências, reação adversa, queixa clínica ou dúvida técnica antes, durante ou após a administração.

Art. 15. Compete ao médico:

I — avaliar o paciente quando encaminhado pelo enfermeiro;

II — validar, quando aplicável, prescrições provenientes de serviço privado, serviço externo ao Município de Osasco ou outro município;

III — decidir pela administração, ajuste, substituição, suspensão ou contraindicação do medicamento, quando submetido à sua avaliação;

IV — registrar a avaliação e a validação da prescrição quando houver necessidade de sua atuação;

V — definir conduta assistencial diante de queixa clínica, sinal de alerta, intercorrência, reação adversa ou risco identificado.

Art. 16. Compete aos gestores, responsáveis técnicos, chefias imediatas e coordenações das unidades:

I — divulgar o fluxo às equipes de recepção, enfermagem e corpo médico;

II — garantir a disponibilidade do fluxo e de seus instrumentos;

III — orientar as equipes quanto aos critérios de elegibilidade, validação médica e encaminhamento ao fluxo habitual de atendimento médico;

IV — supervisionar a adesão ao fluxo;

V — acompanhar incidentes, quase eventos, eventos adversos e não conformidades relacionados à administração de medicamentos;

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
SECRETARIA DA SAÚDE

VI — promover ações corretivas e educativas quando necessário.

Art. 17. Compete à Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, por meio de suas áreas técnicas, acompanhar a implantação do fluxo, orientar as unidades, propor capacitações, monitorar não conformidades e revisar o instrumento sempre que necessário.

Art. 18. As unidades sob gestão indireta da DGUE, inclusive aquelas gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS, deverão observar integralmente o disposto nesta Portaria, sem prejuízo das obrigações contratuais, normativas, técnicas, trabalhistas e assistenciais já estabelecidas.

Art. 19. O descumprimento injustificado das diretrizes estabelecidas nesta Portaria deverá ser analisado pelas instâncias técnicas e administrativas competentes, especialmente quando houver administração de medicamento sem prescrição válida, ausência de conferência da prescrição, administração em desacordo com os critérios de elegibilidade, ausência de validação médica quando exigida, falha de registro, erro de medicação ou não encaminhamento ao fluxo habitual de atendimento médico quando indicado.

Art. 20. O Fluxo para Administração Ambulatorial de Medicamentos Previamente Prescritos nas unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, seus anexos, formulários e instrumentos correlatos passam a integrar esta Portaria para todos os fins administrativos, técnicos, assistenciais e institucionais.

Art. 21. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, ____ de _____ de 2026.

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde
Município de Osasco

CIDADE DE OSASCO
Secretaria de Saúde

2026

FLUXO PARA ADMINISTRAÇÃO AMBULATORIAL DE MEDICAMENTOS PREVIAMENTE PRESCRITOS NAS UNIDADES SOB GESTÃO DIRETA OU INDIRETA DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA —DGUE

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

24/07/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antônio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enfa. Meire Lima da Silva

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____ de_____

IOMO nº: _____

Data: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **2**

2 OBJETIVO **2**

3 PÚBLICO-ALVO **2**

4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE **2**

5 RESPONSABILIDADES **3**

5.1 RECEPÇÃO 3
5.2 ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO 3
5.3 EQUIPE DE ENFERMAGEM 4

ANEXO A - FLUXO PARA ADMINISTRAÇÃO AMBULATORIAL DE MEDICAMENTOS PREVIAMENTE PRESCRITOS 7

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

1 INTRODUÇÃO

Este fluxo estabelece as etapas para o atendimento de pacientes que procuram a Unidade de Urgência e Emergência exclusivamente para a administração de medicamentos com o objetivo de padronizar o processo, garantir a segurança do paciente e assegurar a rastreabilidade da assistência.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de atendimento aos pacientes que comparecem às unidades da Diretoria Geral de Urgência e Emergência exclusivamente para administração de medicamentos, mediante apresentação de prescrição médica, estabelecendo os critérios para avaliação de enfermagem, encaminhamento para avaliação médica quando indicado, administração segura do medicamento e registro da assistência prestada.

3 PÚBLICO-ALVO

Pacientes que comparecem à Unidade de Urgência e Emergência exclusivamente para administração de medicamentos prescritos sem queixas clínicas adicionais e que atendam aos critérios de elegibilidade previstos neste fluxo.

4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O fluxo de administração de medicamentos poderá ser aplicado quando:

- O paciente comparecer à unidade exclusivamente para administração do medicamento prescrito;
- Não apresentar queixas clínicas adicionais no momento do acolhimento;
- **A prescrição médica for proveniente de serviço público de saúde do Município de Osasco**;

- A prescrição médica estiver legível e apresentar as informações necessárias para a administração segura do medicamento;
- Não forem identificadas inconsistências na prescrição ou situações que contraindiquem a administração segura do medicamento.

A utilização deste fluxo não dispensa a avaliação clínica quando identificada necessidade durante o atendimento. Caso, durante o acolhimento ou conferência da prescrição, sejam observados sinais de alerta, alterações clínicas aparentes, dúvidas relacionadas à segurança da administração ou qualquer condição que possa representar risco ao paciente, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para avaliação médica conforme fluxo assistencial vigente.

5 RESPONSABILIDADES

5.1 Recepção

- Identificar se o paciente compareceu exclusivamente para administração de medicamento;
- Solicitar a prescrição médica;
- Realizar a abertura da ficha de atendimento;
- Providenciar cópia da prescrição médica referente ao medicamento a ser administrado e entregá-la ao paciente para apresentação ao enfermeiro do acolhimento;
- Manter a prescrição médica original com o paciente;
- Orientar o paciente a aguardar o acolhimento de enfermagem.

5.2 Enfermeiro do Acolhimento

- Realizar consulta de enfermagem;
- Verificar se o paciente apresenta outras queixas clínicas além da necessidade de administração do medicamento;

- Verificar se a prescrição médica foi emitida por serviço público de saúde do Município de Osasco;
- Conferir a prescrição médica:

  - Nome completo do paciente;
  - Nome do medicamento;
  - Dose prescrita;
  - Via de administração;
  - Data da prescrição;
  - Duração do tratamento;
  - Legibilidade da prescrição;
  - Identificação do profissional prescritor;
  - Assinatura do prescritor.

Quando a prescrição for proveniente do serviço público de saúde do Município de Osasco, atender aos requisitos estabelecidos para conferência da prescrição e o paciente não apresentar queixas clínicas adicionais, encaminhá-lo para a sala de medicação.

Encaminhar o paciente para avaliação médica quando ocorrer qualquer uma das seguintes situações:

- A prescrição não for proveniente de serviço público de saúde do Município de Osasco;
- O paciente apresentar outras queixas clínicas além da necessidade de administração do medicamento;
- O enfermeiro identificar que a prescrição não atende aos requisitos estabelecidos**.**

5.3 Equipe de Enfermagem

- Conferir a prescrição antes da administração;
- Realizar a administração conforme prescrição médica;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

- Registrar a administração na ficha de atendimento (data, horário, medicamento administrado, via de administração, local da administração e identificação do profissional);
- Registrar, no verso da prescrição original, a administração realizada (data, horário, via de administração, local da administração e identificação do profissional).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Pesquisa e Elaboração

Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF

Revisão e Formatação

Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE:

Avaliado pelo NGQSP em 24/07/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Validação pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	

Aprovação

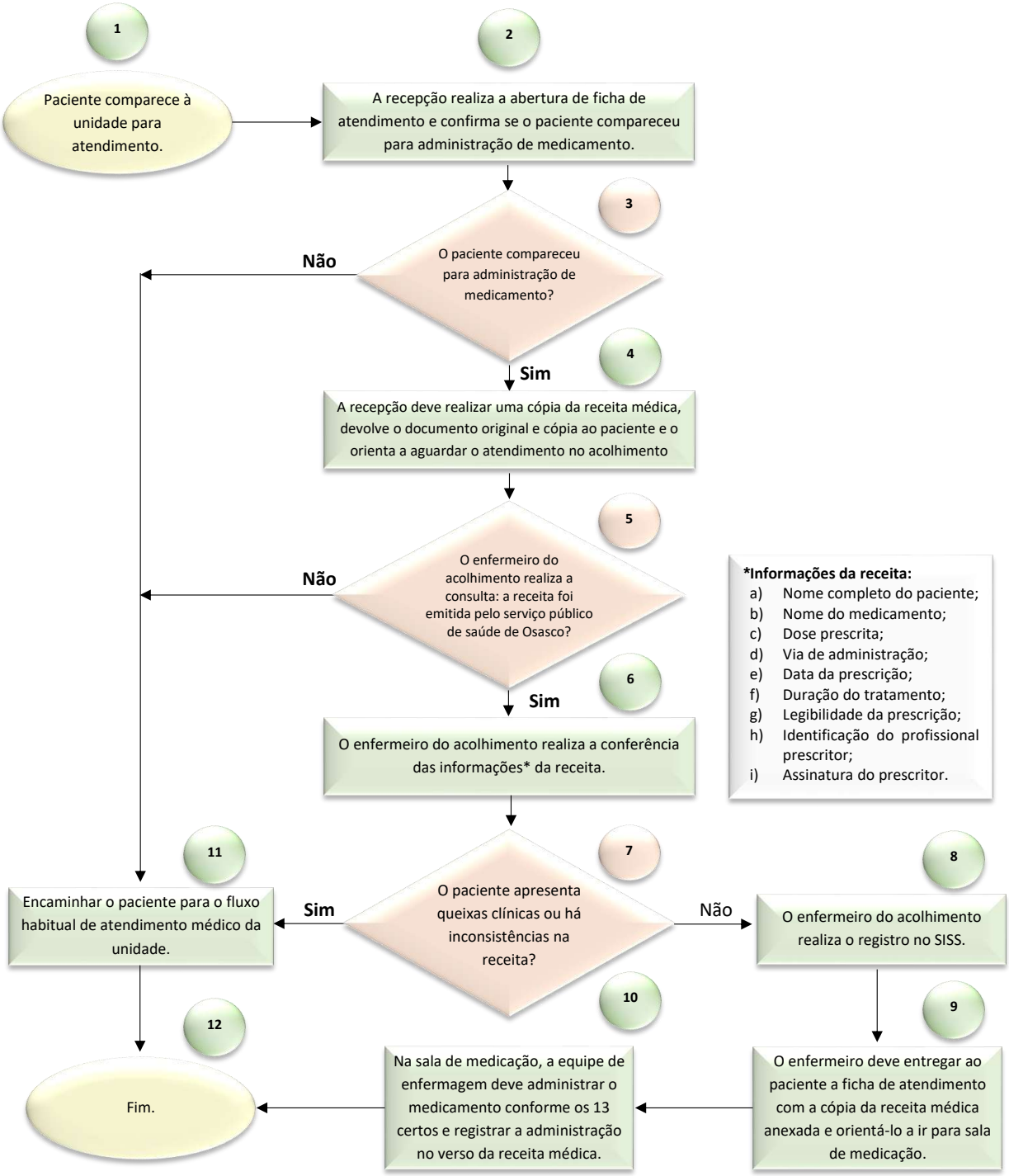
Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enf. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

ANEXO A - Fluxo para administração ambulatorial de medicamentos previamente prescritos



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

Descrição do Fluxo para administração ambulatorial de medicamentos previamente prescritos

1) Paciente comparece à unidade para atendimento;

2) A recepção realiza a abertura da ficha de atendimento e confirma se o paciente compareceu à unidade para administração de medicamento;

3) O paciente compareceu para administração de medicamento?
- **Sim:** seguir para a etapa **4**.
- **Não:** seguir para a etapa **11**.

4) A recepção deve realizar uma cópia da receita médica, devolve o documento original e cópia ao paciente e o orienta a aguardar o atendimento no acolhimento;

5) O enfermeiro do acolhimento realiza a consulta: a receita foi emitida pelo serviço público de saúde do Município de Osasco?
- **Sim:** seguir para a etapa **6**.
- **Não:** seguir para a etapa **11**.

6) O enfermeiro do acolhimento realiza a conferência das informações da receita:

a) Nome completo do paciente;
b) Nome do medicamento;
c) Dose prescrita;
d) Via de administração;
e) Data da prescrição;
f) Duração do tratamento;
g) Legibilidade da prescrição;
h) Identificação do profissional prescritor;
i) Assinatura do prescritor.

7) O enfermeiro do acolhimento: paciente apresenta queixas clínicas ou há inconsistências na receita médica?
- **Sim:** seguir para a etapa **11.**
- **Não:** seguir para a etapa **8**.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE

8) Enfermeiro do acolhimento deve seguir as seguintes etapas de registro no Sistema Inteligente de Serviços da Saúde (SISS):

- Registrar no campo **Queixa/História Pregressa**: *Administração de medicamento com receituário externo*;
- Na etapa **Protocolo Adaptado**, selecionar o fluxograma **Situações Especiais**;
- Selecionar o descritor **Administração de medicação com receituário externo**;
- Confirmar o protocolo;
- Encaminhar o paciente para **Administração de Medicação com Receituário Externo ou Enfermagem**.

9) O enfermeiro do acolhimento deve entregar ao paciente a ficha de atendimento com a cópia da receita médica anexada e orientá-lo a ir para a sala de medicação;

10) Na sala de medicação, a equipe de enfermagem deve realizar a administração do medicamento em conformidade com os 13 certos da administração segura de medicamentos e registrar, no verso da receita médica original, a administração realizada, contendo data, horário, via de administração, local da aplicação e identificação do profissional responsável;
Na sequência, prosseguir para o item 12;

11) Encaminhar o paciente para o fluxo habitual de atendimento médico da unidade

12) Fim.

CIDADE DE OSASCO
Prefeitura de Osasco

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde

PORTARIA SS Nº 045/2026

Dispõe sobre a implantação e obrigatoriedade de utilização do Protocolo de Identificação e Tratamento da Sepse em Pediatria nas unidades subordinadas direta ou indiretamente à Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco.

O **SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OSASCO**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os fluxos assistenciais relacionados à identificação precoce, tratamento e monitoramento da sepse neonatal e pediátrica nas unidades da Rede de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO que a sepse pediátrica constitui condição clínica de elevada gravidade, associada a risco de morbidade, mortalidade e necessidade de intervenção imediata;

CONSIDERANDO a Recomendação CFM nº 6/2014, do Conselho Federal de Medicina, que recomenda que, em todos os níveis de atendimento à saúde, sejam estabelecidos protocolos assistenciais para o reconhecimento precoce e o tratamento de pacientes com sepse;

CONSIDERANDO as orientações técnicas disponibilizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem — COFEN na publicação *Sepse: Um Problema de Saúde Pública*, voltadas à rápida identificação e tratamento da sepse, com ênfase na atuação e colaboração da enfermagem nesse processo;

CONSIDERANDO que o **Protocolo de Identificação e Tratamento da Sepse em Pediatria — Protocolo nº 027** estabelece diretrizes institucionais para a identificação, tratamento e monitoramento da sepse neonatal e pediátrica, incluindo reconhecimento precoce,

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde

antibioticoterapia, coleta de exames, condutas iniciais da primeira hora, reavaliação clínica contínua e avaliação de riscos assistenciais;

CONSIDERANDO que o referido protocolo define sua aplicação às unidades de atendimento da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE;

CONSIDERANDO que o protocolo estabelece como executantes a equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, observadas as atribuições legais de cada profissional;

CONSIDERANDO a necessidade de disponibilização e utilização do **Instrumento para Abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria**, destinado ao registro dos sinais de alerta, sinais de disfunção orgânica, foco suspeito, conduta médica, prescrição e administração de antimicrobianos, hidratação e eventual transferência;

CONSIDERANDO a necessidade de fortalecer a segurança do paciente, a rastreabilidade assistencial, a comunicação entre equipes e a redução de atrasos no reconhecimento e tratamento da sepse pediátrica;

RESOLVE:

Art. 1º Fica implantado, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco, o **Protocolo de Identificação e Tratamento da Sepse em Pediatria — Protocolo nº 027**.

Art. 2º A utilização do protocolo de que trata esta Portaria passa a ser **obrigatória a partir da data de sua publicação**, em todas as unidades subordinadas direta ou indiretamente à **Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE**, sejam elas de administração direta ou gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS.

Art. 3º O protocolo deverá ser aplicado aos pacientes neonatais e pediátricos com suspeita ou confirmação de infecção associada a sinais clínicos sugestivos de sepse, observados os critérios de inclusão, exclusão, parâmetros clínicos por faixa etária e fluxos assistenciais definidos no documento técnico.

Art. 4º As unidades abrangidas por esta Portaria deverão assegurar:

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde

I — a divulgação do protocolo às equipes assistenciais e administrativas envolvidas no atendimento neonatal e pediátrico;

II — a disponibilização do **Instrumento para Abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria** nos pontos de atendimento pertinentes;

III — o uso do instrumento padronizado para registro da abertura, condução, evolução e encerramento do protocolo;

IV — a adoção das condutas previstas no protocolo, especialmente quanto à identificação precoce, acionamento médico, coleta de exames, antibioticoterapia em tempo oportuno, hidratação, monitorização e reavaliação clínica contínua;

V — o registro adequado em prontuário e nos instrumentos institucionais definidos pela DGUE.

Art. 5º A execução do protocolo deverá observar as competências legais de cada categoria profissional, cabendo à equipe médica a avaliação diagnóstica, definição terapêutica, prescrição e condução clínica do caso, e à equipe de enfermagem a identificação precoce de sinais de alerta, abertura do protocolo quando aplicável, acionamento médico, execução das medidas prescritas, monitoramento contínuo e registros assistenciais pertinentes.

Art. 6º Compete aos responsáveis técnicos, coordenações assistenciais, gerências locais e direções das unidades garantir o cumprimento desta Portaria, bem como promover as adequações internas necessárias para a efetiva implantação do protocolo.

Art. 7º Compete à Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, por meio de suas áreas técnicas, acompanhar a implantação, orientar as unidades, propor capacitações, monitorar indicadores e promover revisões sempre que necessário.

Art. 8º As unidades gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS deverão observar integralmente o disposto nesta Portaria, sem prejuízo das obrigações contratuais, normativas, técnicas e assistenciais já estabelecidas.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde

Art. 9º O descumprimento injustificado das diretrizes estabelecidas no protocolo deverá ser analisado pelas instâncias técnicas e administrativas competentes, especialmente quando houver risco à segurança do paciente, falha de registro, atraso terapêutico ou descontinuidade assistencial.

Art. 10. O **Protocolo de Identificação e Tratamento da Sepse em Pediatria — Protocolo nº 027**, bem como seus anexos, passam a integrar esta Portaria para todos os fins administrativos, técnicos e assistenciais.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 26 de agosto de 2026.

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde
Município de Osasco

CIDADE DE
OSASCO
Secretaria de Saúde

2026

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

24/08/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antônio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enfa. Meire Lima da Silva

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____

de_____

IOMO nº: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **2**

2 OBJETIVOS **2**

3 APLICAÇÃO **3**

4 DEFINIÇÕES **3**

4.1 Sepse 3
4.2 Sinais e Sintomas de Alerta no Recém-Nascido 7
4.3 Choque Séptico 7

5 APLICABILIDADE **8**

5.1 Critérios de Inclusão 8
5.2 Critérios de Exclusão 8
5.3 Parâmetros Clínicos por Faixa Etária 8

6 EXECUTANTES **9**

7 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ABERTURA DO PROTOCOLO DE SEPSE EM PEDIATRIA **9**

7.1 Atribuições do Enfermeiro 9
7.2 Avaliação do Enfermeiro 10
7.2.1 Sinais de alerta para sepse *10*
7.2.2 Sinais de Gravidade *11*
7.3 Atribuições do Médico 11
7.3.1 Avaliação do Médico *12*

8 EXAMES LABORATORIAIS **12**

9 ANTIBIOTICOTERAPIA **13**

9.1 Antibioticoterapia somente após culturas 13
9.2 Sugestões de Antibioticoterapia Conforme Foco: 14

10 CONDUTAS INICIAIS DA PRIMEIRA HORA **15**

10.1 Monitorização imediata 15
10.2 Avaliação Clínica Rápida 16
10.3 Condutas Iniciais e Intervenções Terapêuticas 16
10.4 Oxigenoterapia 16
10.5 Ressuscitação volêmica 16
10.6 Drogas Vasoativas 17

11 SEPSE NEONATAL DE INÍCIO PRECOCE **17**

12 SEPSE NEONATAL DE INÍCIO TARDIO **18**

13 REAVALIAÇÃO CLÍNICA CONTÍNUA E MONITORAMENTO EVOLUTIVO **19**

14 AVALIAÇÃO DE RISCO **20**

REFERÊNCIAS **21**

ANEXOS **24**

ANEXO A – Instrumento para abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria 24
ANEXO B – Fluxograma de Processo de Triagem para Pacientes com Suspeita de Sepse em Pediatria 25

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		**PROTOCOLO: 027**
	Aprovado em: 24/08/2026	**Revisão: 00**	**Revisão prevista: 08/2028**

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA

1 INTRODUÇÃO

A sepse pediátrica constitui uma síndrome de elevada relevância epidemiológica, caracterizada por disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de uma resposta desregulada do organismo frente a uma infecção suspeita ou confirmada. Assim como no adulto, trata-se de uma condição associada a elevada morbidade, mortalidade e custos assistenciais, exigindo reconhecimento precoce e intervenção imediata.

A implementação de protocolos clínicos gerenciados representa uma ferramenta essencial para a padronização do atendimento ao paciente séptico, contribuindo para a redução de desfechos negativos e para o aumento da efetividade terapêutica.

Na população pediátrica, entretanto, existem particularidades fisiológicas relevantes. A hipotensão arterial é considerada um sinal tardio, frequentemente precedida por alterações perfusionais como taquicardia, extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado e alterações do estado mental. Dessa forma, o reconhecimento precoce da sepse em crianças deve ser baseado, prioritariamente, em sinais clínicos iniciais e não apenas em alterações hemodinâmicas tardias.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a adoção de um protocolo específico para a população neonatal e pediátrica no âmbito da Rede de Urgência e Emergência, visando garantir reconhecimento precoce, intervenção rápida e redução da mortalidade associada à sepse.

2 OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes institucionais para a identificação, tratamento e monitoramento da sepse neonatal e pediátrica, com os seguintes objetivos:

- Definir recomendações para o manejo de pacientes com diagnóstico de sepse e choque séptico na população pediátrica, com base em evidências científicas atualizadas;
- Orientar os profissionais de saúde quanto aos sinais precoces de sepse e disfunção orgânica;
- Garantir o início oportuno do tratamento, especialmente da antibioticoterapia;

- Assegurar a coleta de exames microbiológicos antes da administração do antimicrobiano, sem causar atrasos na terapêutica;
- Promover a redução da mortalidade e das complicações associadas à sepse;
- Padronizar fluxos assistenciais na Rede de Urgência e Emergência.

3 APLICAÇÃO

Unidades de atendimento da Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE.

4 DEFINIÇÕES

4.1 Sepse

Sepse caracteriza-se pela presença de disfunção orgânica potencialmente fatal decorrente de resposta desregulada à infecção.

Na pediatria, a decisão na emergência deve ser guiada principalmente por reavaliação clínica seriada: TEC (tempo de enchimento capilar), temperatura de extremidades, pulsos, nível de consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, necessidade de oxigênio e diurese.

Os sinais clínicos abaixo devem ser utilizados como gatilhos de triagem e avaliação médica imediata, sendo interpretados conforme os quatro eixos de disfunção orgânica descritos nos Critérios de Phoenix para Sepse Pediátrica (PSS).

