



IMPRENSA OFICIAL

do Município de Osasco

www.OSASCO.sp.gov.br

GABINETE DO PREFEITO

DECRETO N.º 14.466 DE 13 DE NOVEMBRO DE 2024

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

ROGÉRIO LINS, 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\$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais), de acordo com o §4º do Art. 4º da Lei nº 5.318 de 28 de dezembro de 2023, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

				Dotação	
14	SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL				
14.008	DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL				
14.008.08.422.0032.1.043	Implantação de Novos Serviços da Rede SUAS				
3.3.71.70	RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO	02.510.0000		78.000,00	5247
			TOTAL	78.000,00	

Art. 2º O crédito adicional suplementar de que trata o artigo anterior será coberto com recursos de acordo com o inc. I 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, 13 de novembro de 2024.

Rogério Lins
Prefeito

Bruno Mancini
Secretário de Finanças

José Carlos Vido
Secretário de Assistência Social

DECRETO N.º 14.467, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2024

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

ROGÉRIO LINS, 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\$ 1.387.000,00 (um milhão, trezentos e oitenta e sete mil reais), de acordo com o inc. I do § 1º do Art. 4º e item a do inc. V do Art. 5º da Lei nº 5.318 de 28 de dezembro de 2023, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

					Dotação
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.001	GABINETE DA SECRETARIA DA SAÚDE				
09.001.10.122.0001.2.111	Acordos - Ministério Público				
3.3.90.32	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUI	01.110.0000	35.680,00	715	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE				
09.009.10.302.0016.2.099	Manutenção de Equipamentos Hospitalares				
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	5.750,00	1207	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.006	HOSPITAL E MATERNIDADE AMADOR AGUIAR				
09.006.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos				
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	5.558,00	782	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE				
09.009.10.302.0016.2.148	Residências e Internações				
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	31.044,37	1254	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE				
09.009.10.302.0016.2.148	Residências e Internações				
3.3.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.110.0000	17.102,23	1256	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.006	HOSPITAL E MATERNIDADE AMADOR AGUIAR				
09.006.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos				
3.3.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.110.0000	255.000,00	792	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE				
09.015.04.122.0001.2.003	Manutenção do Transporte Administrativo				
3.3.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.110.0000	552.000,00	1565	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE				
09.009.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos				
3.3.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.110.0000	144.500,00	1132	
09	SECRETARIA DA SAÚDE				
09.008	DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE				
09.008.10.301.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos				
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	340.365,40	927	
TOTAL			1.387.000,00		

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, conforme abaixo:

09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.008	DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE					
09.008.10.301.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.310.0000	698.621,80	940		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.010	DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
09.010.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.310.0000	36.823,32	1358		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.006	HOSPITAL E MATERNIDADE AMADOR AGUIAR					
09.006.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.310.0000	4.400,00	807		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