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

Tabela 1 - Critérios do Consenso Internacional para Sepse Pediátrica e Choque Séptico - 2024

OS NOVOS CRITÉRIOS DE PHOENIX PARA SEPSE PEDIÁTRICA (PSS)

PSS - Respiratório	PSS - Cardiovascular	PSS - Neurológico	PSS - Coagulação
• **0:** Pao2/Fio2 ≥ 400	• **0:** PA* normal, sem DVA** Lactato < 5#	• **0:** Glasgow 10, pupilas reativas	• **0:** Plaq. >100mil ; INR ≤1.3 ; D-dímeros<2; Fib≥100
• **1:** Pao2/Fio2 < 400	• **1:** , PA baixa , 1 DVA, Lactato entre 5 e 10,9#	• **1:** Glasgow ≤ 10	• **1:** Plaq. <100mil ; INR < 1.3 ; D-dímero>2; Fib<100
• **2:** Pao2/Fio2 100-200 ou VM	• **2:** PA baixa , ≥2 DVAs, Lactato ≥11#	• **2:** pupilas fixas	
• **3:** Pao2/Fio2 < 100 e/ou VM			

- Sepse: PSS ≥ 2
- Choque Séptico: Sepse com ≥ 1 PHS cardiovascular

* Pressão Arterial , ** Droga vasoativa , # mmol/L m ,

Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. Published online January 21, 2024. doi:10.1001/jama.2024.0179

1. Disfunção Respiratória

Sinais de alerta

- Taquipneia para a idade;
- Hipoxemia;
- Necessidade de oxigênio suplementar;
- Aumento do esforço respiratório;
- Necessidade de ventilação mecânica.

Observação clínica

A taquipneia deve ser interpretada conforme o contexto clínico, podendo estar relacionada a pneumonia, bronquiolite, crise asmática, acidose metabólica ou desconforto respiratório.

Taquipneia isolada em criança febril não deve indicar automaticamente abertura do protocolo completo de sepse. Entretanto, a associação com hipoxemia, alteração de perfusão ou alteração neurológica aumenta significativamente o risco de sepse.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA	PROTOCOLO: 027	Aprovado em: 24/08/2026
	Revisão: 00	Página 4

2. Disfunção Cardiovascular

Sinais de alerta

- Taquicardia para a idade;
- Bradicardia em neonatos/lactentes;
- Hipotensão arterial;
- Alteração de perfusão periférica;
- Extremidades frias;
- Enchimento capilar lentificado;
- Pulsos finos;
- Lactato elevado;
- Necessidade de drogas vasoativas;
- Temperatura > 38,5°C ou < 36°C em pediatria;
- Temperatura > 38°C ou < 36,5°C em neonatos.

Observação clínica

A taquicardia pode ocorrer secundariamente à febre, dor, choro, broncoespasmo, desidratação leve ou ansiedade. Deve ser considerada sinal de alerta, mas não critério isolado de sepse.

Febre isolada não deve ser considerada critério suficiente para sepse. Deve ser interpretada em conjunto com perfusão periférica, estado mental, necessidade de oxigênio, padrão respiratório e aspecto geral da criança.

Em neonatos, recomenda-se maior sensibilidade na avaliação clínica, considerando apresentação menos específica e maior risco de gravidade.

3. Disfunção Neurológica

Sinais de alerta

- Alteração do estado mental;

- Irritabilidade;
- Sonolência;
- Letargia;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Redução da interação com o meio;
- Glasgow reduzido;
- Alterações pupilares.

Observação clínica

Alterações neurológicas associadas a sinais de comprometimento respiratório ou cardiovascular aumentam a probabilidade de sepse com disfunção orgânica.

4. Disfunção Hematológica / Coagulação

Sinais de alerta

- Plaquetopenia;
- Alterações de INR;
- D-dímero elevado;
- Alterações laboratoriais compatíveis com coagulopatia.

Observação clínica

As alterações hematológicas devem ser interpretadas em conjunto com o quadro clínico e demais sinais de disfunção orgânica.

Comentário técnico

Este modelo busca afastar a interpretação baseada exclusivamente nos antigos critérios de SIRS, priorizando a identificação de disfunção orgânica conforme os Critérios de Phoenix (2024).

4.2 Sinais e Sintomas de Alerta no Recém-Nascido

Os sintomas podem variar rapidamente e atingir múltiplos sistemas. No atendimento em pronto-socorro pediátrico, o recém-nascido pode apresentar sinais clínicos inespecíficos e de rápida evolução. A identificação precoce é fundamental para avaliação médica imediata e definição de conduta.

Observação: A presença de qualquer sinal de alerta em recém-nascidos deve ser considerada potencial gravidade, necessitando avaliação rápida e priorização no fluxo de atendimento do pronto-socorro.

Tabela 2 - Sinais e Sintomas de Alerta no Recém-Nascido

Sistema Avaliado	Sinais e Sintomas de Alerta	Conduta Inicial no PS
Respiratório	Taquipneia, apneia, gemência, batimento de asa nasal, retrações torácicas.	Monitorização, avaliação médica imediata e suporte ventilatório conforme necessidade.
Neurológico / Comportamental	Hipoatividade, letargia, irritabilidade, convulsões, abaulamento de fontanela.	Avaliação neurológica, controle glicêmico e estabilização clínica.
Gastrointestinal	Vômitos, distensão abdominal, diarreia, resíduo gástrico aumentado.	Avaliação abdominal, hidratação e investigação infecciosa/metabólica.
Circulatório / Pele	Palidez, cianose, pele mosqueada, bradicardia ou taquicardia.	Monitorização hemodinâmica e estabilização clínica imediata.
Outros	Icterícia precoce, sangramentos anormais, febre ou hipotermia.	Investigação laboratorial e avaliação para sepse neonatal.

Fonte: Adaptado de *Manual MSD – Versão para Profissionais de Saúde*; Sociedade Brasileira de Pediatria.

4.3 Choque Séptico

Define-se como sepse associada à disfunção circulatória, caracterizada por:

- Necessidade de drogas vasoativas para manutenção da perfusão;

- Sinais persistentes de hipoperfusão mesmo após reposição volêmica adequada.

Diferentemente do adulto, pode ocorrer sem hipotensão inicial.

5 APLICABILIDADE

5.1 Critérios de Inclusão

- Neonatos e crianças até 12 anos;
- Pacientes com suspeita ou confirmação de infecção associada a sinais clínicos de sepse.

5.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes em cuidados paliativos sem indicação de medidas invasivas;
- Doenças infecciosas específicas com protocolo próprio (ex: dengue, malária, leptospirose).

5.3 Parâmetros Clínicos por Faixa Etária

Considerando as particularidades fisiológicas da população pediátrica, os parâmetros clínicos variam conforme a faixa etária, sendo fundamental sua correta interpretação para identificação precoce de alterações sugestivas de sepse.

A tabela abaixo apresenta valores de referência que devem auxiliar a equipe assistencial na tomada de decisão quanto à abertura do protocolo, devendo sempre ser analisados em conjunto com o quadro clínico do paciente.

Tabela 3 – Valores de referência por faixa etária

Faixa Etária	FC (bpm)	FR (irpm)	PA Sistólica mínima	SpO_2 Alerta	Sinais de Alerta
RN (0 - 28 dias)	>180 ou <100	>60	<60 mmHg	<94%	Bradicardia, apneia, má perfusão
1 - 12 meses	>160	>50	<70 mmHg	<94%	Irritabilidade, TEC alterado
1 - 5 anos	>140	>40	<75 mmHg	<94%	Letargia, extremidades frias
6 - 12 anos	>120	>30	<80 mmHg	<94%	Confusão, alteração perfusional
>12 anos	>100	>20	<90 mmHg	<94%	Alteração do nível de consciência

6 EXECUTANTES

Equipe Multiprofissional: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as atribuições legais de cada profissional.

7 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ABERTURA DO PROTOCOLO DE SEPSE EM PEDIATRIA

7.1 Atribuições do Enfermeiro

O enfermeiro é responsável pela identificação precoce e abertura do protocolo, em qualquer ponto da assistência:

- Acolhimento e Classificação de Risco;
- Sala de Emergência;
- Observação/Internação.

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		**PROTOCOLO: 027**
	Aprovado em: 24/08/2026	**Revisão: 00**	**Revisão prevista: 08/2028**
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

Todo paciente atendido na classificação de risco pelo enfermeiro que apresentar presença de sinais de alerta associados à suspeita de infecção, deverá ser priorizado e classificado de acordo com sinais de gravidade ou não, seguindo o fluxo de acordo com a queixa, sendo assim, pacientes sem sinais de gravidade receberão classificação amarela e atendimento no consultório médico e com sinais de gravidade, considerando instabilidade, receberão classificação vermelho e atendimento médico na sala de emergência/observação.

Pacientes já admitidos na observação podem receber os cuidados iniciais no leito onde encontram-se internados, entretanto, pode ser necessária transferência para a sala de emergência, caso o setor do paciente não disponha de condições para o seu atendimento.

Confirmada a continuidade do protocolo:

- Identificar possível foco infeccioso;
- Verificar sinais vitais completos;
- Avaliar perfusão periférica;
- Classificar o paciente conforme gravidade;
- Abrir imediatamente o protocolo de sepse;
- Acionar equipe médica;
- Encaminhar para sala adequada (consultório ou sala de emergência);
- Garantir a continuidade do protocolo.

7.2 Avaliação do Enfermeiro

7.2.1 Sinais de alerta para sepse

- Temperatura > 38,5°C ou < 36°C; em pediatria;
- Temperatura > 38°C ou < 36,5°C; em neonato;
- Taquicardia para idade;
- Bradicardia (neonatos/lactentes);
- Taquipneia para idade.

7.2.2 Sinais de Gravidade

- Alteração do nível de consciência;
- Extremidades frias ou moteadas;
- Tempo de enchimento capilar > 2 segundos;
- Hipoxemia ou aumento da necessidade de O2;
- Oligúria;
- Pulsos periféricos fracos;
- Lactato elevado;
- Hipotensão (tardio).

Recomenda-se a abertura do Protocolo quando o TEC (tempo de enchimento capilar) for > 2 segundos, associado a outro sinal de hipoperfusão, como: extremidades frias, pulsos finos, alteração do nível de consciência, oligúria, hipotensão ou lactato significativamente elevado.

Tabela 4 – Situação Clínica e Conduta Recomendada

Situação Clínica	Conduta Recomendada
Suspeita de infecção + 1 sinal de gravidade	**Avaliação médica imediata**
Suspeita de infecção + disfunção cardiovascular, respiratória, neurológica ou coagulação	**Manter protocolo de sepse**
Suspeita de infecção sem sinais de gravidade	**Observação clínica ativa, reavaliação e decisão médica**

7.3 Atribuições do Médico

Pacientes sinalizados como Protocolo de Sepse baseados nos sinais de alerta, serão avaliados pelo médico que definirá a elegibilidade (manutenção ou exclusão do paciente no fluxo de atendimento) ao protocolo.

Ao finalizar o atendimento, o médico preencherá o campo obrigatório em prontuário com a definição de conduta. Em caso de encerramento do protocolo, carimbar e assinar o formulário.

7.3.1 Avaliação do Médico

Uma vez identificado o paciente com provável Sepse, os seguintes passos devem ser seguidos:

- Registrar o diagnóstico no prontuário;
- Solicitar os exames;
- O campo referente à avaliação de disfunção orgânica é obrigatoriamente preenchido pelo médico;
- Caso o paciente se enquadre na definição de Sepse ou Choque Séptico, dar continuidade conforme as condutas indicadas pelo protocolo de acordo com o quadro clínico.

8 EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais recomendados para condução do protocolo de sepse comunitária devem ser solicitados conforme o provável foco infeccioso, a gravidade clínica e a viabilidade de coleta, sem causar atraso terapêutico.

- Gasometria arterial ou venosa;
- Lactato;
- Hemocultura (preferencialmente duas amostras, quando possível);
- Hemograma completo;
- Ureia e creatinina;
- Eletrólitos (sódio e potássio);
- Proteína C Reativa (PCR);
- Bilirrubina total e frações;

- Urina tipo I, urocultura e radiografia de tórax: exames obrigatórios na investigação inicial.

Observações

- Preferencialmente, realizar coleta de gasometria venosa, quando disponível, evitando atraso terapêutico por dificuldade de coleta arterial.
- A dosagem de lactato não deve retardar a administração de antibiótico em pacientes com choque, nem atrasar expansão volêmica ou início de droga vasoativa quando clinicamente indicados.
- Radiografia de tórax não deve ser considerada obrigatória em casos de sepse urinária evidente, sem sinais ou sintomas respiratórios.
- Urocultura pode não ser prioritária em pacientes pediátricos com foco pulmonar grave e choque, quando houver risco de atraso nas medidas terapêuticas iniciais.

9 ANTIBIOTICOTERAPIA

Em crianças com **suspeita de choque séptico**, disfunção orgânica evidente ou instabilidade clínica, a antibioticoterapia endovenosa deve ser administrada o mais precocemente possível, **idealmente em até 1 hora após o reconhecimento** do quadro.

Em crianças com suspeita de infecção sem choque e sem disfunção orgânica evidente, a decisão sobre início da antibioticoterapia deve ser realizada após avaliação médica estruturada, coleta de exames quando indicada e reavaliação clínica ativa, evitando atrasos terapêuticos quando houver sinais de deterioração clínica.

9.1 Antibioticoterapia somente após culturas

As culturas devem ser coletadas preferencialmente antes da administração da primeira dose do antimicrobiano, desde que isso possa ser realizado sem atraso terapêutico.

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

Em pacientes com choque séptico, instabilidade clínica ou deterioração rápida, a antibioticoterapia não deve ser postergada devido à dificuldade ou demora na coleta das culturas.

9.2 Sugestões de Antibioticoterapia Conforme Foco:

Tabela 5 - Origem Comunitária

Foco	1ª opção	2ª opção
Pulmonar	Ceftriaxona 70 - 100 mg/kg/dia	Ampicilina 100 - 200 mg/kg/dia
Urinário	Ceftriaxona 50 mg/kg/dia	Amicacina 15 mg/kg/dia
Meningite	Ceftriaxona 100 mg/kg/dia	-
Abdominal	Ceftriaxona 50 mg/kg/dia	Amicacina 15 mg/kg/dia

Tabela 6 - Origem Hospitalar

Foco	Antimicrobiano
Pulmonar	Cefepime 100 - 150 mg/kg/dia
Corrente sanguínea	Vancomicina 40 - 60 mg/kg/dia + Cefepime 100 - 150 mg/kg/dia
Abdominal	Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/dia
Sistema Nervoso Central	Vancomicina 40 - 60 mg/kg/dia + Cefepime 100 - 150 mg/kg/dia

Tabela 7 - Neonatos

Neonato	Antimicrobiano
Sepse neonatal *precoce* *(≤ 72h)*	Ampicilina 50 - 100 mg/kg/dose ou Gentamicina 4 - 5 mg/kg/dose
Sepse neonatal *tardia* *(> 72h)*	Oxacilina 100 - 200 mg/kg/dia ou Gentamicina 4 - 5 mg/kg/dose

Com a disponibilização dos resultados laboratoriais, a terapêutica deverá ser reavaliada e ajustada de acordo com o perfil de sensibilidade do microrganismo identificado. A liberação da primeira dose ocorrerá de forma automática, sem exigência da Ficha de Solicitação de Antimicrobianos de Uso Restrito. A partir da continuidade do tratamento, torna-se necessário a solicitação por meio do instrumento.

10 CONDUTAS INICIAIS DA PRIMEIRA HORA

O manejo inicial da sepse pediátrica é tempo-dependente, sendo a primeira hora após o reconhecimento clínico considerada crítica para redução da mortalidade.

O conjunto de intervenções conhecido como "Pacote da 1ª Hora" deve ser acionado integralmente em pacientes com choque séptico, instabilidade clínica ou disfunção orgânica.

Nos casos sem choque e sem sinais de gravidade, recomenda-se observação clínica ativa, reavaliação periódica e decisão médica individualizada, conforme evolução clínica.

Na população pediátrica, a abordagem deve priorizar a avaliação da perfusão tecidual, uma vez que a hipotensão arterial é um sinal tardio. Dessa forma, o reconhecimento precoce e a rápida implementação das condutas são determinantes para o desfecho clínico.
As intervenções descritas a seguir devem ser realizadas de forma simultânea e coordenada pela equipe multiprofissional.

10.1 Monitorização imediata

- Oximetria de pulso;
- Pressão arterial não invasiva;

- Avaliação frequente de sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória, temperatura).

10.2 Avaliação Clínica Rápida

- Estado neurológico;
- Perfusão periférica (tempo de enchimento capilar - TEC, temperatura de extremidades);
- Débito urinário (se possível).

10.3 Condutas Iniciais e Intervenções Terapêuticas

- Garantir acesso vascular imediato, preferencialmente venoso periférico;
- Realizar coleta de exames laboratoriais;
- Iniciar antibioticoterapia precoce, preferencialmente por via endovenosa, em até 1 hora após a suspeita de sepse, com escolha empírica baseada no foco infeccioso e perfil epidemiológico local, com posterior ajuste conforme resultados microbiológicos.

10.4 Oxigenoterapia

Manter saturação adequada para a faixa etária. Ofertar oxigênio se desconforto respiratório, hipoxemia ou choque, evitando hiperóxia desnecessária após estabilização.

10.5 Ressuscitação volêmica

Iniciar cristaloide em bolus de 10 a 20 ml/kg, com reavaliação clínica obrigatória após cada bolus administrado. Em serviços com suporte intensivo disponível, pode-se considerar volume total de até 40–60 ml/kg na primeira hora em choque séptico, desde que persistam sinais de hipoperfusão e não haja sinais de sobrecarga hídrica.

Suspender novos bolus se houver resolução do choque ou sinais de congestão/sobrecarga.

10.6 Drogas Vasoativas

Na persistência de hipoperfusão após expansão inicial, ou na impossibilidade de prosseguir fluidos por risco de sobrecarga, deve-se iniciar suporte vasoativo precocemente. O início por acesso venoso periférico é aceitável, de forma provisória, por tempo não superior a 4 horas, quando realizado em acesso pérvio, calibroso, monitorizado e com vigilância de extravasamento, enquanto se organiza acesso central ou transferência para UTI.

11 SEPSE NEONATAL DE INÍCIO PRECOCE

A sepse neonatal de início precoce deve-se geralmente a organismos adquiridos intraparto. Muitos lactentes têm sintomas nas primeiras 6 horas do nascimento.

A **maioria dos casos** é causada por estreptococos do grupo B (EGB) e organismos Gram-negativos entéricos (predominantemente *Escherichia coli*). Culturas vaginais ou retais de gestantes com uma gestação a termo mostram taxas de colonização por estreptococos do grupo B de aproximadamente 18% (KWATRA et al., 2016). Até 50% dos seus lactentes também são colonizados, segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). A densidade da colonização dos recém-nascidos determina o risco de doenças invasivas de início precoce, que é significativamente maior quando a colonização é intensa. Embora apenas 1 a 2/100 desses lactentes colonizados desenvolvam doença invasiva por estreptococos do grupo B, a maioria deles apresenta a doença nas primeiras 6 horas de vida. Sepse por *Haemophilus influenzae* não tipável também foi identificada em neonatos, especialmente em prematuros.

Outros casos tendem a ser provocados por bacilos entéricos Gram-negativos (p. ex., *Klebsiella* spp) e certos organismos Gram-positivos [*Listeria*

monocytogenes, enterococos (p. ex., *Enterococcus faecalis*, *E. faecium*), estreptococos do grupo D (p. ex., *Streptococcus bovis*), estreptococos alfa-hemolíticos e estafilococos]. Além disso, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b e, menos comumente, *Neisseria meningitidis* foram isolados. Gonorreia não tratada na gravidez pode resultar em *N. gonorrhoeae* como patógeno na sepse neonatal (4).

Certas infecções virais (p. ex., herpes simples disseminado, enterovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório) podem manifestar-se tanto nos casos de sepse de início precoce quanto tardio.

12 SEPSE NEONATAL DE INÍCIO TARDIO

A sepse neonatal de acometimento tardio é geralmente adquirida do meio ambiente (ver Infecção neonatal adquirida em hospital). Os estafilococos respondem por 30 a 60% dos casos de início tardio e devem-se mais frequentemente a instrumentos intravasculares (particularmente catéteres na artéria vascular central). *E. coli* é cada vez mais reconhecida como uma causa significativa da sepse de início tardio, especialmente em lactentes com peso extremamente baixo. O isolamento de *Enterobacter cloacae* ou *Cronobacter sakazakii* no sangue ou no líquido cefalorraquidiano pode ser causado por alimentos contaminados. Equipamentos respiratórios contaminados são suspeitos nos casos de surtos de pneumonia ou sepse por *Pseudomonas aeruginosa* adquiridos em hospital.

Embora a triagem universal e a profilaxia intraparto com antibióticos para streptococos do grupo B tenham diminuído de modo significativo a doença de início precoce por causa desse organismo, a taxa de sepse por estreptococos do grupo B de início tardio permaneceu inalterada, o que é consistente com a hipótese de que a doença de início tardio é geralmente adquirida do meio ambiente.

O papel dos anaeróbios (particularmente *Bacteroides fragilis*) em sepse de início tardio não está claro, embora casos de morte tenham sido atribuídos a bacteremia por *Bacteroides*.

Candida spp são causas cada vez mais importantes de sepse de início tardio, particularmente em lactentes com muito baixo peso ao nascer.

Certas infecções virais (p. ex., herpes simples disseminado, enterovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório) podem manifestar-se tanto nos casos de sepse de início precoce quanto tardio.

13 REAVALIAÇÃO CLÍNICA CONTÍNUA E MONITORAMENTO EVOLUTIVO

A reavaliação do paciente com suspeita ou diagnóstico de sepse pediátrica deve ser realizada de forma contínua e sistemática, desde o início do protocolo, considerando a possibilidade de rápida evolução clínica.

Diferentemente de abordagens anteriores baseadas em intervalos fixos, a prática atual recomenda monitoramento dinâmico, orientado por parâmetros clínicos e resposta terapêutica.

14 AVALIAÇÃO DE RISCO

Descrição do Risco	Nível de Risco	Tipo de Resposta	Causas Potenciais	Efeitos Potenciais	Ações Preventivas	Ações Corretivas	Responsável
Reconhecimento tardio da sepse	Crítico	Mitigar	Falha na identificação precoce	Atraso terapêutico, piora clínica	Capacitação e uso do protocolo	Abertura imediata e revisão do caso	Enfermeiro/ Médico
Atraso na abertura do protocolo	Crítico	Mitigar	Não acionamento oportuno	Retardo no manejo inicial	Instrumento padronizado	Acionamento imediato do fluxo	Enfermeiro
Atraso na antibioticoterapia	Crítico	Mitigar	Prescrição/liberação tardia	Progressão para choque séptico	Meta: antibiótico ≤1h	Intervenção imediata e escalonamento	Médico/ Farmácia/ Enfermagem
Atraso na expansão volêmica	Crítico	Mitigar	Reconhecimento tardio de hipoperfusão	Instabilidade hemodinâmica	Bundle da primeira hora	Reanimação e reavaliação rápida	Médico/ Enfermagem
Não reconhecimento de disfunção orgânica	Crítico	Mitigar	Avaliação clínica inadequada	Evolução desfavorável	Fluxograma e monitorização	Escalonamento terapêutico	Equipe assistencial
Erro de dose de antimicrobiano pediátrico	Crítico	Mitigar	Erro cálculo peso/dose	Evento adverso, falha terapêutica	Dupla checagem	Correção imediata e notificação	Médico/ Enfermagem/ Farmácia
Dificuldade de acesso	Alto	Mitigar	Dificuldade técnica	Atraso em medicações/fluidos	Treinamento e protocolo de Acesso Intraósseo	Acesso intraósseo/ escalonar apoio	Equipe assistencial
Falha na reavaliação clínica contínua	Crítico	Mitigar	Monitorização insuficiente	Deterioração não reconhecida	Reavaliação protocolizada	Intensificação monitorização	Equipe assistencial
Falha no escalonamento para suporte intensivo	Crítico	Mitigar	Critérios não reconhecidos	Agravamento clínico	Critérios de transferência definidos	Acionamento UTI/transferência	Médico/ Regulação
Comunicação inadequada entre equipes	Alto	Mitigar	Falha de comunicação	Descontinuidade do cuidado	Comunicação estruturada	Correção do fluxo e feedback	Equipe/ Coordenação
Déficit de capacitação da equipe quanto ao protocolo de sepse	Crítico	Mitigar	Falta de treinamento contínuo	Falhas na identificação e manejo	Educação continuada, treinamentos periódicos, simulações	Reciclagem imediata e plano de ação educacional	CIGEP-DGUE

IMPRENSA OFICIAL DO MUNICÍPIO DE OSASCO 193 Osasco, 26 de Outubro de 2026

@Prefeitura de Osasco

CIDADE DE OSASCO

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico para Reconhecimento e Tratamento da Sepse. Brasília: Ministério da Saúde.
4. DAVIS, A. L. et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. Critical Care Medicine, v. 45, n. 6, 2017.
5. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Atualizações e Novas Definições de Sepse Pediátrica (Phoenix Criteria). São Paulo: ILAS, 2024.
6. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Protocolo Clínico de Tratamento da Sepse Pediátrica. São Paulo: ILAS, 2019.
7. Kwatra G, Cunnington MC, Merrall E, et al. Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(9):1076-1084. doi:10.1016/S1473-3099(16)30055-X
8. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns: ACOG Committee Opinion Summary, Number 782. *Obstet Gynecol*. 2019;134(1):1. doi:10.1097/AOG.0000000000003335
9. RIVERS, E. et al. Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. New England Journal of Medicine, v. 345, n. 19, p. 1368–1377, 2001.
10. Russell NJ, Seale AC, O'Driscoll M, et al. Maternal Colonization With Group B Streptococcus and Serotype Distribution Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clin Infect Dis*. 2017;65(suppl_2):S100-S111. doi:10.1093/cid/cix658

11. SANCHEZ-PINTO, L. N. et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA, v. 331, n. 8, p. 675–686, 2024.

12. Shane AL, Sánchez PJ, Stoll BJ. Neonatal sepsis. *Lancet*. 2017;390(10104):1770-1780. doi:10.1016/S0140-6736(17)31002-4

13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Diretrizes para Novas Definições de Sepse e Choque Séptico em Pediatria – Phoenix Sepsis Score. Rio de Janeiro: SBP, 2024.

14. TOPJIAN, A. A. et al. Pediatric Advanced Life Support (PALS): Provider Manual. American Heart Association Dallas: American Heart Association, edição vigente.

15. WEISS, S. L. et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. Pediatric Critical Care Medicine, v. 21, n. 2, 2020.

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Pesquisa e Elaboração

Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF	Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF

Revisão e Formatação

Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF	Dra. Alessandra Coelho Nascimento CRM-SP 99348

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 24/08/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Validação pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 – ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Aprovação

Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enfa. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento para abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instrumento para abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria

PROTOCOLO DE SEPSE EM PEDIÁTRICA

Nome Completo _____ Data Nascimento __/__/_____

Nome Social: _____

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: _____ Peso: _____kg

Unidade de saúde _____ Data __/__/_____

Profissional: ( ) Médico ( ) Enfermeiro Hora ____ h____ min _____
Carimbo e Assinatura

PEDIATRIA – PACIENTE COM SUSPEITA/DIAGNÓSTICO DE QUADRO INFECCIOSO RECENTE E 2 DOS SEGUINTES SINAIS DE ALERTA

- ☐ Temperatura >38°C ou <36°C
- ☐ Taquicardia para idade
- ☐ Taquipneia para idade
- ☐ Alteração do padrão respiratório/ desconforto respiratório
- ☐ Alteração perfusional (TEC aumentado, extremidades frias)
- ☐ Irritabilidade
- ☐ Alteração do nível de consciência
- ☐ SpO_2 <94%

NEONATO – PACIENTE COM SUSPEITA/DIAGNÓSTICO DE QUADRO INFECCIOSO RECENTE E 2 DOS SEGUINTES SINAIS DE ALERTA

- ☐ Temperatura >38°C ou <36°C
- ☐ Apneia
- ☐ Bradicardia
- ☐ Taquicardia
- ☐ Hipoatividade/ letargia
- ☐ Dificuldade alimentar
- ☐ Hipoperfusão
- ☐ Desconforto respiratório
- ☐ SpO_2 <94%

SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA

- ☐ Alteração do nível de consciência
- ☐ TEC >2 segundos
- ☐ Extremidades frias/ moteadas
- ☐ Pulsos periféricos fracos
- ☐ Diurese <1 ml/kg/h
- ☐ Hipoxemia (SpO_2 <92%)
- ☐ Hipoxemia (SpO_2 <92%)
- ☐ Hipotensão para idade
- ☐ Lactato elevado (se disponível)

FOCO SUSPEITO? ☐ SIM ☐ NÃO

- ☐ Pulmonar
- ☐ Urinário
- ☐ Sistema Nervoso Central
- ☐ Abdominal
- ☐ Pele/ partes moles
- ☐ Corrente sanguínea
- ☐ Sem foco definido
- ☐ Outros _____

CONDUTA MÉDICA

SEPSE: ☐ SIM ☐ NÃO

Prescrição de Antibiótico hora _____ _____min
Prescrição de Hidratação hora _____ _____min

Médico Prescritor: _____

Administração de Antibiótico hora _____ _____min
Administração de Hidratação hora _____ _____min

Enfermeiro _____

ANTICROBIANO PRESCRITO

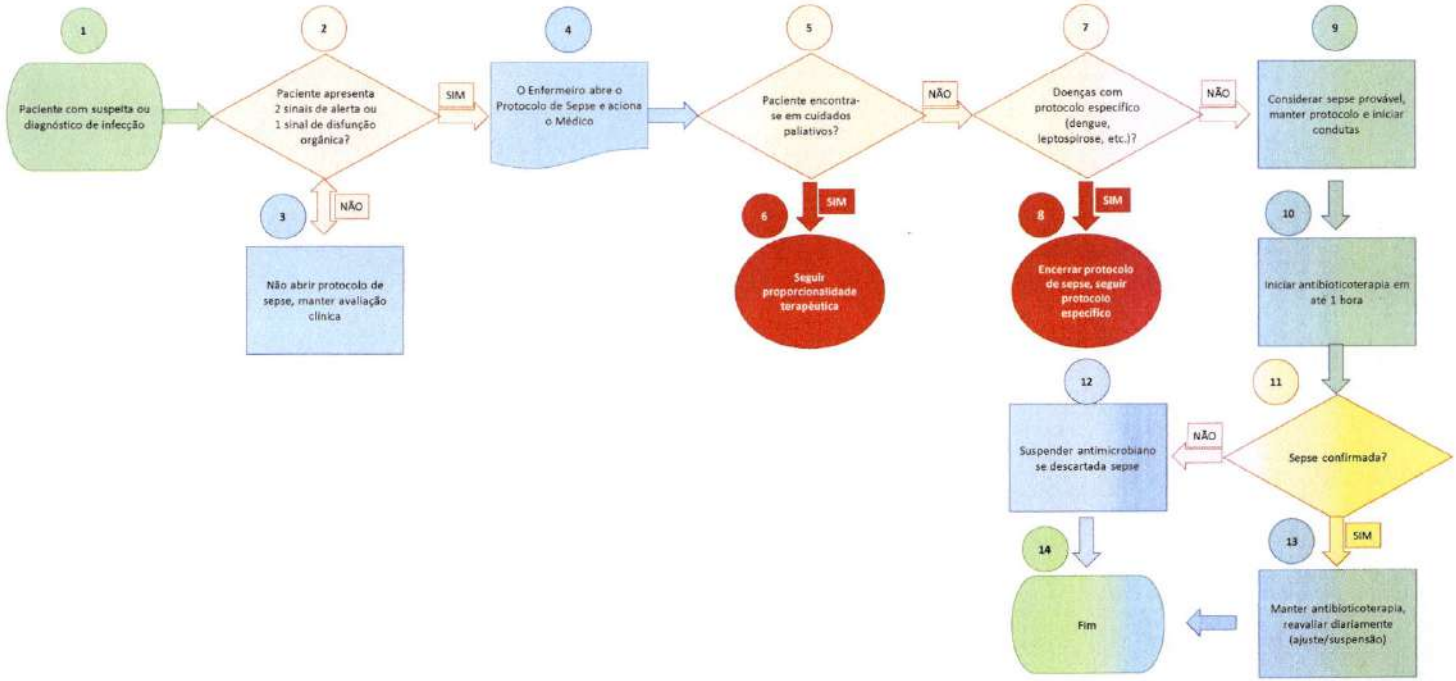
- ☐ Ceftriaxona
- ☐ Ampicilina
- ☐ Amicacina
- ☐ Cefepime
- ☐ Vancomicina
- ☐ Piperacilina/Tazobactam
- ☐ Gentamicina
- ☐ Oxacilina

Solicitação da transferência hora _____ _____min Transferência realizada hora _____ _____min

Médico: _____ Enfermeiro: _____

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
	PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA		

ANEXO B – Fluxograma de Processo de Triagem para Pacientes com Suspeita de Sepse em Pediatria



@Prefeitura de Osasco
CIDADE DE OSASCO

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 027
	Aprovado em: 24/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA SEPSE EM PEDIATRIA			

Descrição do Fluxograma de Processo de Triagem para Pacientes com Suspeita de Sepse em Pediatria

1) Paciente com suspeita ou confirmação de infecção;

2) Paciente apresenta, 2 sinais de alerta (pediatria/neonato), ou 1 sinal de disfunção orgânica*?

Não – 3)

Sim – 4)

3) Não abrir protocolo de sepse, manter avaliação clínica;

4) Enfermeiro abre o Protocolo de Sepse e aciona médico;

5) Paciente encontra-se em cuidados paliativos?

Sim – 6)

Não – 7)

6) Seguir proporcionalidade terapêutica;

7) Doenças com protocolo específico (dengue, leptospirose, etc.)?

Sim – 8)

Não – 9)

8) Encerrar protocolo de sepse, seguir protocolo específico;

9) Considerar sepse provável, manter protocolo e iniciar condutas;

10) Iniciar antibioticoterapia em até 1 hora;

11) Sepse confirmada?

Não – 12)

Sim – 13)

12) Suspender antimicrobiano se descartada sepse;

13) Manter antibioticoterapia, reavaliar diariamente (ajuste/suspensão);

14) Fim.

*Avaliação de gravidade: alteração de consciência, hipoperfusão, hipoxemia, oligúria, hipotensão, necessidade crescente de O_2, plaquetopenia/coagulopatia, lactato muito elevado.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instrumento para abertura do Protocolo de Sepse em Pediatria

PROTOCOLO DE SEPSE EM PEDIÁTRICA

Nome Completo:_____Data Nascimento ___/___/_____

Nome Social: _____

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: _____ Peso: _____kg

Unidade de saúde: _____ Data ___/___/_____

Profissional: ( ) Médico ( ) Enfermeiro Hora _____ h_____ min _____
Carimbo e Assinatura

PEDIATRIA – PACIENTE COM SUSPEITA/DIAGNÓSTICO DE QUADRO INFECCIOSO RECENTE E 2 DOS SEGUINTES SINAIS DE ALERTA

- ☐ Temperatura >38°C ou <36°C
- ☐ Taquicardia para idade
- ☐ Taquipneia para idade
- ☐ Alteração do padrão respiratório/ desconforto respiratório
- ☐ Alteração perfusional (TEC aumentado, extremidades frias)
- ☐ Irritabilidade
- ☐ Alteração do nível de consciência
- ☐ SpO_2 <94%

NEONATO – PACIENTE COM SUSPEITA/DIAGNÓSTICO DE QUADRO INFECCIOSO RECENTE E 2 DOS SEGUINTES SINAIS DE ALERTA

- ☐ Temperatura >38°C ou <36°C
- ☐ Apneia
- ☐ Bradicardia
- ☐ Taquicardia
- ☐ Hipoatividade/ letargia
- ☐ Dificuldade alimentar
- ☐ Hipoperfusão
- ☐ Desconforto respiratório
- ☐ SpO_2 <94%

SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA

- ☐ Alteração do nível de consciência
- ☐ TEC >2 segundos
- ☐ Extremidades frias/ moteadas
- ☐ Pulsos periféricos fracos
- ☐ Diurese <1 ml/kg/h
- ☐ Hipoxemia (SpO_2 <92%)
- ☐ Hipoxemia (SpO_2 <92%)
- ☐ Hipotensão para idade
- ☐ Lactato elevado (se disponível)

FOCO SUSPEITO? ☐ SIM ☐ NÃO

- ☐ Pulmonar
- ☐ Urinário
- ☐ Sistema Nervoso Central
- ☐ Abdominal
- ☐ Pele/ partes moles
- ☐ Corrente sanguínea
- ☐ Sem foco definido
- ☐ Outros: _____

CONDUTA MÉDICA

SEPSE: ☐ SIM ☐ NÃO

Prescrição de Antibiótico hora _____:_____min
Prescrição de Hidratação hora _____:_____min

Médico Prescritor: _____

Administração de Antibiótico hora _____:_____min
Administração de Hidratação hora _____:_____min

Enfermeiro: _____

ANTICROBIANO PRESCRITO

- ☐ Ceftriaxona
- ☐ Ampicilina
- ☐ Amicacina
- ☐ Cefepime
- ☐ Vancomicina
- ☐ Piperacilina/Tazobactam
- ☐ Gentamicina
- ☐ Oxacilina

Solicitação da transferência hora _____:_____min

Médico: _____

Transferência realizada hora _____:_____min

Enfermeiro: _____

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

PORTARIA SMS Nº 039 de 18 de agosto de 2026

Dispõe sobre a ***Aprovação, implantação e monitoramento do Fluxo para Recebimento de Pacientes Regulados ao Hospital Municipal Antônio Giglio, no âmbito da Diretoria Geral de Urgência e Emergência da Secretaria da Saúde do Município de Osasco.***

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE OSASCO**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

Considerando a necessidade de organizar os fluxos assistenciais entre os pontos da Rede de Urgência e Emergência, preservando a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a utilização racional dos recursos móveis de urgência;

Considerando que o acesso ordenado, regulado e seguro aos serviços de saúde constitui diretriz essencial do Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, com articulação aos demais componentes e acesso regulado aos serviços de saúde;

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine diretrizes para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, como componente da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, e a RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que estabelecem diretrizes para a segurança do paciente e a gestão de riscos nos serviços de saúde;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, incluindo o direito ao atendimento adequado, no tempo certo e com garantia de continuidade do cuidado;

Considerando a pactuação técnica realizada entre a Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, o Hospital Municipal Antônio Giglio e a Central de Regulação de Urgência e Emergência — CRUE, com acompanhamento do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente — NGQSP, visando à organização do recebimento de pacientes regulados, à segurança assistencial, à continuidade do cuidado e à liberação oportuna das ambulâncias;

Considerando, por fim, a necessidade de evitar a retenção indevida de ambulâncias, especialmente de unidades de Suporte Avançado de Vida — SAV, recurso crítico e de disponibilidade limitada na rede;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Osasco, o **Fluxo para Recebimento de Pacientes Regulados ao Hospital Municipal Antônio Giglio**, destinado à organização dos critérios para exames prévios, admissão hospitalar, transferência segura do cuidado e liberação oportuna das ambulâncias.

Art. 2º O fluxo aprovado por esta Portaria aplica-se aos pacientes encaminhados ao Hospital Municipal Antônio Giglio por vagas cedidas ou reguladas, envolvendo a DGUE no âmbito da

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

diretriz institucional e da gestão da rede, a CRUE e as equipes de transporte no âmbito operacional e regulatório, e o Hospital Municipal Antônio Giglio no âmbito assistencial hospitalar, conforme suas respectivas competências.

Art. 3º A definição da conduta no recebimento deverá considerar, simultaneamente, a condição clínica do paciente, a composição da equipe de transporte, a necessidade assistencial imediata, a segurança do paciente e o impacto operacional da retenção da ambulância para a Rede de Urgência e Emergência.

Art. 4º Deverão ser recebidos imediatamente pela equipe assistencial do Hospital Municipal Antônio Giglio, com transferência segura do cuidado e liberação da equipe da ambulância, os pacientes que chegarem à unidade nas seguintes condições:

- transportados por unidade de Suporte Avançado de Vida — SAV;
- em intubação orotraqueal — IOT;
- graves ou hemodinamicamente instáveis;
- com necessidade de suporte médico ou de enfermagem avançado durante o transporte;
- em qualquer situação em que a permanência da equipe de SAV represente retenção indevida de recurso crítico para a rede.

Art. 5º Pacientes clinicamente estáveis, não intubados, sem instabilidade hemodinâmica, acompanhados por equipe de Suporte Básico de Vida (SBV) e com exames previamente solicitados, diretamente relacionados à justificativa da vaga ou do encaminhamento, poderão ser conduzidos à realização desses exames antes da admissão hospitalar.

Art. 6º A realização de exames antes da admissão deverá limitar-se aos exames previamente solicitados e pactuados. Concluído o exame previsto, o paciente deverá ser admitido no Hospital Municipal Antônio Giglio ou liberado para retorno à unidade de origem, conforme decisão assistencial e/ou regulatória.

Art. 7º Não deverá ocorrer solicitação sucessiva de novos exames que prolongue indevidamente a permanência da ambulância no hospital. Situações excepcionais deverão ser

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

justificadas clinicamente, comunicadas à regulação e registradas para monitoramento posterior pelo NGQSP/DGUE.

Art. 8º Compete ao Hospital Municipal Antônio Giglio:

- receber imediatamente pacientes transportados por SAV, em IOT, graves ou instáveis;
- assumir a assistência dos pacientes enquadrados nos critérios de recebimento imediato;
- garantir que os exames prévios sejam limitados aos previamente solicitados;
- definir, após os exames previstos, pela admissão hospitalar ou liberação para retorno à unidade de origem;
- evitar a retenção indevida das equipes de ambulância, especialmente de SAV.

Art. 9º Compete à CRUE e às equipes de transporte, no âmbito de suas atribuições operacionais e regulatórias:

- informar claramente à equipe recebedora a condição clínica do paciente no momento da chegada;
- sinalizar, de forma objetiva, quando se tratar de paciente transportado por SAV, em intubação orotraqueal — IOT, grave, hemodinamicamente instável ou com necessidade de suporte avançado durante o transporte;
- realizar a transferência segura das informações assistenciais relevantes, incluindo condição clínica, motivo do encaminhamento, intercorrências durante o transporte, suporte utilizado e necessidades imediatas de continuidade do cuidado;
- registrar intercorrências, atrasos, retenção prolongada da ambulância ou descumprimentos do fluxo pactuado;
- comunicar situações críticas à regulação, à coordenação operacional competente e às instâncias responsáveis, conforme a gravidade e a repercussão assistencial ou operacional.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Parágrafo único. A referência à CRUE neste artigo compreende sua atuação como estrutura responsável pela regulação e organização operacional dos transportes no âmbito da Rede de Urgência e Emergência, sem prejuízo da vinculação administrativa da rede à DGUE.

Art. 10º Compete à CRUE apoiar a definição regulatória dos casos, orientar retorno ou admissão quando necessário, contribuir para a adequada utilização dos recursos móveis de urgência e participar da reavaliação do fluxo junto às demais partes.

Art. 11º Compete ao Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente — NGQSP acompanhar a implantação do fluxo, monitorar ocorrências de retenção indevida de ambulâncias, avaliar a adesão das partes, reunir registros de inconformidades, atrasos e situações críticas, e subsidiar a reavaliação periódica do fluxo, sem assumir atribuições assistenciais ou regulatórias próprias das equipes responsáveis pelo cuidado e pela regulação.

Art. 12º Deverão ser acompanhados, no mínimo, os seguintes pontos de controle:

- tempo de permanência da ambulância no hospital;
- casos de SAV retido após chegada do paciente;
- pacientes graves ou em IOT não recebidos imediatamente;
- solicitação de exames adicionais após exame previamente pactuado;
- casos em que o paciente permaneceu sem admissão e sem definição de retorno;
- impacto do fluxo na disponibilidade das ambulâncias para novos transportes.

Art. 13º Havendo divergência quanto ao recebimento, realização de exames ou definição de destino do paciente, a situação deverá ser comunicada à regulação e registrada para avaliação posterior pelo NGQSP/DGUE. A divergência não deverá justificar a permanência prolongada da equipe de SAV quando o paciente já estiver em ambiente hospitalar e necessitar de assistência institucional.

Art. 14º O fluxo deverá ser reavaliado em reunião entre DGUE, Hospital Municipal Antônio Giglio, CRUE e NGQSP, após período de acompanhamento, com base nos registros de

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

utilização, dificuldades operacionais, eventos críticos e oportunidades de melhoria identificadas.

Art. 15º O Anexo Único desta Portaria apresenta a síntese operacional do fluxo de decisão, sem prejuízo da observância integral do documento técnico aprovado.

Art. 16º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco 18 de agosto de 2026.

Fernando Machado Oliveira

Secretário de Saúde

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

ANEXO ÚNICO

Síntese operacional do Fluxo para Recebimento de Pacientes Regulados ao Hospital Municipal Antônio Giglio

Etapa	Critério	Conduta
Chegada ao hospital	Paciente em SAV, IOT, grave ou instável.	Recebimento imediato pela equipe hospitalar e liberação da ambulância.
Chegada ao hospital	Paciente estável, acompanhado por técnico (SBV), com exame previamente solicitado.	Pode ser encaminhado para exame previamente solicitado.
Após exame prévio	Exame previamente solicitado realizado.	Definir admissão hospitalar ou retorno à unidade de origem.
Após exame prévio	Solicitação de novo exame em sequência.	Não admitir como rotina; registrar, comunicar e monitorar pelo NGQSP/DGUE.
Monitoramento	Dificuldades, atrasos ou descumprimento do fluxo.	Registrar ocorrência e levar para reavaliação entre DGUE, Giglio, CRUE e NGQSP.

Síntese operacional: SAV não deve funcionar como "leito móvel de espera" dentro do hospital. Após a chegada de paciente grave ou instável ao ambiente hospitalar, a responsabilidade assistencial deve ser transferida à unidade recebedora com a maior brevidade possível.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

CIDADE DE OSASCO
Secretaria de Saúde

2026

FLUXO PARA RECEBIMENTO DE PACIENTES REGULADOS AO HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO GIGLIO

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

21/08/2026

Prefeito Da Cidade De Osasco
Gerson Pessoa

Secretário De Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta De Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral De Urgência E Emergência
Enf. Antonio César Dos Santos

Diretora Técnica De Urgência E Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente De Enfermagem
Enfa. Meire Lima Da Silva

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Coordenador Do Centro De Aperfeiçoamento Profissional
Enf. José Aparecido De Magalhães

Portaria SS nº: _____

de_____

IOMO nº: _____

Sumário

1 OBJETIVO 2
2 JUSTIFICATIVA 2
3 DIRETRIZ GERAL 3
4 CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO IMEDIATO PELA EQUIPE HOSPITALAR 4
5 ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES ANTES DA ADMISSÃO 4
6 REGRA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES 5
7 RESPONSABILIDADES 5
7.1 Hospital Municipal Antônio Giglio 5
7.2 DGUE / Equipes de transporte 5
7.3 CRUE 6
7.4 CIGEP / Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP) 6
8. PONTOS DE CONTROLE 6
9. CONDUTA EM CASO DE DIVERGÊNCIA 6
10. REAVALIAÇÃO DO FLUXO 7
ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO 8
ANEXOS 10
ANEXO A - Desenho esquemático do fluxo 10
ANEXO B - Fluxo resumido de decisão 11

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Diretoria Geral de Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

FLUXO PARA RECEBIMENTO DE PACIENTES REGULADOS AO HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO GIGLIO

1 OBJETIVO

Estabelecer fluxo pactuado para o recebimento de pacientes encaminhados ao Hospital Municipal Antônio Giglio por vagas cedidas ou reguladas, garantindo segurança assistencial, continuidade do cuidado e liberação oportuna das ambulâncias, especialmente das unidades de Suporte Avançado de Vida — SAV.

Este fluxo possui caráter organizativo e pactuado entre os serviços, não configurando apontamento de falha isolada de qualquer uma das instituições envolvidas, mas sim uma medida de aprimoramento da integração assistencial, da regulação do acesso e da utilização racional dos recursos móveis de urgência.

2 JUSTIFICATIVA

Durante a análise de notificações de não conformidade relacionadas ao fluxo de pacientes encaminhados ao Hospital Municipal Antônio Giglio por vagas cedidas/reguladas, foi identificada a necessidade de padronizar a condução dos casos em que há solicitação de exames complementares antes da admissão hospitalar, especialmente tomografias.

A situação foi avaliada sob a perspectiva assistencial e operacional, considerando que a permanência prolongada das equipes de transporte no ambiente hospitalar pode impactar a disponibilidade das ambulâncias para novos atendimentos e remoções reguladas. Esse impacto é particularmente relevante nos casos envolvendo ambulâncias de Suporte Avançado de Vida — SAV, recurso estratégico e restrito da rede, tripulado por médico, enfermeiro e condutor, com disponibilidade limitada.

Dessa forma, a retenção prolongada de uma equipe de SAV durante a realização de exames prévios à admissão pode comprometer a capacidade de resposta da rede a

novas demandas críticas, especialmente aquelas que dependem de suporte médico e de enfermagem avançado durante o transporte.

Ressalta-se que a presente pactuação não tem por finalidade atribuir irregularidade ou intenção de atraso ao serviço hospitalar, mas sim organizar tecnicamente o fluxo entre os pontos da rede, conciliando a segurança assistencial do paciente, a continuidade do cuidado, a adequada admissão hospitalar e a preservação da disponibilidade dos recursos móveis de urgência.

Após reunião entre a DGUE, o Hospital Municipal Antônio Giglio e a Central de Regulação das Urgências e Emergências (CRUE), mediada pelo Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos (CIGEP), foi definido fluxo intermediário, considerando a condição clínica do paciente, a composição da equipe de transporte e a necessidade de liberação oportuna das ambulâncias, especialmente das unidades de SAV.

O fluxo pactuado busca garantir que pacientes graves, instáveis ou transportados por SAV sejam imediatamente recebidos pela equipe assistencial do hospital, permitindo a transferência segura do cuidado e a liberação do recurso móvel para a rede. Para pacientes estáveis, acompanhados por equipe técnica e com exames previamente solicitados, admite-se a realização desses exames antes da admissão, desde que não haja solicitações sucessivas que prolonguem indefinidamente a permanência da ambulância.

3 DIRETRIZ GERAL

A definição do fluxo deverá considerar simultaneamente a condição clínica do paciente, a composição da equipe de transporte, a necessidade assistencial imediata e o impacto operacional da retenção da ambulância para a rede de urgência e emergência.

Pacientes transportados por SAV, em intubação orotraqueal, graves ou hemodinamicamente instáveis deverão ser recebidos imediatamente pela equipe assistencial do Hospital Municipal Antônio Giglio, com transferência segura do cuidado e liberação da equipe da ambulância.

Pacientes clinicamente estáveis, acompanhados por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e com exames previamente solicitados, poderão ser encaminhados para realização desses exames antes da admissão hospitalar, desde que o fluxo esteja previamente definido e não haja prolongamento sucessivo da permanência da ambulância por novas solicitações não previstas.

4 CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO IMEDIATO PELA EQUIPE HOSPITALAR

Deverão ser recebidos imediatamente pela equipe assistencial do Hospital Municipal Antônio Giglio, com liberação da equipe da ambulância, os pacientes que chegarem à unidade nas seguintes condições:

- Transportados por SAV;
- Em intubação orotraqueal — IOT;
- Graves;
  Hemodinamicamente instáveis;
- Com necessidade de suporte médico ou de enfermagem avançado durante o transporte;
- Em qualquer situação em que a permanência da equipe do SAV represente retenção indevida de recurso crítico para a rede.

Nesses casos, a equipe hospitalar deverá assumir imediatamente o cuidado assistencial, garantindo continuidade da assistência e liberando a ambulância para retorno à disponibilidade operacional.

5 ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES ANTES DA ADMISSÃO

Poderão ser encaminhados para realização de exames previamente solicitados antes da admissão hospitalar os pacientes que estejam clinicamente estáveis, não estejam em IOT, não apresentem instabilidade hemodinâmica, estejam acompanhados por equipe técnica e tenham exames previamente solicitados, diretamente relacionados à justificativa da vaga ou do encaminhamento.

6 REGRA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

A realização de exames antes da admissão deverá se limitar aos exames previamente solicitados. Após a realização do exame previsto, o paciente deverá obrigatoriamente ser admitido no Hospital Municipal Antônio Giglio ou liberado para retorno à unidade de origem, conforme decisão assistencial e/ou regulatória.

Não deverá ocorrer solicitação sucessiva de novos exames que prolonguem indevidamente a permanência da ambulância no hospital. Exemplo de situação não admitida: paciente realiza tomografia e, após o término, é solicitado novo exame adicional, como ultrassonografia, antes da definição de admissão ou retorno.

7 RESPONSABILIDADES

7.1 Hospital Municipal Antônio Giglio

Receber imediatamente pacientes transportados por SAV, em IOT, graves ou instáveis; assumir a assistência dos pacientes enquadrados nos critérios de recebimento imediato; garantir que os exames prévios sejam limitados aos previamente solicitados; definir, após os exames previstos, pela admissão ou liberação para retorno à unidade de origem; e evitar retenção indevida das equipes de ambulância, especialmente SAV.

7.2 DGUE / Equipes de transporte

Informar claramente a condição clínica do paciente no momento da chegada; sinalizar quando se tratar de paciente em SAV, IOT, grave ou instável; registrar intercorrências, atrasos ou descumprimentos do fluxo; e comunicar situações críticas à regulação e às instâncias responsáveis.

7.3 CRUE

Apoiar a definição regulatória dos casos; orientar o retorno ou a admissão quando necessário; contribuir para a adequada utilização dos recursos móveis de urgência; e participar da reavaliação do fluxo junto às demais partes.

7.4 CIGEP / Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP)

Acompanhar a implantação do fluxo; monitorar ocorrências de retenção indevida de ambulâncias; avaliar a adesão das partes ao fluxo pactuado; reunir registros de inconformidades, atrasos e situações críticas; e agendar nova reunião entre DGUE, Hospital Municipal Antônio Giglio e CRUE para avaliação dos resultados, adequações e ajustes necessários.

8. PONTOS DE CONTROLE

Deverão ser acompanhados pelo CIGEP, por meio do NGQSP, os seguintes pontos: tempo de permanência da ambulância no hospital; casos de SAV retido após chegada do paciente; pacientes graves ou em IOT não recebidos imediatamente; solicitação de exames adicionais após exame previamente pactuado; casos em que o paciente permaneceu sem admissão e sem definição de retorno; e impacto do fluxo na disponibilidade das ambulâncias para novos transportes.

9. CONDUTA EM CASO DE DIVERGÊNCIA

Havendo divergência quanto ao recebimento, realização de exames ou definição de destino do paciente, a situação deverá ser comunicada à regulação e registrada para avaliação posterior pelo CIGEP/NGQSP. A divergência não deverá justificar a permanência prolongada da equipe de SAV quando o paciente já estiver em ambiente hospitalar e necessitar de assistência institucional.

10. REAVALIAÇÃO DO FLUXO

O fluxo deverá ser reavaliado em nova reunião entre DGUE, Hospital Municipal Antônio Giglio, CRUE e CIGEP/NGQSP, após período de acompanhamento, com base nos registros de utilização, dificuldades operacionais, eventos críticos e oportunidades de melhoria identificadas. A pactuação poderá ser ajustada conforme necessidade, mantendo como prioridades a segurança do paciente, a continuidade da assistência e a disponibilidade dos recursos móveis de urgência.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Diretoria Geral de Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Pesquisa e Elaboração

Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF	Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF

Revisão e Formatação

Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 21/08/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Validação pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Aprovação

Hospital Municipal Antônio Giglio - HMAG	
Gustavo Ferreira Araújo Diretor Técnico HMAG	Tatiana Silva de Oliveira Gerente Assistencial
Aline V. Nascimento Machado Diretora Assistencial	Marco Antonio Sanches Carmo Superintendente
Fernanda Biazon Coordenadora de Qualidade	Hellen Ketzmann Machado Magalhães Coordenadora Médica da Emergência

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enfa. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

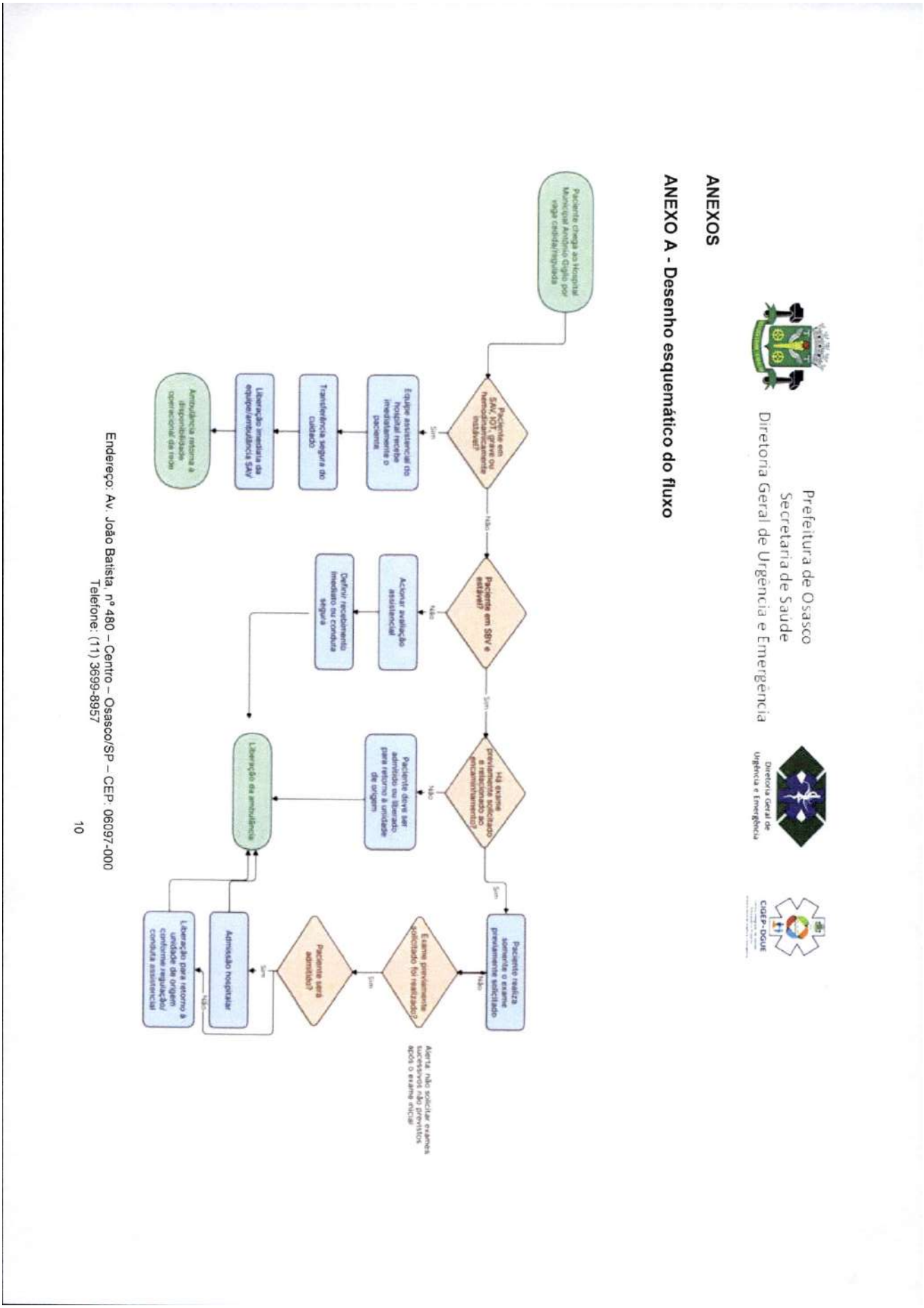
Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

Endereço: Av. João Batista, nº 480 – Centro – Osasco/SP – CEP: 06097-000
Telefone: (11) 3699-8957

ANEXOS

ANEXO A - Desenho esquemático do fluxo



Endereço: Av. João Batista, nº 480 – Centro – Osasco/SP – CEP: 06097-000
Telefone: (11) 3699-8957

ANEXO B - Fluxo resumido de decisão

Etapa	Critério	Conduta
Chegada ao hospital	Paciente em SAV, IOT, grave ou instável	Recebimento imediato pela equipe hospitalar e liberação da ambulância.
Chegada ao hospital	Paciente estável, acompanhado por técnico	Pode ser encaminhado para exame previamente solicitado.
Após exame prévio	Exame previamente solicitado foi realizado	Definir admissão hospitalar ou retorno à unidade de origem.
Após exame prévio	Solicitação de novo exame em sequência	Não admitir como rotina; registrar, comunicar e monitorar pelo NGQSP/CIGEP.
Monitoramento	Dificuldades, atrasos ou descumprimento do fluxo	Registrar ocorrência e levar para reavaliação entre DGUE, Giglio, CRUE e CIGEP/NGQSP.

Síntese operacional: SAV não deve funcionar como "leito móvel de espera" dentro do hospital. Após a chegada de paciente grave ou instável ao ambiente hospitalar, a responsabilidade assistencial deve ser transferida à unidade recebedora com a maior brevidade possível.

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

PORTARIA SMS Nº 044 de 25 de agosto de 2026

*Dispõe sobre a implantação e obrigatoriedade de utilização do **Guia para Aplicação do Processo de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE**, nas unidades sob gestão direta ou indireta da DGUE, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco.*

O **SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OSASCO,** no uso das atribuições legais que lhe são conferidas,

Considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, estabelecendo competências profissionais no âmbito da assistência de enfermagem;

Considerando o Decreto Federal nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986, detalhando as atribuições dos profissionais de enfermagem;

Considerando a Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;

Considerando a Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026, que institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente — PNQSP, voltada à promoção do cuidado seguro, de qualidade, equitativo e centrado nas pessoas no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS;

Considerando a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem;

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Considerando que o Processo de Enfermagem constitui método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro, subsidiando o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem;

Considerando que o Guia para Aplicação do Processo de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência estabelece diretrizes para qualificação da assistência, organização do cuidado, segurança do paciente, fortalecimento do raciocínio clínico e melhoria contínua da prática assistencial da enfermagem;

Considerando que todas as etapas do Processo de Enfermagem devem ser formalmente registradas em prontuário físico ou eletrônico, cabendo ao enfermeiro o registro completo das fases do processo e aos demais membros da equipe de enfermagem a realização das Anotações de Enfermagem;

Considerando que, no contexto das urgências e emergências, a operacionalização do Processo de Enfermagem exige agilidade, raciocínio clínico apurado, priorização adequada e tomada de decisão em situações de elevada complexidade e instabilidade clínica;

Considerando que o Guia estrutura o Processo de Enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, contínuas e cíclicas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem;

Considerando que o Guia propõe a utilização de instrumentos padronizados de Avaliação de Enfermagem, Avaliação Diária, Evolução de Enfermagem, Anotação de Enfermagem, escalas assistenciais e demais registros correlatos, com vistas à rastreabilidade clínica e à continuidade assistencial;

Considerando a necessidade de padronizar registros assistenciais, fortalecer a comunicação entre equipes multiprofissionais, ampliar a segurança do paciente, qualificar a tomada de decisão do enfermeiro e garantir maior respaldo ético e legal aos profissionais de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º Fica implantado, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Osasco, o Guia para Aplicação do Processo de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, aprovado em 02 de junho de 2026.

Art. 2º A utilização do Guia de que trata esta Portaria passa a ser obrigatória a partir da data de sua publicação, nas unidades sob gestão direta ou indireta da Diretoria Geral de Urgência e

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Emergência — DGUE, sejam elas de administração direta ou gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS.

Art. 3º O Guia deverá ser aplicado nos contextos assistenciais em que ocorre cuidado de enfermagem nas unidades de urgência, emergência, observação, internação, atendimento pré-hospitalar, regulação, transporte assistencial e demais pontos de atenção sob gestão direta ou indireta da DGUE, respeitadas as especificidades de cada serviço.

Art. 4º O Processo de Enfermagem deverá ser executado como método de organização do cuidado, raciocínio clínico, tomada de decisão, planejamento, implementação, avaliação e registro das ações de enfermagem.

Art. 5º Para fins desta Portaria, o Processo de Enfermagem deverá contemplar as seguintes etapas:

I — Avaliação de Enfermagem;

II — Diagnóstico de Enfermagem;

III — Planejamento de Enfermagem;

IV — Implementação de Enfermagem;

V — Evolução de Enfermagem.

Art. 6º A Avaliação de Enfermagem deverá ser realizada pelo enfermeiro, mediante coleta sistemática de dados subjetivos e objetivos, exame físico, observação clínica, aplicação de escalas, utilização de protocolos institucionais e demais instrumentos definidos pela DGUE.

Art. 7º O Diagnóstico de Enfermagem deverá decorrer do julgamento clínico do enfermeiro acerca das respostas humanas apresentadas pelo paciente, família ou coletividade frente aos problemas de saúde, riscos, necessidades assistenciais e processos vitais identificados.

Art. 8º O Planejamento de Enfermagem deverá contemplar a definição de prioridades assistenciais, resultados esperados, intervenções necessárias e prescrição dos cuidados de enfermagem, considerando gravidade clínica, risco iminente, necessidades do paciente e potencial de agravamento.

Art. 9º A Implementação de Enfermagem corresponderá à execução das ações e intervenções planejadas pela equipe de enfermagem, incluindo cuidados diretos e indiretos, procedimentos técnicos, monitorização clínica, administração de medicamentos, orientações, prevenção de complicações e supervisão da assistência.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Art. 10. A Evolução de Enfermagem deverá contemplar a avaliação contínua das respostas do paciente às intervenções realizadas, permitindo reavaliação dos diagnósticos, modificação das condutas, acompanhamento dos resultados e continuidade assistencial.

Art. 11. A Anotação de Enfermagem deverá ser realizada pelos membros da equipe de enfermagem, registrando cuidados prestados, procedimentos realizados, medicações administradas, sinais e sintomas observados, intercorrências, condutas executadas e respostas do paciente.

Art. 12. Todas as etapas do Processo de Enfermagem e as Anotações de Enfermagem deverão ser registradas de forma objetiva, clara, cronológica, completa, legível, sem rasuras e em prontuário físico ou eletrônico, conforme disponibilidade da unidade e normas institucionais vigentes.

Art. 13. Os instrumentos padronizados previstos no Guia, incluindo Avaliação de Enfermagem, Avaliação Diária, Evolução de Enfermagem, Anotação de Enfermagem, escalas assistenciais e demais formulários correlatos, deverão ser adotados pelas unidades abrangidas por esta Portaria, conforme aplicabilidade ao perfil assistencial e às condições operacionais do serviço.

Art. 14. A execução do Processo de Enfermagem deverá observar as competências legais de cada categoria profissional, cabendo ao enfermeiro as etapas privativas relacionadas à avaliação clínica, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição da assistência de enfermagem e evolução, e aos técnicos e auxiliares de enfermagem a execução dos cuidados e registros compatíveis com suas atribuições legais e sob supervisão do enfermeiro.

Art. 15. As unidades sob gestão direta ou indireta da DGUE deverão assegurar:

I — divulgação do Guia às equipes de enfermagem e demais áreas envolvidas;

II — disponibilização dos instrumentos padronizados em meio físico ou eletrônico;

III — orientação e capacitação das equipes quanto à aplicação do Processo de Enfermagem;

IV — uso sistemático dos registros definidos no Guia;

V — supervisão da adesão pelas chefias e responsáveis técnicos;

VI — monitoramento de falhas de registro, inconsistências assistenciais e oportunidades de melhoria;

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

VII — comunicação ao NGQSP/DGUE de não conformidades, riscos assistenciais ou dificuldades relevantes de implantação.

Art. 16. Compete aos enfermeiros aplicar o Processo de Enfermagem, realizar julgamento clínico, definir diagnósticos de enfermagem, planejar a assistência, prescrever cuidados, supervisionar a equipe, evoluir o paciente e garantir registros compatíveis com as diretrizes do Guia.

Art. 17. Compete aos técnicos e auxiliares de enfermagem executar os cuidados prescritos, realizar anotações de enfermagem, comunicar alterações clínicas, registrar intercorrências, checar prescrições e contribuir para a continuidade e segurança do cuidado, observadas suas atribuições legais.

Art. 18. Compete às chefias de enfermagem, responsáveis técnicos e coordenações das unidades acompanhar a implantação do Guia, supervisionar a adesão das equipes, orientar os profissionais, identificar fragilidades e promover ações corretivas e educativas quando necessário.

Art. 19. Compete ao CIGEP/DGUE, em articulação com a Gerência de Enfermagem, Diretoria Técnica, NGQSP e demais áreas competentes, apoiar a implantação do Guia, desenvolver ações educativas, padronizar materiais de apoio e colaborar na revisão dos instrumentos.

Art. 20. Compete ao NGQSP/DGUE acompanhar os aspectos relacionados à segurança do paciente, rastreabilidade assistencial, qualidade dos registros, comunicação entre equipes, notificação de incidentes e não conformidades associadas à aplicação do Processo de Enfermagem.

Art. 21. As unidades sob gestão indireta da DGUE, inclusive aquelas gerenciadas por Organização Social de Saúde — OSS, deverão observar integralmente o disposto nesta Portaria, sem prejuízo das obrigações contratuais, normativas, técnicas, trabalhistas e assistenciais já estabelecidas.

Art. 22. O descumprimento injustificado das diretrizes estabelecidas nesta Portaria deverá ser analisado pelas instâncias técnicas e administrativas competentes, especialmente quando houver ausência de registro, falha de rastreabilidade, descontinuidade assistencial, risco à segurança do paciente ou não aplicação dos instrumentos definidos sem justificativa técnica ou operacional.

Art. 23. O Guia para Aplicação do Processo de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência — DGUE, seus instrumentos, formulários, escalas e documentos correlatos passam a integrar esta Portaria para todos os fins administrativos, técnicos, assistenciais e institucionais.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 25 de agosto de 2026.

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde
Município de Osasco

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE
OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Secretaria de
Saúde

2026

GUIA PARA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

02/06/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antonio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enf. Meire Lima da Silva

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____

de_____

IOMO nº: _____

Sumário

PROCESSO DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2

1 INTRODUÇÃO 2

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS NORMAS E RESOLUÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL 4

2.1 Conselho Federal de Enfermagem — Lei nº 7.498/1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem) 5
2.2 Decreto nº 94.406/1987 — Regulamentação da Lei do Exercício Profissional 5
2.3 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 272/2002 (Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE) 6
2.4 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 358/2009 Dispõe sobre a Regulamentação do Processo de Enfermagem) 6
2.5 Ministério da Saúde — Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013) 7
2.6 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 429/2012 (Registro das Ações Profissionais no Prontuário) 7
2.7 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 514/2016 (Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem) 8
2.8 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 736/2024 (Atualização das Diretrizes do Processo de Enfermagem) 8

3 TEORIAS DE ENFERMAGEM APLICADAS AO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA DGUE 9

3.1. Teoria das Necessidades Básicas — Virginia Henderson 10
3.2. Teoria do Autocuidado — Dorothea Orem 11
3.3. Teoria das Necessidades Humanas Básicas — Wanda Horta 12
3.4 Relação das Teorias com o Processo de Enfermagem 13

4. FASES OU ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM 14

4.1. Avaliação de Enfermagem 14
4.2. Diagnóstico de Enfermagem 18
4.3. Planejamento de Enfermagem 18
4.4. Implementação de Enfermagem 19
4.5. Evolução de Enfermagem 20
4.6. Anotação de Enfermagem 27

REFERÊNCIAS 32

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

GUIA PARA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem constitui ferramenta intelectual e metodológica essencial ao exercício profissional do enfermeiro, norteando o raciocínio clínico, a tomada de decisão diagnóstica, a definição de resultados esperados e o planejamento das intervenções de enfermagem. Sua aplicação possibilita ainda a organização e documentação sistemática das informações relacionadas ao cuidado prestado.

O Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN nº 736/2024, define o Processo de Enfermagem como um método de trabalho que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do enfermeiro, subsidiando o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de alcançar resultados positivos em saúde em todos os cenários onde ocorre o cuidado profissional.

A normativa enfatiza a flexibilidade do Processo de Enfermagem, reconhecendo sua aplicabilidade em diferentes contextos assistenciais e sua capacidade de adaptação às especificidades de cada cenário da prática clínica.

Com a publicação da Resolução nº 736/2024, o termo "Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)" deixou de ser utilizado na normativa, considerando-se que se trata de um conceito ainda abstrato e em construção teórica. Atualmente, o termo oficialmente adotado para designar o método de trabalho da enfermagem é "Processo de Enfermagem".

Todas as etapas do Processo de Enfermagem devem ser formalmente registradas em prontuário físico ou eletrônico, cabendo ao enfermeiro o registro completo das fases do processo, bem como aos demais membros da equipe de enfermagem a realização das Anotações de Enfermagem, incluindo:

- Registro dos cuidados prestados;
- Medicações administradas;

- Justificativa para procedimentos e cuidados não realizados;
- Intercorrências observadas;
- Condutas executadas;
- Checagem das prescrições médicas e de enfermagem;
- Preenchimento de documentos próprios da assistência de enfermagem.

O pensamento crítico, elemento fundamental para operacionalização do Processo de Enfermagem, envolve conhecimentos técnicos, científicos e atitudes investigativas frente aos problemas identificados, permitindo análise criteriosa das evidências e elaboração de julgamentos clínicos seguros e fundamentados.

Nesse contexto, destaca-se que a enfermagem assumiu legalmente a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos vitais. Assim, a acurácia diagnóstica deve constituir preocupação permanente do enfermeiro, considerando que os diagnósticos de enfermagem são avaliações clínicas probabilísticas, sujeitas a imprecisões decorrentes da complexidade e singularidade das respostas humanas.

As respostas humanas apresentam-se de forma dinâmica, holística e individualizada, exigindo do enfermeiro capacidade de análise crítica, observação clínica qualificada e tomada de decisão fundamentada, uma vez que conclusões inadequadas podem resultar em diagnósticos incorretos e impactar diretamente a qualidade e segurança da assistência prestada.

O Processo de Enfermagem caracteriza-se como:

- **Intencional:** direcionado ao alcance de objetivos e resultados específicos relacionados ao cuidado;
- **Sistemático:** desenvolvido por meio de etapas organizadas e interdependentes;
- **Dinâmico:** sujeito a mudanças contínuas conforme a evolução clínica da pessoa assistida;
- **Interativo:** fundamentado na relação entre enfermeiro, paciente, família e equipe multiprofissional;
- **Flexível:** aplicável em diferentes cenários assistenciais e especialidades;

- **Baseado em teorias:** sustentado por referenciais teóricos da enfermagem e de outras áreas do conhecimento.

No contexto das urgências e emergências, a operacionalização do Processo de Enfermagem exige agilidade, raciocínio clínico apurado, priorização adequada e capacidade de tomada de decisão em situações de elevada complexidade e instabilidade clínica.

Durante o exame clínico e a assistência prestada, o enfermeiro deve demonstrar interesse genuíno pela pessoa atendida, exercendo o cuidado com ética, empatia, desvelo e compaixão, respeitando integralmente:

- A cultura;
- A condição social;
- A orientação sexual;
- O gênero;
- A faixa etária;
- As particularidades do momento vivenciado pelo paciente.

Não obstante, o julgamento clínico deve ocorrer livre de preconceitos ou juízos de valor, assegurando atendimento humanizado, seguro, integral e centrado nas necessidades da pessoa assistida.

Dessa forma, o Processo de Enfermagem consolida-se como instrumento essencial para qualificação da assistência nas unidades de urgência e emergência do município de Osasco, contribuindo para organização do cuidado, segurança do paciente, fortalecimento do raciocínio clínico e melhoria contínua da prática assistencial da enfermagem.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS NORMAS E RESOLUÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

A regulamentação do Processo de Enfermagem no Brasil ocorreu de maneira progressiva, acompanhando a evolução científica, ética e legal da profissão. Ao

longo das últimas décadas, diferentes legislações e normativas consolidaram o Processo de Enfermagem como método de trabalho privativo do enfermeiro, fortalecendo a autonomia profissional, a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

A seguir, apresentam-se as principais normas e resoluções relacionadas ao Processo de Enfermagem em ordem cronológica.

2.1 Conselho Federal de Enfermagem — Lei nº 7.498/1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem)

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentou o exercício da enfermagem no Brasil e estabeleceu as atividades privativas do enfermeiro.

Embora não utilize diretamente o termo "Processo de Enfermagem", a legislação trouxe fundamentos essenciais para sua construção ao definir como competência privativa do enfermeiro:

- Planejamento da assistência;
- Organização dos serviços de enfermagem;
- Prescrição da assistência de enfermagem;
- Cuidados diretos a pacientes graves;
- Tomada de decisão clínica.

A lei consolidou juridicamente a autonomia técnica e científica do enfermeiro.

2.2 Decreto nº 94.406/1987 — Regulamentação da Lei do Exercício Profissional

O Decreto nº 94.406/1987 regulamentou a Lei nº 7.498/1986, detalhando atribuições dos profissionais de enfermagem.

O decreto reforçou:

- O planejamento da assistência;
- A prescrição de enfermagem;
- A consulta de enfermagem;

- Os cuidados de maior complexidade técnica como privativos do enfermeiro.

Esse instrumento fortaleceu a operacionalização futura do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde.

2.3 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 272/2002 (Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE)

A Resolução COFEN nº 272/2002 foi um marco importante ao tornar obrigatória a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras.

A normativa estabeleceu que:

- A SAE deveria ser implantada em todas as instituições de saúde;
- O enfermeiro seria responsável pela sua execução;
- A assistência deveria ser organizada de forma científica e sistematizada.

Apesar do avanço, ainda havia certa confusão conceitual entre SAE e Processo de Enfermagem.

2.4 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 358/2009 Dispõe sobre a Regulamentação do Processo de Enfermagem)

A Resolução COFEN nº 358/2009 representou um dos principais marcos normativos da enfermagem brasileira.

Essa resolução:

- Diferenciou SAE de Processo de Enfermagem;
- Definiu oficialmente as cinco etapas do Processo de Enfermagem;
- Tornou obrigatória sua implementação em todos os ambientes onde ocorre cuidado profissional de enfermagem.

As etapas definidas foram:

1. Coleta de dados de enfermagem;

2. Diagnóstico de enfermagem;
3. Planejamento de enfermagem;
4. Implementação;
5. Avaliação de enfermagem.

A resolução destacou que o Processo de Enfermagem deve estar baseado em suporte teórico e científico.

2.5 Ministério da Saúde — Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013)

Embora não seja norma específica sobre Processo de Enfermagem, a Portaria nº 529/2013 fortaleceu sua importância ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

O Processo de Enfermagem passou a ser reconhecido como ferramenta essencial para:

- Prevenção de eventos adversos;
- Rastreabilidade da assistência;
- Comunicação efetiva;
- Segurança clínica;
- Qualidade do cuidado.

Nos serviços de urgência e emergência, o PE tornou-se ainda mais relevante na identificação precoce de riscos e deterioração clínica.

2.6 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 429/2012 (Registro das Ações Profissionais no Prontuário)

A Resolução COFEN nº 429/2012 regulamentou os registros de enfermagem em prontuário.

Determinou:

- Obrigatoriedade dos registros;
- Clareza e rastreabilidade das informações;

- Responsabilidade ética e legal da documentação.

Essa normativa fortaleceu a documentação das etapas do Processo de Enfermagem.

2.7 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 514/2016 (Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem)

A resolução aprovou o Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no prontuário do paciente.

O objetivo foi:

- Padronizar registros;
- Qualificar a documentação;
- Fortalecer respaldo ético e legal;
- Melhorar comunicação entre equipes.

A documentação adequada passou a ser entendida como parte essencial do Processo de Enfermagem.

2.8 Conselho Federal de Enfermagem — Resolução COFEN nº 736/2024 (Atualização das Diretrizes do Processo de Enfermagem)

A Resolução COFEN nº 736/2024 atualizou e modernizou as diretrizes relacionadas ao Processo de Enfermagem.

Principais mudanças:

- Retirada do termo "Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) " como definição do método de trabalho;
- Consolidação do termo "Processo de Enfermagem";
- Reforço do pensamento crítico e julgamento clínico;
- Valorização da flexibilidade do Processo de Enfermagem;
- Ampliação da aplicabilidade em todos os cenários assistenciais;
- Fortalecimento da documentação obrigatória das etapas do processo.

A resolução enfatiza que o Processo de Enfermagem:

- É um método científico de trabalho;
- Orienta o raciocínio clínico do enfermeiro;
- Organiza o cuidado;
- Promove segurança e qualidade assistencial.

3 TEORIAS DE ENFERMAGEM APLICADAS AO PROCESSO DE ENFERMAGEM DA DGUE

As teorias de enfermagem foram desenvolvidas por estudiosos da área ao longo da evolução histórica da profissão e constituem referenciais científicos que sustentam o cuidado, a prática clínica, o ensino, a pesquisa e a organização da assistência de enfermagem.

Essas teorias representam conjuntos estruturados de conceitos, definições e proposições que auxiliam o enfermeiro na compreensão das respostas humanas aos processos de saúde e doença, fornecendo embasamento científico para a tomada de decisão clínica e para a operacionalização do Processo de Enfermagem.

A utilização de referenciais teóricos fortalece a enfermagem como ciência, permitindo que o cuidado seja realizado de forma sistemática, individualizada, humanizada e fundamentada em evidências.

No contexto dos serviços de urgência e emergência, onde o cuidado ocorre de maneira dinâmica e frequentemente em situações críticas, a utilização das teorias de enfermagem contribui para:

- Organização do raciocínio clínico;
- Identificação das necessidades prioritárias;
- Planejamento de intervenções;
- Promoção da segurança do paciente.

No Departamento de Urgências e Emergências do município de Osasco, utilizam-se como principais referenciais teóricos:

- A Teoria das Necessidades Básicas, de Virginia Henderson;
- A Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem;
- A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta.

3.1. Teoria das Necessidades Básicas — Virginia Henderson

A teoria desenvolvida por Virginia Henderson possui grande relevância para a prática clínica da enfermagem moderna.

Virginia Henderson definiu a enfermagem como o auxílio ao indivíduo, saudável ou doente, na realização de atividades que contribuam para a saúde, recuperação ou morte tranquila, atividades estas que ele realizaria sem ajuda caso tivesse força, vontade ou conhecimento suficientes.

Sua teoria baseia-se em 14 necessidades humanas fundamentais, que envolvem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

As necessidades propostas por Henderson incluem:

- Respirar normalmente;
- Alimentar-se e hidratar-se adequadamente;
- Eliminar resíduos corporais;
- Movimentar-se e manter postura adequada;
- Dormir e repousar;
- Vestir-se;
- Manter temperatura corporal;
- Higiene e integridade da pele;
- Segurança;
- Comunicação;
- Espiritualidade;
- Lazer;
- Aprendizado.

No contexto da urgência e emergência, essa teoria auxilia o enfermeiro na identificação rápida das necessidades que estão comprometidas no paciente,

permitindo priorização adequada da assistência, especialmente em situações de instabilidade clínica.

A abordagem de Henderson reforça ainda a importância da promoção da independência do paciente sempre que possível, mesmo em ambientes críticos.

3.2. Teoria do Autocuidado — Dorothea Orem

A Teoria do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, fundamenta-se na capacidade que o indivíduo possui de cuidar de si próprio para manter vida, saúde e bem-estar.

Segundo Orem, a enfermagem torna-se necessária quando o indivíduo apresenta limitações para realizar seu autocuidado de maneira eficaz.

A teoria está estruturada em três componentes:

- Teoria do autocuidado;
- Teoria do déficit de autocuidado;
- Teoria dos sistemas de enfermagem.

O autocuidado compreende ações realizadas pelo próprio indivíduo para manutenção da saúde e prevenção de agravos.

Quando há incapacidade parcial ou total para realizar essas ações, surge o déficit de autocuidado, justificando a atuação da enfermagem. Nos serviços de urgência e emergência, muitos pacientes apresentam déficits temporários ou permanentes relacionados:

- À dor;
- À limitação física;
- À instabilidade clínica;
- Ao sofrimento emocional;
- À perda da autonomia funcional.

Nesse cenário, a teoria de Orem contribui para:

- Identificação do grau de dependência do paciente;
- Planejamento de cuidados individualizados;
- Promoção da recuperação funcional;
- Incentivo à autonomia progressiva;
- Orientação ao paciente e familiares.

A teoria auxilia a nortear o cuidado, tanto na assistência imediata, quanto na preparação para alta e continuidade do cuidado.

3.3. Teoria das Necessidades Humanas Básicas — Wanda Horta

No Brasil, a principal referência teórica do Processo de Enfermagem é a teoria desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta.

Baseada na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow e na teoria do equilíbrio homeostático, Wanda Horta estruturou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, amplamente utilizada na enfermagem brasileira.

A autora compreende o ser humano como um ser biopsicossocioespiritual, cujas necessidades encontram-se inter-relacionadas.

As necessidades humanas básicas são classificadas em:

- Psicobiológicas;
- Psicossociais;
- Psicoespirituais.

A teoria de Wanda Horta possui profunda relação com o Processo de Enfermagem, sendo considerada marco fundamental para sua implantação no Brasil.

A autora definiu o Processo de Enfermagem como dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, voltadas à assistência ao ser humano.

Nos serviços de urgência e emergência, a teoria permite:

- Avaliação integral do paciente;
- Identificação de necessidades prioritárias;

- Reconhecimento das respostas humanas frente ao adoecimento;
- Planejamento de cuidados individualizados;
- Assistência humanizada e integral.

Além dos aspectos clínicos, a teoria valoriza:

- Sofrimento emocional;
- Medo;
- Ansiedade;
- Aspectos sociais;
- Espiritualidade;
- Vínculo terapêutico.

Sua aplicabilidade torna-se especialmente relevante no cuidado ao paciente crítico e em situações de vulnerabilidade.

3.4 Relação das Teorias com o Processo de Enfermagem

As teorias de enfermagem fornecem sustentação científica para todas as etapas do Processo de Enfermagem, contribuindo para:

- Coleta de dados;
- Raciocínio clínico;
- Identificação dos diagnósticos de enfermagem;
- Planejamento assistencial;
- Implementação das intervenções;
- Avaliação dos resultados.

Nos serviços de urgência e emergência, onde as decisões precisam ocorrer de forma rápida, segura e fundamentada, os referenciais teóricos auxiliam na organização do cuidado e na padronização da prática profissional.

A utilização dessas teorias fortalece: a prática baseada em evidências, a autonomia do enfermeiro, a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a humanização do cuidado.

4. FASES OU ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) constitui método científico e sistemático utilizado pelo enfermeiro para organização do cuidado, tomada de decisão clínica e planejamento da assistência. Conforme a Resolução COFEN nº 736/2024, o Processo de Enfermagem é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, contínuas e cíclicas:

- Avaliação de Enfermagem;
- Diagnóstico de Enfermagem;
- Planejamento de Enfermagem;
- Implementação de Enfermagem;
- Evolução de Enfermagem.

Embora descritas de forma sequencial para fins didáticos, essas etapas ocorrem simultaneamente na prática clínica, especialmente nos serviços de urgência e emergência, onde o estado do paciente pode sofrer alterações rápidas e constantes.

4.1. Avaliação de Enfermagem

A Avaliação de Enfermagem corresponde à etapa inicial e contínua do Processo de Enfermagem, caracterizada pela coleta sistemática de dados subjetivos e objetivos relacionados às condições de saúde do paciente, família ou coletividade. Os dados subjetivos são obtidos por meio da entrevista e da escuta qualificada, enquanto os dados objetivos são coletados através do exame físico, observação clínica, exames laboratoriais, exames de imagem, utilização de escalas validadas, protocolos institucionais e demais instrumentos de avaliação.

Trata-se de etapa fundamental para identificação das necessidades humanas, problemas de saúde, fatores de risco e respostas clínicas relevantes ao cuidado de enfermagem, subsidiando o raciocínio clínico, a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento assistencial e a tomada de decisão terapêutica.

No contexto dos serviços de urgência e emergência, a avaliação de enfermagem deve ocorrer de maneira rápida, direcionada, sistematizada e continuamente

reavaliada, considerando a alta rotatividade, a instabilidade clínica dos pacientes e a necessidade frequente de intervenções imediatas. Dessa forma, torna-se essencial priorizar a identificação precoce de sinais de gravidade, alterações hemodinâmicas, comprometimento respiratório, dor, alterações do nível de consciência e demais situações que possam representar risco iminente à vida.

Para realização adequada dessa etapa, o enfermeiro necessita de conhecimento científico, habilidade técnica, capacidade de observação, raciocínio clínico, pensamento crítico e habilidade interpessoal, garantindo uma assistência segura, ética, humanizada e fundamentada em evidências científicas.

A qualidade, validade, relevância e confiabilidade dos dados coletados influenciam diretamente a precisão diagnóstica e a efetividade do planejamento assistencial. Além disso, durante toda a avaliação, o enfermeiro deve atuar de forma ética, acolhedora e livre de julgamentos, respeitando as singularidades culturais, sociais, emocionais e clínicas da pessoa assistida.

Diante da necessidade de qualificação da assistência prestada na rede de urgência e emergência do município de Osasco, observa-se a importância da implantação de um novo impresso padronizado de Avaliação de Enfermagem na Diretoria de Urgência e Emergência. A proposta visa fortalecer a sistematização do cuidado, padronizar registros assistenciais, otimizar a coleta de dados clínicos relevantes e favorecer maior segurança na tomada de decisão do enfermeiro.

A implantação do novo instrumento permitirá maior organização das informações assistenciais, melhoria da rastreabilidade clínica, fortalecimento da comunicação entre equipes multiprofissionais e ampliação da segurança do paciente. Além disso, contribuirá para maior respaldo ético e legal dos profissionais, qualificação dos registros em prontuário e fortalecimento da implementação efetiva do Processo de Enfermagem nos serviços de urgência e emergência.

O novo impresso também favorecerá a identificação precoce de agravamentos clínicos, maior agilidade na priorização dos atendimentos, monitoramento mais eficiente da evolução do paciente e continuidade assistencial entre os diferentes setores da rede de atenção à saúde.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Dessa forma, a implantação do instrumento de Avaliação de Enfermagem representa importante estratégia de qualificação assistencial, alinhada às diretrizes estabelecidas pela Conselho Federal de Enfermagem, às políticas de segurança do paciente e às necessidades assistenciais da Diretoria de Urgência e Emergência do município de Osasco.

Impresso da Avaliação de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência de Osasco (página 1):

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - 1ª ETAPA: AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: Sexo: Gênero:
Nome da Mãe: Estado Civil:
Raça: Escolaridade: Profissão:
Data de Admissão: ___/___/_____
Procedência: Locomoção: ( ) cadeira ( ) maca ( ) deambulando
Diagnóstico médico:
Queixa Principal:
História da Moléstia Atual:
Patologias prévias/Anteoedentes pessoais:
Medicações de uso:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Realiza alguma prática religiosa/espiritual? ( ) Não ( ) Sim Qual?
Necessita de algum acompanhamento religioso/espiritual? ( ) Não ( ) Sim Qual?

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Interação Social:
( ) Interativo ( ) Não faz amizades com facilidade ( ) Prefere ficar sozinho ( ) Não se adapta
Resolução de Problemas:
( ) Toma decisões rapidamente ( ) Demora para tomar decisões ( ) Costuma pedir ajuda para familiares e amigos
( ) Não consegue tomar decisões
Acesso à saúde:
Realiza acompanhamento Médico: ( ) Sim ( ) Não ( ) Utiliza serviço privado ( ) Utiliza exclusivamente o SUS
Conhecimento sobre o seu problema de saúde:
( ) Orientado ( ) Pouco orientado ( ) Prefere não falar sobre o assunto ( ) Prefere que os familiares sejam orientados
Condições que o paciente apresenta para o seu autocuidado:
( ) Independente ( ) Precisa de ajuda para poucas atividades ( ) Precisa de ajuda para muitas atividades
( ) É totalmente dependente
Mudança percebida no humor ou nos sentimentos após ter tomado conhecimento do seu problema de saúde:
( ) Está otimista com o tratamento ( ) Refere estar desanimado ( ) Não aceita o problema ( ) Nega o problema

EXAME FÍSICO

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Regulação neurológica: ( ) Consciente ( ) Confuso/Agitado ( ) Sonolento
( ) Torporoso ( ) Desorientado ( ) Comatoso
Sedado - Motivo:
Tamanho e simetria das pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas - Especificar:
Foto reatividade das pupilas: ( ) Reativas ( ) Arreativas - Especificar:
Sono e repouso
Dificuldades para dormir: ( ) Não ( ) Sim - Especificar:
Motilidade/locomoção: ( ) Independente ( ) Parcialmente independente
( ) Dependente - Especificar:
Hidratação:
Turgor e elasticidade da pele: ( ) Preservado ( ) Diminuído
Estado de hidratação da pele: ( ) Diaforese ( ) Xerodermia
Estado de hidratação de mucosas: ( ) Hidratadas ( ) Desidratadas __/4+
Cuidado Corporal:
Estado de higiene Corporal: ( ) Adequado ( ) Inadequado - Especificar:
Estado de higiene Oral: ( ) Adequado ( ) Inadequado - Especificar:
Estado de higiene Íntima: ( ) Adequado ( ) Inadequado - Especificar:
Banho: ( ) Aspersão ( ) Aspersão em cadeira ( ) Leito

16

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Impresso da Avaliação de Enfermagem da Diretoria Geral de Urgência e Emergência de Osasco (página 2):

Integridade física e integridade cutâneo mucosa:
Presença de lesões: ( ) Não ( ) Sim - Especificar (local/características clínicas/dimensões):

Regulação térmica: ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Febril **Temperatura:**

Tórax e Oxigenação:
Forma: ( ) Sem alterações ( ) Peito escavado ( ) Peito de pombo
Expansibilidade:
( ) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Eupneia ( ) Bradipneia ( ) Taquipneia ( ) Dispneia
( ) Dispneia paroxística noturna ( ) Ortopneia
Ausculta pulmonar:
( ) Murmúrios vesiculares ( ) Roncos ( ) Crepitações ( ) Sibilos ( ) Estridor laríngeo
( ) Em ar ambiente
Oxigenioterapia:
( ) CN___L/min ( ) Máscara___L/min ( ) VNI ( ) VM **Saturação:**

Regulação Vascular:
( ) Acianótico ( ) Cianótico___/4+ ( ) Corado ( ) Hipocorado___/4+ ( ) Anictérico ( ) Ictérico___/4+
Edema: ( ) Não ( ) Sim - Especificar:
Pulso periférico: ( ) Cheio ( ) Filiforme ( ) Presente ( ) Ausente (especificar o membro):
Ausculta cardíaca: ( ) BRNF ( ) Alterações de fonese - Especificar:
( ) Alteração de ritmo - Especificar:
Acesso Venoso Periférico - Local: Data punção:
Acesso Venoso Central - Local: Data de punção:
Distúrbio de coagulação:
( ) Não ( ) Sim - Especificar:
Frequência Cardíaca: **Pressão arterial:**

Abdome e Nutrição:
( ) Normotenso ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Côncavo ( ) Doloroso ( ) Indolor
RHA: ( ) Presentes ( ) Hipoativos ( ) Ausentes
Timpanismo: ( ) Presente ( ) Ausentes ( ) Hipertimpanismo
Dieta:
( ) VO - Especificar: ( ) Boa aceitação ( ) Má aceitação
( ) Nutrição Enteral - Especificar:
( ) GTT ( ) Suspensa - Motivo:

Eliminações:
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Coletor ( ) CVD ( ) CVA ( ) Estoma (especificar):
Fezes (Aspecto/Quantidade/Frequência de eliminação):
( ) CNG Aberta

Regulação imunológica: Imunossupressão ( ) Não ( ) Sim - Especificar:

Percepção (Olfativa/Visual/Auditiva/Tátil/Gustativa/Dolorosa):

Achados Laboratoriais e de imagens relevantes:

ESCALAS APLICADAS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parâmetro	Escore	Escore Total
Abertura Ocular		
Melhor Resposta Verbal		
Melhor Resposta		

ESCALA DE RAMSAY (SEDAÇÃO)
( ) Não se aplica
( ) Grau 1: Sedação Inadequada
( ) Grau de 2 a 4: Sedação Adequada
( ) Grau de 5 a 6: Muito Sedado

ESCALA DE DOR

ESCALA DE CINCINNATI
( ) NORMAL ( ) ALTERADO

ESCALA DE BRADEN
( ) Risco elevado menor ou igual a 9 ( ) Risco elevado entre 10 e 12
( ) Risco moderado entre 13 e 14 ( ) Sem risco > 15

ESCALA DE FUGULIN
ESCORE: ( ) MÍNIMOS: 9 A 14 ( ) INTERM: 15 A 20 ( ) ALTA DEP: 21 A 26
( ) SEMI INTEN: 27 A 31 ( ) INTENSIVO: > 31

AVALIAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (ESCALA DE MADDOX)
Gravidade:

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA DE MORSE
( ) Baixo risco 0-24 pontos ( ) Médio Risco 25-44 pontos ( ) Alto Risco >= 45 pontos

Anotações complementares:

Legenda: BRNF: Bulhas rítmicas normofonéticas; CN: Cateter nasal; CNG: Cateter nasogástrico; CVA: Cateter vesical de alívio; CVD: Cateter vesical de demora; GTT: Gastrostomia; RHA: Ruídos hidroaéreos; VO: Via oral

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

17

4.2. Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem consiste no julgamento clínico realizado pelo enfermeiro acerca das respostas humanas apresentadas pelo indivíduo, família ou comunidade frente aos problemas de saúde e processos de vida.

Segundo a NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem constitui base para seleção das intervenções de enfermagem e definição dos resultados esperados.

Essa etapa exige:

- Raciocínio clínico;
- Interpretação de dados;
- Análise crítica;
- Conhecimento científico;
- Experiência profissional.

O processo diagnóstico envolve:

- Agrupamento de dados;
- Comparação com padrões de normalidade;
- Identificação de sinais e sintomas;
- Formulação de hipóteses diagnósticas;
- Confirmação diagnóstica.

A utilização de sistemas de linguagem padronizada, como a NANDA-I e a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), favorece a comunicação entre profissionais, organização do cuidado e padronização da assistência.

4.3. Planejamento de Enfermagem

O Planejamento de Enfermagem consiste na definição dos diagnósticos prioritários, dos resultados esperados e das intervenções necessárias para atendimento das necessidades identificadas.

Essa etapa envolve:

- Estabelecimento de prioridades assistenciais;
- Definição de metas;
- Seleção de resultados esperados;
- Prescrição das intervenções e cuidados de enfermagem.

As prioridades são definidas conforme:

- Gravidade clínica;
- Risco iminente;
- Necessidades do paciente;
- Potencial de agravamento;
- Impacto sobre outros diagnósticos.

Nos serviços de urgência e emergência, o planejamento deve ser:

- Dinâmico;
- Flexível;
- Individualizado;
- Baseado em evidências científicas;
- Continuamente reavaliado.

Essa etapa organiza o cuidado e direciona as ações da equipe de enfermagem.

4.4. Implementação de Enfermagem

A Implementação de Enfermagem corresponde à execução das ações e intervenções planejadas para alcance dos resultados esperados.

Essa etapa é realizada pela equipe de enfermagem e inclui:

- Cuidados diretos;
- Cuidados indiretos;
- Procedimentos técnicos;
- Monitorização clínica;

- Administração de medicamentos;
- Orientações;
- Prevenção de complicações;
- Supervisão da assistência.

As intervenções podem ser:

- Independentes;
- Dependentes de prescrição médica;
- Interdependentes com outros profissionais da saúde.

Nos serviços de urgência e emergência, a implementação exige:

- Agilidade;
- Organização;
- Comunicação efetiva;
- Capacidade de priorização;
- Atuação segura diante de situações críticas.

Todas as ações executadas devem ser devidamente registradas no prontuário, garantindo rastreabilidade, continuidade assistencial e respaldo ético-legal.

4.5. Evolução de Enfermagem

A Evolução de Enfermagem consiste na avaliação contínua das respostas do paciente frente às intervenções realizadas e aos resultados alcançados.

Essa etapa permite ao enfermeiro:

- Verificar a efetividade dos cuidados;
- Identificar melhora ou piora clínica;
- Reavaliar diagnósticos;
- Modificar intervenções;
- Manter ou suspender condutas.

A evolução deve refletir:

- Condições clínicas atuais;
- Resposta terapêutica;
- Alterações identificadas;
- Resultados obtidos;
- Necessidades persistentes ou novas demandas assistenciais.

Nos serviços de urgência e emergência, a evolução pode ocorrer em intervalos menores devido à instabilidade clínica dos pacientes.

Também deve contemplar situações específicas como:

- Transferência;
- Alta;
- Encaminhamento;
- Óbito.

A evolução de enfermagem constitui importante instrumento de comunicação clínica, continuidade assistencial, segurança do paciente e respaldo profissional.

O presente instrumento, apresentado a seguir, refere-se ao processo de Avaliação de Enfermagem diária, contemplando a Evolução de Enfermagem, as escalas assistenciais aplicáveis e os diagnósticos de enfermagem estabelecidos para os pacientes atendidos nas unidades pertencentes à Diretoria de Urgência e Emergência do município de Osasco.

O documento foi elaborado com a finalidade de padronizar os registros assistenciais de enfermagem, fortalecer a implementação do Processo de Enfermagem e qualificar a assistência prestada nas unidades de urgência e emergência, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Conselho Federal de Enfermagem.

A avaliação diária contempla a coleta sistematizada de dados clínicos, identificação das necessidades assistenciais, monitoramento da evolução do paciente, aplicação de escalas validadas, identificação de riscos, estabelecimento dos diagnósticos de

enfermagem e registro das intervenções implementadas pela equipe de enfermagem.

Além de promover maior organização da assistência, o instrumento visa fortalecer o raciocínio clínico do enfermeiro, favorecer a continuidade do cuidado, ampliar a segurança do paciente, otimizar a comunicação multiprofissional e garantir maior rastreabilidade das informações assistenciais registradas em prontuário.

A utilização padronizada deste documento contribuirá para a qualificação dos registros de enfermagem, melhoria dos indicadores assistenciais, respaldo ético e legal dos profissionais e fortalecimento da assistência baseada em evidências científicas no âmbito da Rede de Urgência e Emergência do município de Osasco.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Instrumento de avaliação diária (página 1):

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DIÁRIA

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: Sexo:

Nome da Mãe: Estado Civil:

Diagnóstico: Leito:

AVALIAÇÃO

Nível de Consciência:
( ) Acordado ( ) Lúcido ( ) Torporoso ( ) Confuso ( ) Desorientado

Movimentação:
( ) Sem Movimentos ( ) Acamado ( ) Contido no leito ( ) Deambula

Alteração cutânea:

Crânio:
( ) Sem anormalidades ( ) Incisão ( ) Lesão no couro cabeludo

Olhos:
( ) Visão normal ( ) Alteração visual ( ) Isocoria ( ) Anisocoria ( ) Fotorreação

Nariz:
( ) Sem anormalidades ( ) Coriza ( ) Alergia ( ) Epistaxe ( ) Outro: _____

Ouvidos:
( ) Acuidade normal ( ) Acuidade alterada ( ) Uso de prótese ( ) Traumas

Boca:
( ) Sem alterações ( ) Próteses ( ) Lesões ( ) Ausência de dentes

Pescoço
( ) Sem alterações ( ) Linfonodos ( ) Estase jugular ( ) Alterações de tireóide

Tórax:
( ) Sem alterações ( ) Expansão normal ( ) Alterações anatômicas ( ) Trauma

Ausculta pulmonar:
( ) Murmúrios vesiculares ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Roncos

Ausculta cardíaca:
( ) BRNF ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Arritmias ( ) Sopro

Abdômen:
( ) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) RHA+ ( ) RHA- ( ) Indolor ( ) Doloroso

Geniturinário:
( ) CVD ( ) Incontinência ( ) Piúria ( ) Hematúria

MMSS:
( ) Normal ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Edema ( ) Amputação ( ) Trauma

MMII:
( ) Normal ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Edema ( ) Amputação ( ) Trauma

DOR:
( ) Sem dor ( ) Leve 0 a 3 ( ) Moderada 4 a 7 ( ) Intensa 8 a 10

23

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Instrumento de avaliação diária (página 2):

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DIÁRIA

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: Sexo:
Nome da Mãe: Estado Civil:
Diagnóstico: Leito:

ESCALAS APLICADAS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCALA DE RAMSAY (SEDAÇÃO)	ESCALA DE DOR
Parâmetro	Escore	Escore Total	( ) Não se aplica	
Abertura Ocular			( ) Grau 1: Sedação Inadequada	
Melhor Resposta Verbal			( ) Grau de 2 a 4: Sedação Adequada	ESCALA DE CINCINNATI
Melhor Resposta Motora			( ) Grau de 5 a 6: Muito Sedado	( ) NORMAL ( ) ALTERADO

ESCALA DE BRADEN	ESCALA DE FUGULIN
( ) Risco elevado menor ou igual a 9 ( ) Risco elevado entre 10 e 12 ( ) Risco moderado entre 13 e 14 ( ) Sem risco > 15	ESCORE: ( ) MÍNIMOS 9 A 14 ( ) INTERM. 15 A 20 ( ) ALTA DEP. 21 A 26 ( ) SEMI INTEN. 27 A 31 ( ) INTENSIVO: > 31
AVALIAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (ESCALA DE MADDOX)	**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA DE MORSE**
Gravidade:	( ) Baixo risco:0-24 pontos ( ) Médio Risco:25-44 pontos ( ) Alto Risco:>= 45 pontos

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

( ) VIDE 1ª AVALIAÇÃO

( ) 1. Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda

Características definidoras:	( ) Autorrelato por escala	Fator relacionado:	( ) Agente biológico lesivo
( ) Posição para aliviar a dor	( ) Auto relato de dor	( ) Agente físico lesivo	( ) Agente químico lesivo

( ) 2. Diagnóstico de Enfermagem: Padrão Respiratório Ineficaz

Características definidoras:	( ) Dispneia	Fator relacionado:	( ) Fadiga
( ) Uso da musculatura acessória	( ) Batimento de asa de nariz	( ) Hiperventilação	( ) Ansiedade

( ) 3. Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Perfusão tecidual cardíaca diminuída.

Característica Definidora:	( ) Dispneia aos esforços	Fator Relacionado:	( ) Redução do débito cardíaco
( ) Pele fria e úmida	( ) Dor	( ) Alteração na resistência vascular periférica	

( ) 4. Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade

Fator Relacionado:	( ) Hospitalização	Característica Definidora	( ) Relato verbal de nervosismo
( ) Falta de informações sobre condição de saúde/doença		( ) Preocupação excessiva	( ) Insônia

( ) 5. Diagnóstico de Enfermagem:

Característica Definidora:	Fator Relacionado:

( ) 6. Diagnóstico de Enfermagem:

Característica Definidora:	Fator Relacionado:

( ) 7. Diagnóstico de Enfermagem:

Característica Definidora:	Fator Relacionado:

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

24

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Instrumento de avaliação diária (página 3):

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DIÁRIA

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: Sexo:
Nome da Mãe: Estado Civil:
Diagnóstico: Leito:

Intervenções	Aprazamento
( ) 1.1) Administrar analgésicos para alívio da dor conforme prescrição médica	
( ) 1.2) Avaliar continuamente a intensidade da dor utilizando a escala	
( ) 1.3) Auxiliar o paciente para encontrar posição confortável para alívio da dor	
( ) 2.1) Monitorar e registrar a frequência respiratória, esforço respiratório, SpO²	
( ) 2.2) Administrar oxigênio conforme prescrição médica	
( ) 2.3) Manter decúbito elevado em ( )°	
( ) 3.1) Posicionar o paciente em semi-Fowler para otimizar a ventilação e a perfusão	
( ) 3.2) Monitorar sinais vitais, especialmente pressão arterial e frequência cardíaca	
( ) 4.1) Fornecer informações sobre seu tratamento de maneira clara	
( ) 4.2) Ajustar o ambiente para reduzir estímulos que possam aumentar a ansiedade	
( ) 4.3) Encorajar a reestruturação cognitiva, substituindo pensamentos negativos por positivos	
( ) 5.1)	
( ) 5.2)	
( ) 5.3)	
( ) 6.1)	
( ) 6.2)	
( ) 6.3)	

1. Resultados Esperados: ( ) Redução da intensidade da dor ( ) Melhora na mobilidade física
( ) Aumento na sensação subjetiva de conforto Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

2. Resultados Esperados: ( ) Manutenção de uma saturação arterial de oxigênio adequada ( ) Melhora da troca gasosa
( ) Manutenção de um estado respiratório funcional Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

3. Resultados Esperados: ( ) Sinais vitais estáveis e ausência de arritmias ( ) Redução ou ausência da dor
( ) Ausência de dispnéia e respiração confortável Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

4. Resultados Esperados: ( ) Redução dos sintomas da ansiedade ( ) Comportamento calmo Comportamento calmo
( ) Expressa sentimentos de alívio e redução do medo Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

5. Resultados Esperados:
Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

6. Resultados Esperados:
Reavaliar em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno

1. EVOLUÇÃO:
Resultados alcançados em ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado
Evidências Clínicas das alterações identificadas:

25

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Instrumento de avaliação diária (página 4):

2. EVOLUÇÃO: **Resultados alcançados em** ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado Evidências Clínicas das alterações identificadas:
3. EVOLUÇÃO: **Resultados alcançados em** ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado Evidências Clínicas das alterações identificadas:
4. EVOLUÇÃO: **Resultados alcançados em** ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado Evidências Clínicas das alterações identificadas:
5. EVOLUÇÃO: **Resultados alcançados em** ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado Evidências Clínicas das alterações identificadas:
6. EVOLUÇÃO: **Resultados alcançados em** ___/___ ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Inalterado Evidências Clínicas das alterações identificadas:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Legenda: BRNF: Bulhas rítmicas normotonéticas CVD: Cateter vesical de demora RHA: Ruídos hidroaéreos SpO^2 Saturação periférica de O^2

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

26

4.6. Anotação de Enfermagem

A Anotação de Enfermagem corresponde ao registro realizado por todos os membros da equipe de enfermagem sobre os cuidados prestados e as respostas apresentadas pelo paciente durante a assistência.

Seu objetivo é:

- Garantir comunicação entre equipes;
- Documentar a assistência realizada;
- Assegurar continuidade do cuidado;
- Fornecer respaldo ético e legal.

As anotações devem incluir:

- Procedimentos realizados;
- Administração de medicamentos;
- Sinais e sintomas observados;
- Intercorrências;
- Condutas executadas;
- Respostas do paciente.

Os registros devem ser:

- Objetivos;
- Claros;
- Cronológicos;
- Completos;
- Legíveis;
- Sem rasuras.

A qualidade dos registros de enfermagem impacta diretamente:

- Segurança do paciente;
- Continuidade assistencial;
- Comunicação multiprofissional;

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

- Indicadores de qualidade;
- Respaldo ético e jurídico da assistência prestada.

Para a execução desta etapa do Processo de Enfermagem serão utilizados dois instrumentos de registro: um destinado ao registro dos sinais vitais, dispositivos e balanço hídrico, e outro destinado à anotação de enfermagem, conforme apresentado a seguir.

Impresso Anotação de Enfermagem:

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:
Nome Social
Data de Nascimento: / / Idade: Sexo:
Nome da Mãe: Estado Civil:
Diagnóstico: Leito:
Data Inserção: CVP: ____/____/____ CNE/CNG: ____/____/____ IOT/TQT: ____/____/____ **Alergia: ( ) Não ( )Sim: _____**
CVC: ____/____/____ CVD: ____/____/____ Dreno: ____/____/____

CONTROLES							ENTRADAS										SAÍDAS						
HORA	Temp	FC	PA	FR	Sat O²	Glicemia Capilar	Dieta	Água									Diurese	Diurese cateter	CNG		Aspiração VAS	Aspiração COT TQT	Hemoderivados
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
Balanço Parcial																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
Balanço Parcial																							

TOTAL ENTRADAS	BALANÇO HÍDRICO 24h
TOTAL SAÍDAS	BALANÇO HÍDRICO CUMULATIVO

Quantidade		Diurese		Evacuação		Secreção				Dispositivos			
(-): ausente	AC:	Aumento Clam	FL	Fezes líquidas	SS	Secreção serosa	A	Secreção amarela	CNE	Cateter nasoentenal	CVD	Cateter vesical de demora	
1+: pouco	Conc:	Concentrada	FP	Fezes pastosas	SPS	Secreção pio serosa	SG	Secreção sanguinolenta	CNG	Cateter nasogástrico	CVP	Cateter venoso periférico	
2+: médio	HEM	Hematúria	FSP	Fezes semi pastosas	SE	Secreção espessa	SSG	Secreção sero sanguinolenta	COT	Cânula orotraqueal	IOT	Intubação orotraqueal	
3+: grande			FEC	Fezes fecaloma	E	Secreção esverdeada	BC	Cor de Borra de café	CVC	Cateter venoso central	TQT	Traqueostomia	
											VAS	Vias Aéreas Superiores	

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Diretoria Geral de Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Impresso Anotação de Enfermagem:

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:		
Nome Social:		
Data de Nascimento: ___/___/______	Idade:	Sexo:
Diagnóstico:	Leito:	

Hora	Atenção: Inicie a anotação com horário; carimbe e assine ao fim da mesma.

29

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

Impresso do Processo de enfermagem – Escalas de Avaliação (página 1):

Escala de Coma de Glasgow

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

PROCESSO DE ENFERMAGEM - ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Nome:
Nome Social:
Data de Nascimento: / / Idade: Sexo:
Nome da Mãe: Estado Civil:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parâmetro	6	5	4	3	2	1	Escore	Escore total
Abertura Ocular			Espontânea	A voz	A dor	Ausente		
Melhor Resposta Verbal		Orientado	Confuso	Palavras inapropriadas	Palavras incompreensíveis	Sem resposta		
Melhor Resposta Motora	Obedece a Comandos	Localiza a dor	Movimento de retirada à dor	Flexão anormal	Extensão anormal	Nenhuma resposta		

ESCALA DE RAMSAY PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SEDAÇÃO

1 - Paciente ansioso, agitado ou impaciente	2 - Paciente cooperativo, orientado e tranquilo	3 - Paciente que responde somente ao comando verbal	4 - Paciente que demonstra resposta ativa a um toque leve na glabela ou a um estímulo sonoro auditivo	5 - Paciente que demonstra resposta débil a um toque leve na glabela ou a um estímulo sonoro auditivo	6 - Paciente que não responde a um toque leve na glabela ou a um estímulo sonoro auditivo	Escore

( ) Grau 1: Sedação Inadequada ( ) Grau de 2 a 4: Sedação Adequada ( ) Grau de 5 a 6: Muito Sedado

ESCALA ANALÓGICA DE DOR



ESCALA DE BRADEN

Fatores de Risco	1	2	3	4	Escore
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma Limitação	
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado	
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
Mobilidade	Imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações	
Nutrição	Muito Pobre	Inadequada	Adequada	Excelente	
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-	

( ) Risco elevado menor ou igual a 9 ( ) Risco elevado entre 10 e 12 ( ) Risco moderado entre 13 e 14 ( ) Sem risco > 15

ESCALA DE FUGULIN

ÁREA DO CUIDADO	1	2	3	4	score
ESTADO MENTAL	INCONSCIENTE	PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIA	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO EM TEMPO E ESPAÇO	ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO	
OXIGENAÇÃO	VENTILAÇÃO MECÂNICA A PRESSÃO OU VOLUME	USO CONTÍNUO DE MÁSCARA OU CATETER	USO INTERMITENTE DE MÁSCARA OU CATETER	NÃO DEPENDENTE DE O2	
SINAIS VITAIS	CONTROLES EM INTERVALOS MENORES OU IGUAIS A 2 HORAS	CONTROLES EM INTERVALOS DE 4 HORAS	CONTROLES EM INTERVALOS DE 6 HORAS	CONTROLES EM INTERVALOS MAIORES QUE 8 HORAS	
MOTILIDADE	INCAPAZ DE MOVIMENTAR QUALQUER SEGMENTO CORPORAL, MUDANÇA DE DECÚBITO E MOVIMENTAÇÃO PASSIVA PROGRAMADA E REALIZADA PELA ENFERMAGEM	DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR SEGMENTOS CORPORAIS, MUDANÇA DE DECÚBITO E MOVIMENTAÇÃO PASSIVA AUXILIADA PELA ENFERMAGEM	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	
DEAMBULAÇÃO	RESTRITO AO LEITO	LOCOMOÇÃO ATRAVÉS DE CADEIRA DE RODAS	NECESSITA DE AUXÍLIO PARA DEAMBULAR	AMBULANTE	
ALIMENTAÇÃO	ATRAVÉS DE CATETER CENTRAL	ATRAVÉS DE SNE	POR BOCA E COM AUXÍLIO	AUTO SUFICIENTE	
CUIDADO CORPORAL	BANHO NO LEITO, HIGIENE ORAL REALIZADA PELA ENFERMAGEM	BANHO NO CHUVEIRO, HIGIENE ORAL REALIZADA PELA ENFERMAGEM	AUXÍLIO NO BANHO DE CHUVEIRO E/OU NA HIGIENE ORAL	AUTO SUFICIENTE	
ELIMINAÇÃO	USO CONTÍNUO DE SONDA VESICAL PARA CONTROLE DE DIURESE	USO DE COMADRE OU ELIMINAÇÃO NO LEITO	USO DE VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	AUTO SUFICIENTE	
TERAPÊUTICA	USO DE DROGAS VASOATIVAS PARA MANUTENÇÃO DE P.A.	E.V. CONTÍNUA ATRAVÉS DE SONDA NASOGÁSTRICA	E.V. INTERMITENTE	I.M. OU V.O.	

ESCORE: ( ) MÍNIMOS 9 A 14 ( ) INTERM. 15 A 20 ( ) ALTA DEP. 21 A 26 ( ) SEMI INTEN. 27 A 31 ( ) INTENSIVO: > 31

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

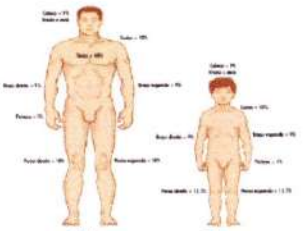
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Impresso do Processo de enfermagem – Escalas de Avaliação (página 1):

Regra dos Nove para Queimaduras e Escala de Cincinnati

REGRA DOS 9 PARA QUEIMADOS



AVALIAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (ESCALA DE MADDOX)

Gravidade	Avaliação
0	Ausência de Reação
1+	Sensibilidade ao toque sobre a porção intra venoso da cânula
2+	Dor contínua sem eritema
3+	Dor contínua com eritema. Veia dura palpável a menos de 8 cm acima do local intravenoso da cânula
4+	Dor contínua com eritema e edema, endurecimento, veia endurecida palpável a mais de 8 cm do local intravenoso da cânula
5+	Trombose venosa aparente, todos os sinais de 4+ e fluxo venoso = 0. Fluxo pode ter sido interrompido devido a trombose
	Retirar acesso quando a gravidade for igual ou superior a 2+ (**fazer crioterapia**)

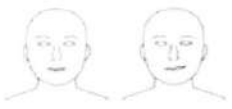
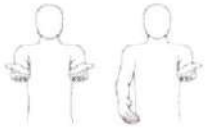
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA DE MORSE

Nº	Categorias		Não	Sim	Score
1	História de Queda nos últimos 3 Meses		0	25	
2	Diagnóstico Secundário		0	15	
3	Ajuda na deambulação	Nenhuma/acamado/auxiliado por profissional de saúde	0	0	
		Bengala, muleta ou andador	0	15	
		Mobiliário/parede	0	30	
4	Terapia venosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		0	20	
5	Marcha	Normal, sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0	0	
		Fraca	0	10	
		Comprometida, cambaleante	0	20	
6	Estado mental	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0	0	
		Superestima capacidade, esquece limitações	0	15	
			Soma		

Baixo risco: 0-24 pontos **Médio Risco: 25-44 pontos** **Alto Risco: >= 45 pontos**

ESCALA DE CINCINNATI

Escala de Cincinatti (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)

De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do Futebol	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

31

REFERÊNCIAS

1. BENEDET, Silvana A.; BUB, Maria Bettina Camargo. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

2. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 09 jun. 1987.

3. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

4. BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2009.

6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2012.

7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, DF: COFEN, 2016.

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736/2024. Atualiza as diretrizes para implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024.

9. Dorothea Orem. Nursing: concepts of practice. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

10. GORDON, Marjory. Nursing diagnosis: process and application. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.

11. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 02 abr. 2013.

12. MOORHEAD, Sue et al. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

13. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

14. Virginia Henderson. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro: ABEn, 1962.

15. Wanda de Aguiar Horta. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

Prefeitura de Osasco
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Urgência e Emergência

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 18/06/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Pesquisa e Elaboração

Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF
Enfa. Andressa Albuquerque L. Morelis COREN-SP 399535 - ENF	Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF

Revisão e Formatação

Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF
Enfa. Andressa Albuquerque L. Morelis COREN-SP 399535 - ENF	Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF

Aprovação

Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enf. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

34

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

PORTARIA SS Nº 40 de 20 de agosto de 2026

Dispõe sobre a Aprovação e implantação do Protocolo nº 028 – Protocolo de Atendimento pelo Modelo Fast Track nas Unidades de Urgência e Emergência da DGUE, e dá providências correlatas.

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OSASCO**, no uso das atribuições legais e regulamentares que lhe são conferidas,

Considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo as ações e serviços de saúde observar os princípios da universalidade, integralidade, equidade, preservação da autonomia das pessoas e igualdade da assistência, nos termos da Constituição Federal e da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e orienta a organização dos serviços de urgência, incluindo acolhimento, avaliação de risco, priorização assistencial e pactuação de fluxos;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, com diretrizes de acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgência e emergência;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, assegurando atendimento humanizado, acolhedor, livre de discriminação e com comunicação adequada;

Considerando a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e a Resolução RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013,

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e para a melhoria da qualidade da assistência;

Considerando a Resolução Cofen nº 661, de 9 de março de 2021, que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco, observadas as competências profissionais e o protocolo institucional adotado;

Considerando a necessidade de organizar fluxo assistencial diferenciado para pacientes de baixa complexidade, previamente avaliados no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, sem sinais de alerta e compatíveis com atendimento ágil, resolutivo e seguro;

Considerando a necessidade de reduzir tempos de espera e permanência de pacientes de baixa complexidade, racionalizar o uso de consultórios, equipamentos, materiais e recursos humanos, e preservar as áreas destinadas aos atendimentos urgentes e emergentes;

Considerando que o Protocolo nº 028 estabelece critérios objetivos de inclusão, exclusão, permanência, reavaliação, retirada do fluxo, alta segura, responsabilidades profissionais, condutas permitidas, registros assistenciais, indicadores e medidas de segurança do paciente;

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovado e instituído, no âmbito da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Osasco sob gestão da Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE, o Protocolo nº 028 – Protocolo de Atendimento pelo Modelo Fast Track nas Unidades de Urgência e Emergência da DGUE, constante do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º O Protocolo nº 028 aplica-se às unidades de atendimento sob gestão direta e indireta da DGUE, incluindo as unidades gerenciadas por Organização Social de Saúde – OSS, respeitadas as competências institucionais, os contratos de gestão, os protocolos internos e as normas técnicas vigentes.

Art. 3º Para fins desta Portaria, considera-se Fast Track o fluxo assistencial diferenciado destinado ao atendimento ágil de pacientes previamente selecionados, com condição clínica de

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

baixa complexidade, parâmetros clínicos estáveis, ausência de sinais de alerta e compatibilidade com os recursos disponíveis no percurso assistencial rápido.

Art. 4º O encaminhamento ao Fast Track somente poderá ocorrer após Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, realizado por enfermeiro capacitado, conforme protocolo institucional vigente, não podendo a inclusão no fluxo ser determinada exclusivamente pela cor atribuída na classificação de risco.

§ 1º A decisão de inclusão deverá considerar, no mínimo, queixa principal, história clínica, sinais e sintomas, parâmetros vitais, intensidade da dor, antecedentes relevantes, comorbidades, estado geral do paciente, vulnerabilidades, sinais de alerta e recursos necessários para a resolução do atendimento.

§ 2º A elegibilidade para o Fast Track é provisória e deverá ser reavaliada a qualquer momento diante de alteração clínica, piora, permanência prolongada, necessidade de investigação complementar, procedimento de maior complexidade ou incompatibilidade com os critérios estabelecidos no protocolo.

Art. 5º Poderão ser encaminhados ao Fast Track os pacientes que atendam simultaneamente aos critérios de inclusão previstos no Protocolo nº 028, especialmente: idade adulta até 50 anos, classificação Verde ou Azul no Protocolo Institucional de Classificação de Risco, condição de baixa complexidade, estabilidade clínica, parâmetros vitais dentro dos limites de segurança, ausência de sinais de alerta e baixa probabilidade de internação, observação prolongada, monitorização contínua ou transferência para serviço de maior complexidade.

Art. 6º Não deverão ser encaminhados ou mantidos no Fast Track os pacientes que apresentem critérios de exclusão ou condição incompatível com a finalidade e a capacidade assistencial do fluxo, incluindo, entre outras situações previstas no protocolo, criança ou adolescente, gestação ou puerpério, quadro agudo de saúde mental, intoxicação exógena, situação de violência, dor torácica, dispneia, síncope, déficit neurológico, alteração do estado mental, sangramento, trauma de relevância clínica, suspeita de sepse, dor intensa, fragilidade clínica, imunossupressão, comorbidade descompensada, retorno por piora em até 72 horas, necessidade de exames laboratoriais ou de imagem, acesso venoso, terapia endovenosa, procedimento

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

invasivo de maior complexidade, isolamento, avaliação por especialista ou observação prolongada.

Art. 7º As coordenações médica e de enfermagem, em conjunto com a gestão da unidade, deverão assegurar a implantação, implementação e cumprimento do protocolo, definir horários e condições de funcionamento do Fast Track, garantir dimensionamento adequado, promover capacitação inicial e periódica das equipes e monitorar os indicadores assistenciais, operacionais e de segurança.

Art. 8º Compete ao enfermeiro responsável pela Classificação de Risco realizar o acolhimento conforme protocolo institucional vigente, identificar os pacientes elegíveis, excluir do fluxo aqueles com gravidade, instabilidade ou necessidade de recursos não disponíveis, registrar em prontuário a classificação e o direcionamento definidos, priorizar reavaliações e comunicar imediatamente alterações clínicas relevantes.

Art. 9º Compete à equipe médica confirmar a identificação do paciente, realizar avaliação clínica direcionada, confirmar a manutenção da elegibilidade, estabelecer hipótese diagnóstica e plano terapêutico, prescrever medicamentos e procedimentos compatíveis com o fluxo, definir alta, encaminhamento, permanência em observação ou transferência interna, fornecer orientações e registrar de forma clara todas as avaliações, condutas e orientações realizadas.

Art. 10 Compete à equipe de enfermagem, observadas as respectivas competências profissionais, aferir e registrar sinais vitais quando indicado, administrar medicamentos prescritos pelas vias permitidas no protocolo, acompanhar resposta clínica, identificar sinais de deterioração, comunicar intercorrências, apoiar a organização do fluxo, realizar transferência segura quando houver retirada do Fast Track e registrar os cuidados prestados no prontuário.

Art. 11 As intervenções no Fast Track deverão ser compatíveis com a estrutura disponível, a capacidade operacional da equipe, os protocolos institucionais vigentes e os princípios de segurança do paciente, sendo vedada a manutenção no fluxo quando houver necessidade de monitorização contínua, investigação diagnóstica extensa, permanência prolongada ou procedimento de maior complexidade.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Art. 12 A alta do paciente atendido no Fast Track somente deverá ocorrer após confirmação de estabilidade clínica, resposta satisfatória às condutas instituídas e compreensão, pelo paciente e/ou acompanhante, das orientações fornecidas, incluindo cuidados domiciliares, uso de medicamentos, sinais de alerta, necessidade de retorno e continuidade do acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde.

Art. 13 As unidades deverão assegurar registro em prontuário de todas as etapas relevantes do atendimento pelo Fast Track, incluindo classificação de risco, critérios de elegibilidade, avaliações, sinais vitais, medicamentos administrados, resposta terapêutica, intercorrências, orientações, encaminhamentos, retirada do fluxo, evasão, recusa, eventos adversos, quase falhas e não conformidades, quando aplicável.

Art. 14 O funcionamento do Fast Track deverá ser monitorado periodicamente pelas coordenações médica e de enfermagem, pela gestão das unidades e pelos setores responsáveis pela gestão da qualidade, preferencialmente por meio dos seguintes indicadores: número de pacientes atendidos, perfil etário e principais queixas, tempo médio entre a Classificação de Risco e o atendimento médico, tempo médio de permanência no Fast Track, número e percentual de pacientes retirados do Fast Track e incidentes, eventos adversos e não conformidades relacionados ao atendimento.

Art. 15 Os resultados dos indicadores deverão ser avaliados periodicamente, com identificação de tendências, fragilidades do processo e oportunidades de melhoria, podendo os indicadores ser revistos ou ampliados conforme evolução do modelo e disponibilidade das informações institucionais.

Art. 16 Compete à Diretoria Geral de Urgência e Emergência – DGUE, por meio do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos – CIGEP e/ou do setor responsável pela gestão da qualidade e segurança do paciente, manter o controle documental do Protocolo nº 028, apoiar sua divulgação, acompanhar a necessidade de revisão e propor atualização quando houver alteração normativa, assistencial, sanitária, operacional ou de segurança relevante.

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Saúde

Art. 17 Os casos omissos e as situações excepcionais deverão ser avaliados pela gerência da unidade, pelas coordenações técnica médica e de enfermagem, pela Diretoria Geral de Urgência e Emergência e/ou pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme a complexidade do caso.

Art. 18 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 20 de agosto de 2026

Fernando Machado Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

Av. João Batista, nº 480-Centro – Osasco - 06097-095
3699-8901/3699-8995-e-mail: dgue.ss@osasco.sp.gov.br

CIDADE DE
OSASCO
Secretaria de Saúde

2026

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO *FAST TRACK* NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA DGUE

Diretoria Geral de
Urgência e Emergência

CIGEP-DGUE

Centro Integrado de Gestão,
Educação e Projetos
Diretoria Geral de Urgência e
Emergência

11/08/2026

Prefeito da Cidade de Osasco
Gerson Pessoa

Secretário de Saúde
Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde
Enfa. Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência
Enf. Antonio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência
Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerente de Enfermagem
Enfa. Meire Lima da Silva

Assessora Técnica
Enfa. Fabiana Vilela Nascimento

Gerente Médico
Dr. James Willames Pires Barbosa

Coordenador do Centro Integrado de Gestão, Educação e Projetos
Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____

de_____

IOMO nº: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **2**

2 OBJETIVO **3**

2.1 OBJETIVO GERAL 3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3

3 APLICAÇÃO **4**

4 DEFINIÇÕES **4**

4.1 *FAST TRACK* 4
4.2 FLUXO CONVENCIONAL 4
4.3 PACIENTE ELEGÍVEL 5

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO **5**

5.1 CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO 5

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO **6**

6.1 CRITÉRIOS GERAIS DE EXCLUSÃO 6

7 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE **7**

7.1 RESPONSABILIDADES DA COORDENAÇÃO MÉDICA E RESPONSÁVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM 7
7.2 RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 8
7.3 RESPONSABILIDADES DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM 9
7.4 RESPONSABILIDADES DO MÉDICO 9
7.5 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE ADMINISTRATIVA 10

8 CONDUTAS PERMITIDAS **11**

8.1 CONDUTAS MÉDICAS 11
8.2 CONDUTAS DE ENFERMAGEM 12

9 CRITÉRIOS DE REAVALIAÇÃO, RETIRADA DO FLUXO E ALTA SEGURA **12**

9.1 REAVALIAÇÃO DO PACIENTE 13

10 SEGURANÇA DO PACIENTE, RISCOS ASSISTENCIAIS E MEDIDAS PREVENTIVAS **13**

11 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS **15**

REFERÊNCIAS **16**

ANEXO A – FLUXO PARA ATENDIMENTO PELO MODELO *FAST TRACK* 19

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 028
	Aprovado em: 11/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO FAST TRACK NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência enfrentam elevada demanda assistencial, diferentes níveis de gravidade clínica e necessidade permanente de organização dos processos de trabalho. A presença simultânea de pacientes com condições potencialmente graves e usuários com queixas de menor complexidade pode ocasionar aumento do tempo de espera, permanência prolongada na unidade, sobrecarga das equipes e utilização inadequada dos espaços e dos recursos disponíveis. Nesse contexto, torna-se necessário adotar estratégias que promovam maior agilidade, resolutividade e segurança no atendimento, sem comprometer a identificação precoce dos pacientes com sinais de gravidade.

O Fast Track, também denominado fluxo rápido, consiste em uma estratégia assistencial destinada ao direcionamento de pacientes previamente avaliados na Classificação de Risco, com condições clínicas de baixa complexidade e ausência de sinais de alerta, para um percurso diferenciado e mais ágil dentro da unidade. O modelo busca reduzir etapas e deslocamentos desnecessários, organizar as filas, otimizar o tempo de atendimento e favorecer a liberação segura do paciente após avaliação, definição da conduta, orientações e registros assistenciais adequados.

O paciente inicialmente encaminhado ao Fast Track deverá permanecer sob monitoramento clínico durante todo o percurso assistencial. Diante da identificação de sinais de alerta, alteração dos parâmetros vitais, piora do quadro clínico, necessidade de investigação complementar ou incompatibilidade com os critérios estabelecidos neste protocolo, deverá ser imediatamente reavaliado e redirecionado ao fluxo convencional ou para área assistencial compatível com sua condição.

A aplicação deste protocolo deverá observar, ainda, os princípios da segurança do paciente, da humanização, da equidade, da integralidade da assistência e do registro adequado das informações em prontuário. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, reforçando a necessidade

de implantação de processos sistemáticos destinados à prevenção e à redução de incidentes assistenciais.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Padronizar a implantação e o funcionamento do modelo **Fast Track** nas unidades sob gestão da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (DGUE), estabelecendo critérios clínicos e operacionais para identificação, encaminhamento, atendimento, reavaliação e alta segura de pacientes com condições clínicas de baixa complexidade, classificados como pouco urgentes ou não urgentes, sem sinais de alerta ou necessidade imediata de utilização dos recursos do fluxo assistencial convencional.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar um fluxo assistencial diferenciado para pacientes elegíveis ao Fast Track;
- Reduzir o tempo de espera para atendimento e o tempo de permanência dos pacientes de baixa complexidade na unidade;
- Promover atendimento oportuno, resolutivo, humanizado e seguro;
- Reduzir a concentração de pacientes de baixa complexidade nas áreas destinadas ao atendimento de casos urgentes e emergentes;
- Otimizar a utilização dos consultórios, equipamentos, materiais e recursos humanos disponíveis;
- Estabelecer critérios objetivos para inclusão, exclusão, permanência e saída dos pacientes no fluxo *Fast Track*;
- Estabelecer mecanismos para reavaliação clínica e redirecionamento do paciente ao fluxo assistencial convencional, sempre que necessário;
- Definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos no atendimento;

- Promover a utilização racional dos recursos assistenciais, sem prejuízo da qualidade e da segurança do cuidado;
- Contribuir para a redução da sobrecarga assistencial da unidade e para a melhoria da experiência dos pacientes e dos profissionais.

3 APLICAÇÃO

Este protocolo aplica-se às unidades de atendimento sob gestão direta e indireta da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (DGUE), incluindo as gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

4 DEFINIÇÕES

4.1 *Fast Track*

Modelo de organização assistencial destinado ao atendimento ágil de pacientes previamente selecionados, com condições clínicas de baixa complexidade, parâmetros clínicos estáveis e ausência de sinais de alerta.

O *Fast Track* constitui um fluxo assistencial diferenciado dentro da unidade, não se caracterizando como modalidade de classificação de risco, especialidade médica, consulta simplificada ou atendimento de menor importância.

O paciente somente poderá ser direcionado ao *Fast Track* após o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, desde que atenda aos critérios clínicos e operacionais estabelecidos neste protocolo.

4.2 Fluxo Convencional

Percurso assistencial regular da unidade, destinado aos pacientes que não atendam aos critérios de elegibilidade para o *Fast Track* ou que necessitem de avaliação clínica, investigação complementar, monitoramento, procedimentos ou recursos assistenciais não disponíveis no fluxo rápido.

4.3 Paciente Elegível

Paciente que, após o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, atende integralmente aos critérios de inclusão no *Fast Track*, não apresenta critérios de exclusão e possui condição clínica compatível com os recursos assistenciais disponíveis nesse fluxo.

A elegibilidade para o *Fast Track* é provisória e poderá ser reavaliada a qualquer momento durante o atendimento, conforme evolução clínica, identificação de sinais de alerta ou necessidade de recursos não contemplados nesse fluxo.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O paciente deverá ser encaminhado ao *Fast Track* somente após o acolhimento, a avaliação e a classificação de risco, realizados por enfermeiro capacitado, conforme o protocolo institucional adotado pela DGUE.

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de enfermagem, são atividades privativas do enfermeiro.

A elegibilidade para o *Fast Track* deverá ser definida com base na avaliação da queixa principal, da história clínica, dos sinais e sintomas, dos parâmetros vitais, da intensidade da dor, dos antecedentes relevantes, das comorbidades, do estado geral do paciente e dos recursos necessários para a resolução do atendimento.

5.1 Critérios Gerais de Inclusão

Poderá ser encaminhado ao *Fast Track* o paciente que atender, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- Ser adulto, com idade até 50 anos;
- Estar classificado nas prioridades clínicas **Verde (pouco urgente)** ou **Azul (não urgente)**, conforme o Protocolo Institucional de Classificação de Risco;
- Apresentar condição clínica de baixa complexidade;

- Apresentar parâmetros vitais dentro dos limites de normalidade e segurança;
- Apresentar estabilidade clínica, sem sinais de deterioração;
- Não apresentar sinais de alerta ou critérios de gravidade relacionados à queixa principal;
- Apresentar queixa única ou predominante, com história clínica clara e compatível com condição de baixa complexidade;
- Apresentar baixa probabilidade de necessidade de internação, permanência em observação, monitorização contínua ou transferência para outro serviço de maior complexidade.

Observação: "Os parâmetros de sinais vitais, critérios temporais de reavaliação na Classificação de Risco e demais requisitos relacionados ao Acolhimento com Classificação de Risco, obedecerão ao Protocolo Institucional de ACR vigente."

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não deverá ser encaminhado ou mantido no *Fast Track* o paciente que apresente condição clínica, antecedentes, necessidades assistenciais ou situação de vulnerabilidade que sejam incompatíveis com a finalidade e a capacidade assistencial do fluxo *Fast Track*.

6.1 Critérios Gerais de Exclusão

- Ser criança ou adolescente;
- Estar gestante ou em período puerperal;
- Apresentar quadro agudo de saúde mental;
- Intoxicação exógena;
- Situação de violência;
- Dor torácica;
- Dispneia;
- Síncope;

- Déficit neurológico;
- Alteração do estado mental;
- Sangramento;
- Trauma de relevância clínica;
- Suspeita de sepse;
- Dor intensa;
- Apresentar fragilidade clínica;
- Imunossupressão;
- Uso de polifarmácia de risco ou comorbidade descompensada;
- Retornar ao serviço por ausência de melhora ou piora clínica em até 72 horas, ou apresentar múltiplas queixas ou incerteza diagnóstica relevante;
- Necessitar de exames laboratoriais ou de imagem, acesso venoso ou terapia endovenosa, procedimento invasivo de maior complexidade, observação prolongada, medidas de isolamento ou avaliação por especialista.

7 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

A atuação da equipe multiprofissional no *Fast Track* deverá ocorrer de forma integrada, segura e organizada, com definição clara das atribuições de cada profissional envolvido. Todos os atendimentos, avaliações, intervenções e orientações deverão ser devidamente registrados no prontuário do paciente, assegurando a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais e a rastreabilidade das condutas adotadas.

7.1 Responsabilidades da Coordenação Médica e Responsável Técnico de Enfermagem

Compete às Coordenações Médica e Responsável Técnico de Enfermagem:

- Assegurar a implantação, a implementação e o cumprimento deste protocolo;

- Definir, em conjunto com a gestão da unidade, os horários e as condições necessárias para o funcionamento do *Fast Track*;
- Garantir o dimensionamento adequado de profissionais para a manutenção do fluxo assistencial;
- Monitorar os indicadores assistenciais, operacionais e de segurança relacionados ao *Fast Track;*
- Promover a capacitação inicial e periódica das equipes envolvidas;
- Comunicar à equipe quaisquer alterações relacionadas ao funcionamento do *Fast Track.*

7.2 Responsabilidades do Enfermeiro da Classificação de Risco

Compete ao Enfermeiro Responsável pela Classificação de Risco:

- Realizar o Acolhimento com Classificação de Risco conforme protocolo institucional vigente;
- Identificar os pacientes que atendam aos critérios de inclusão no Fast *Track*;
- Excluir do fluxo pacientes que apresentem critérios clínicos de maior gravidade, instabilidade ou necessidade de recursos não disponíveis no percurso assistencial;
- Encaminhar o paciente ao *Fast Track*, registrando em prontuário a classificação de risco realizada e o direcionamento definido;
- Priorizar a reavaliação dos pacientes em caso de piora clínica, intensificação da dor ou surgimento de sinais de alerta durante o tempo de espera;
- Comunicar imediatamente ao médico e à equipe assistencial quaisquer alterações clínicas relevantes identificadas;
- Garantir que pacientes em condições especiais, situações de vulnerabilidade ou com limitações funcionais sejam avaliados individualmente antes do encaminhamento ao *Fast Track*;
- Cumprir as medidas de prevenção e controle de infecção e de segurança do paciente.

A inclusão do paciente no *Fast Track* não deverá ser determinada exclusivamente pela cor atribuída na Classificação de Risco. A decisão deverá considerar a queixa principal, os sinais vitais, a condição clínica, a presença ou ausência de sinais de alerta, a disponibilidade dos recursos assistenciais e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste protocolo.

7.3 Responsabilidades do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

Compete ao Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro:

- Confirmar a identificação do paciente antes de qualquer procedimento;
- Aferir e registrar sinais vitais conforme orientação do enfermeiro ou prescrição médica;
- Administrar medicamentos prescritos, respeitando as boas práticas de segurança;
- Realizar procedimentos compatíveis com sua competência profissional;
- Organizar e repor materiais e insumos necessários ao funcionamento do setor;
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer alteração clínica, queixa, reação adversa ou intercorrência;
- Registrar os cuidados realizados no prontuário;
- Cumprir as medidas de prevenção e controle de infecção e de segurança do paciente.

7.4 Responsabilidades do Médico

Compete ao Médico Responsável pelo Atendimento no *Fast Track*:

- Confirmar a identificação do paciente;
- Realizar avaliação clínica direcionada, considerando a queixa principal, os antecedentes clínicos, o exame físico e a presença de sinais de alerta;
- Confirmar a manutenção da elegibilidade do paciente para o *Fast Track*;
- Estabelecer hipótese diagnóstica e plano terapêutico;

- Prescrever medicamentos e procedimentos previstos no fluxo, conforme indicação clínica;
- Determinar a necessidade de reavaliação clínica;
- Identificar precocemente pacientes que apresentem alteração do quadro clínico ou que necessitem de retirada do *Fast Track*;
- Encaminhar o paciente para área assistencial de maior complexidade, quando necessário;
- Definir a conduta de alta, encaminhamento, permanência em observação ou transferência interna, conforme avaliação clínica;
- Fornecer orientações ao paciente e/ou acompanhante quanto à hipótese diagnóstica, tratamento, cuidados domiciliares, necessidade de retorno e sinais de alerta;
- Cumprir as medidas de prevenção e controle de infecção e de segurança do paciente;
- Registrar de forma clara, completa e objetiva todas as avaliações, condutas e orientações realizadas no prontuário.

7.5 Responsabilidades da Equipe Administrativa

Compete à Equipe Administrativa e aos Demais Setores de Apoio:

- Realizar o cadastro do paciente;
- Conferir os dados de identificação e atualizá-los, quando necessário;
- Orientar o paciente quanto ao local e à sequência do atendimento;
- Apoiar a organização do fluxo, evitando encaminhamentos inadequados;
- Comunicar à equipe assistencial situações de espera prolongada, evasão, conflitos ou dificuldade de localização do paciente;
- Colaborar na organização e reposição de materiais, bem como na manutenção das condições adequadas de funcionamento do ambiente.

8 CONDUTAS PERMITIDAS

O *Fast Track* destina-se ao atendimento de condições clínicas de baixa complexidade, com possibilidade de avaliação, tratamento e definição de conduta em curto período. As intervenções realizadas deverão ser compatíveis com a estrutura disponível no setor, a capacidade operacional da equipe e os protocolos institucionais vigentes.

A identificação da necessidade de monitorização contínua, investigação diagnóstica extensa, permanência prolongada ou realização de procedimentos de maior complexidade deverá determinar a retirada do paciente do *Fast Track* e seu encaminhamento para o fluxo assistencial adequado.

8.1 Condutas Médicas

Poderão ser realizadas no *Fast Track*:

- Realização de anamnese e exame físico direcionados;
- Formulação de hipótese diagnóstica;
- Prescrição de medicamentos por vias oral, intramuscular, subcutânea, tópica ou inalatória, conforme avaliação clínica e protocolos institucionais;
- Emissão de receitas, atestados, declarações e orientações pertinentes ao atendimento;
- Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial ou para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, conforme necessidade;
- Definição de alta após avaliação clínica e resposta satisfatória ao tratamento instituído;
- Encaminhamento para outro setor da unidade quando identificada necessidade de avaliação ou assistência de maior complexidade.

8.2 Condutas de Enfermagem

A equipe de enfermagem poderá realizar as seguintes ações, de acordo com sua competência profissional:

- Verificar e registrar os sinais vitais, sempre que indicado pela condição clínica do paciente;
- Avaliar e reavaliar a intensidade da dor, conforme necessidade clínica;
- Administrar medicamentos prescritos, observando os princípios de segurança na administração de medicamentos, incluindo identificação correta do paciente, alergias, medicamento, dose, via, horário e possíveis contraindicações;
- Acompanhar a resposta clínica do paciente após a administração de medicamentos;
- Observar e comunicar imediatamente ao enfermeiro e ao médico a ocorrência de reações adversas, piora dos sintomas ou alterações clínicas identificadas;
- Identificar precocemente sinais de deterioração clínica e providenciar o encaminhamento do paciente para área assistencial de maior complexidade;
- Auxiliar na organização e priorização do fluxo dos pacientes, considerando a classificação de risco, a condição clínica e o tempo de permanência no setor;
- Realizar a transferência segura do paciente para outro setor quando houver retirada do Fast Track, garantindo a comunicação das informações clínicas relevantes ao profissional responsável pelo recebimento;
- Registrar no prontuário as avaliações realizadas, sinais vitais aferidos, medicamentos administrados, resposta terapêutica, intercorrências, orientações e encaminhamentos realizados.

9 CRITÉRIOS DE REAVALIAÇÃO, RETIRADA DO FLUXO E ALTA SEGURA

A alta deverá ser definida somente após confirmação da estabilidade clínica, resposta satisfatória às condutas instituídas e compreensão, pelo paciente e/ou acompanhante, das orientações fornecidas. Os critérios estabelecidos neste item têm como finalidade garantir que a permanência no *Fast Track* ocorra exclusivamente enquanto houver

compatibilidade entre a condição clínica do paciente e a capacidade assistencial do fluxo, assegurando continuidade do cuidado, rastreabilidade das condutas e segurança do paciente.

9.1 Reavaliação do Paciente

A reavaliação deverá ocorrer sempre que houver:

- Permanência prolongada do paciente no setor;
- Persistência ou agravamento da dor;
- Alteração dos sinais vitais;
- Relato de novo sintoma ou mudança no quadro clínico;
- Piora percebida pelo paciente, acompanhante ou equipe assistencial;
- Solicitação expressa de nova avaliação pelo paciente ou acompanhante.

10 SEGURANÇA DO PACIENTE, RISCOS ASSISTENCIAIS E MEDIDAS PREVENTIVAS

A segurança do paciente deverá ser assegurada em todas as etapas do *Fast Track*, desde o acolhimento até a alta ou transferência para outro setor. A agilidade do atendimento não deverá comprometer a qualidade da avaliação clínica, a comunicação entre os profissionais, a adequada documentação das condutas ou a identificação precoce de sinais de deterioração clínica.

Durante o atendimento, deverão ser observadas as seguintes medidas de segurança:

- Confirmar a identificação do paciente utilizando, no mínimo, dois identificadores antes da administração de medicamentos, realização de encaminhamentos ou alta;
- Verificar e registrar alergias conhecidas e condições clínicas relevantes;
- Manter comunicação clara, objetiva e segura entre os profissionais envolvidos na assistência;

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 028
	Aprovado em: 11/08/2026	**Revisão: 00**	**Revisão prevista: 08/2028**
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO FAST TRACK NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

- Registrar no prontuário todas as avaliações, condutas, medicamentos administrados, respostas terapêuticas, intercorrências, orientações e encaminhamentos realizados;
- Conferir a prescrição médica antes da administração de medicamentos, observando paciente, medicamento, dose, via, horário, indicação, validade, registro e monitoramento da resposta terapêutica;
- Acompanhar o paciente após a administração de medicamentos, especialmente quando houver risco de reação adversa, sonolência, tontura, alterações dos sinais vitais ou piora dos sintomas;
- Realizar reavaliação clínica sempre que houver persistência ou agravamento da dor, alteração dos sinais vitais, surgimento de novo sintoma, permanência prolongada no setor ou ausência de resposta ao tratamento instituído;
- Retirar imediatamente o paciente do Fast Track diante de sinais de instabilidade clínica, deterioração do quadro ou necessidade de recursos assistenciais não disponíveis no setor;
- Garantir a transferência segura das informações quando houver encaminhamento para outra área assistencial, comunicando a queixa principal, classificação de risco, sinais vitais, alergias, medicamentos administrados e motivo da transferência;
- Prevenir quedas, mantendo o ambiente organizado, livre de obstáculos e com condições adequadas de circulação e atendimento;
- Cumprir as medidas de higienização das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual, limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos, descarte adequado de resíduos e demais práticas de prevenção e controle de infecções;
- Fornecer orientações claras no momento da alta, incluindo uso correto de medicamentos, cuidados domiciliares, sinais de alerta, necessidade de retorno e continuidade do acompanhamento na rede de atenção à saúde;

- Confirmar a compreensão das orientações fornecidas, utilizando estratégias de comunicação efetiva, como a solicitação de repetição das informações principais pelo paciente ou acompanhante *(teach back)*;
- Registrar situações de evasão, recusa de atendimento, saída antes da conclusão da assistência ou não adesão às orientações fornecidas;
- Comunicar e notificar incidentes, quase falhas, eventos adversos e não conformidades, conforme o fluxo institucional de notificação.

11 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

O funcionamento do *Fast Track* deverá ser monitorado periodicamente pelas coordenações médica e de enfermagem, pela gestão das unidades e pelos setores responsáveis pela gestão da qualidade, com a finalidade de avaliar sua utilização, desempenho e segurança.

Deverão ser acompanhados, preferencialmente, os seguintes indicadores:

- Número de pacientes atendidos pelo *Fast Track*;
- Perfil dos pacientes atendidos, considerando faixa etária e principais queixas;
- Tempo médio entre a Classificação de Risco e o atendimento médico;
- Tempo médio de permanência no *Fast Track*;
- Número e percentual de pacientes retirados do *Fast Track* e redirecionados para o fluxo convencional ou área de maior complexidade;
- Número de incidentes, eventos adversos e não conformidades relacionadas ao atendimento pelo *Fast Track*.

Sempre que houver disponibilidade da informação nos sistemas institucionais, poderá ser acompanhado também o retorno não programado do paciente à unidade em até 72 horas.

Os resultados deverão ser avaliados periodicamente, permitindo identificar tendências, fragilidades do processo e oportunidades de melhoria. Os indicadores poderão ser revistos ou ampliados conforme a evolução do modelo e a disponibilidade das informações institucionais.

REFERÊNCIAS

1. ALAMRI, Weaam et al. Interventions to reduce emergency department overcrowding and their effects on patient outcomes: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. BMC Emergency Medicine, London, v. 26, art. 169, 2026. DOI: 10.1186/s12873-026-01587-8. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12873-026-01587-8. Acesso em: 5 ago. 2026.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em:
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 5 ago. 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde,2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 5 ago. 2026.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 5 ago. 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos

Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco. Brasília, DF: Cofen, 2021. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/. Acesso em: 5 ago. 2026.

8. CONSIDINE, Julie; KROPMAN, Michelle; KELLY, Elizabeth; WINTER, C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study. Emergency Medicine Journal, London, v. 25, n. 12, p. 815–819, 2008. DOI: 10.1136/emj.2008.057919.
9. GILL, Stephen D. et al. Why do "fast track" patients stay more than four hours in the emergency department? An investigation of factors that predict length of stay. Emergency Medicine Australasia, Melbourne, v. 30, n. 5, p. 641–647, 2018. DOI: 10.1111/1742-6723.12964.

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 ago. 2026.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 5 ago. 2026.

10. KIRKLAND, Scott William; SOLEIMANI, Amir; ROWE, Brian H.; NEWTON, Amanda S. A systematic review examining the impact of redirecting low-acuity patients seeking emergency department care: is the juice worth the squeeze? Emergency Medicine Journal, London, v. 36, n. 2, p. 97–106, 2019. DOI: 10.1136/emermed-2017-207045.
11. O'BRIEN, Debra; WILLIAMS, Aled; BLONDELL, Kerrianne; JELINEK, George A. Impact of streaming "fast track" emergency department patients. Australian Health Review, Melbourne, v. 30, n. 4, p. 525–532, 2006. DOI: 10.1071/AH060525.
12. SÁNCHEZ, M. et al. Effects of a fast-track area on emergency department performance. Journal of Emergency Medicine, New York, v. 31, n. 1, p. 117–120, 2006.
13. WILLIAMS, Dorothy et al. Quality improvement: implementing nurse standard work in emergency department fast-track area to reduce patient length of stay. Journal of Emergency Nursing, St. Louis, v. 48, n. 6, p. 692–701, 2022. DOI: 10.1016/j.jen.2022.07.009.

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 028
	Aprovado em: 11/08/2026	**Revisão: 00**	**Revisão prevista: 08/2028**
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO FAST TRACK NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Pesquisa e Elaboração

Enfa. Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Revisão e Formatação

Enfa. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF	Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF

MANIFESTAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E APROVAÇÃO:

Avaliado pelo NGQSP em 11/08/2026, encaminhado à Diretoria da DGUE com proposta de APROVAÇÃO.

Validação pelo Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - DGUE	
Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF
Enfa. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Zenóbia Cícera Queiroz COREN-SP 253605 - ENF

Aprovação

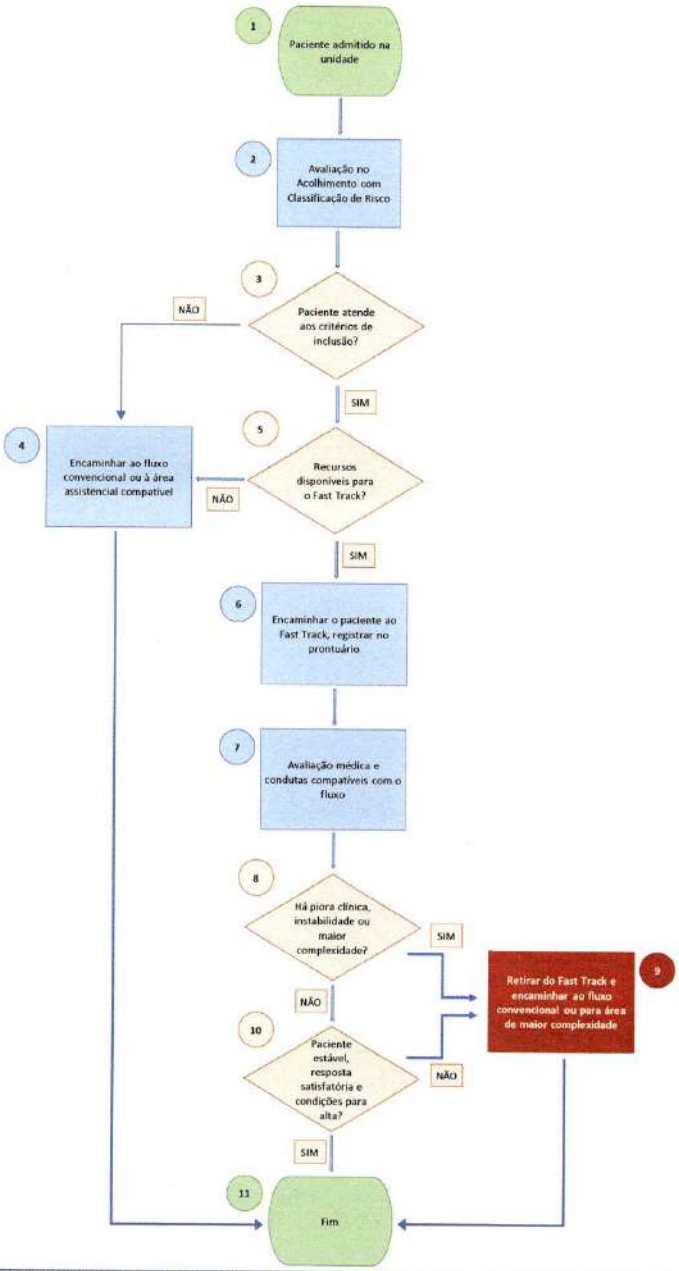
Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enfa. Meire Lima da Silva COREN-SP 279128 - ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - ENF
Diretor Geral	
Enf. Antônio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,

Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário de Saúde

	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 028
	Aprovado em: 11/08/2026	Revisão: 00	Revisão prevista: 08/2028
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO FAST TRACK NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

ANEXO A – Fluxo para Atendimento pelo Modelo *FAST TRACK*



	Prefeitura de Osasco Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 028
	Aprovado em: 11/08/2026	**Revisão: 00**	**Revisão prevista: 08/2028**
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PELO MODELO FAST TRACK NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			

Descrição do Fluxo para Atendimento pelo Modelo *FAST TRACK*

1) Paciente admitido na unidade;

2) Realizar avaliação no Acolhimento com Classificação de Risco;

3) Paciente atende aos critérios de inclusão no *Fast Track*?

Não – 4)

Sim – 5)

4) Encaminhar ao fluxo convencional ou à área assistencial compatível;

5) Há recursos disponíveis para o *Fast Track*?

Não – 4)

Sim – 6)

6) Encaminhar o paciente ao *Fast Track* e registrar no prontuário;

7) Realizar avaliação médica e condutas compatíveis com o fluxo;

8) Há piora clínica, instabilidade ou maior complexidade?

Sim – 9)

Não – 10)

9) Retirar do *Fast Track* e encaminhar ao fluxo convencional ou à área de maior complexidade;

10) Paciente estável, com resposta satisfatória e condições para alta?

Não – 9)

Sim – 11)

11) Fim.

SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Segurança e Controle Urbano

Protocolo Digital nº **2026 0204 3255**

Interessado (a)**: EDNA SILVA DE SOUSA**

Assunto**: CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL SOB Nº 146.895**

Despacho:

1) Diante das informações citadas pelo Sr. Departamento de Fiscalização e Controle Urbano – DFCU, **ACOLHO** e **DEFIRO** pedido de Cancelamento de Inscrição Municipal sob nº **146.895**, referente a comércio ambulante no ramo de **CACHORRO-QUENTE** pelo (a) Sr. (a) **EDNA SILVA DE SOUSA.**

2) Publique-se;

3) Após retorne-se os autos para ciência ao interessado;

4) Arquive-se

Osasco, 23 de outubro de 2026.

JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA
Secretário de Segurança e Controle Urbano

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Secretaria de Segurança e Controle Urbano

Protocolo digital nº **2026 0204 2186**

Interessado (a)**: LUANA MIGUEL VIEIRA**

Assunto**: REMANEJAMENTO DE PONTO.**

Despacho:

1) Acolho as informações fornecidas pela Sra. Diretora do Departamento de Fiscalização e Controle Urbano – DFCU, e **DEFIRO** o pedido de remanejamento de ponto do comércio ambulante no ramo de **DOCES EMBALADOS**.

1) Publique-se;

2) Arquive-se.

Osasco, 23 de outubro de 2026

JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA.
Secretário de Segurança e Controle Urbano

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA
Secretaria de Segurança e Controle Urbano

Protocolo Digital nº **2026 0204 0714**

Interessado (a): **TARIK BARBOSA DE SOUZA**

Assunto: **DEFERIMENTO DE REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA ATIVIDADE DE COMÉRCIO AMBULANTE**.

Despacho:

1) Diante das informações citadas pelo Departamento de Fiscalização e Controle Urbano – DFCU, acolho sugestão e **DEFIRO**, dentro das formalidades legais, a concessão de **LICENÇA PARA COMÉRCIO AMBULANTE** no ramo de **CACHORRO-QUENTE** em nome de **TARIK BARBOSA DE SOUZA.**

2) Publique-se.

3) Segue para as devidas providências.

Osasco, 23 de outubro de 2026.

JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA.
Secretário de Segurança e Controle Urbano

PREFEITURA DE OSASCO
CIDADE DA FAMÍLIA E QUE ABRAÇA

Secretaria de Segurança e Controle Urbano

Protocolo Digital nº: **2026 0203 9952**

Interessado (a): **ROSELI PENHA DOS SANTO**

Assunto: **DEFERIMENTO DE REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA ATIVIDADE DE COMÉRCIO AMBULANTE.**

Despacho:

1) Diante das informações citadas pelo Departamento de Fiscalização e Controle Urbano – DFCU, acolho sugestão e **DEFIRO**, dentro das formalidades legais, a concessão de **LICENÇA PARA COMÉRCIO AMBULANTE** no ramo de **LANCHES E BEBIDAS** em nome de **ROSELI PENHA DOS SANTO.**

2) Publique-se.

3) Segue para as devidas providências.

Osasco, 23 de outubro de 2026.

JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA.
Secretário de Segurança e Controle Urbano

PODER JUDICIÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE INTERDIÇÕES E TUTELAS DO 1º SUBDISTRITO DA SEDE OSASCO/SP

ALEXANDRA LEAL MUSA JECKEL - OFICIAL

Faça saber que pretendem se casar e apresentarão os documentos exigidos pelo art. 1525 do Código Civil Brasileiro.

1º OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA SEDE DE OSASCO/
Christiane Gonzalez Hepner, Interina

Faço saber que pretendem se casar e apresentaram os documentos exigidos pelo art. 1525 do Código Civil Brasileiro.

FABIO DOS REIS CORREIA, solteiro, filho de FRANCISCO RAMOS BARRETO CORREIA e de POCEDONIA MARIA PINTO DOS REIS, residente em Osasco, SP
ELISÂNGELA FREITAS DE SOUZA, solteira, filha de ERISVALDO JOSE DE SOUZA e de ELIZABETH RODRIGUES FREITAS DE SOUZA, residente em Osasco, SP

KEVIN REIF GETARUCK, solteiro, filho de VALMIR GETARUCK e de CARIN REIF GETARUCK, residente em Osasco, SP
JENIFFER LUFRANI DE AZEVEDO, solteira, filha de CLODOALDO FERREIRA DE AZEVEDO e de PATRICIA APARECIDA LUFRANI, residente em Osasco, SP

Se alguém souber de algum impedimento que oponha-o na forma da Lei Lavro o presente para ser afixado na Imprensa Oficial do Municipio de Osasco SP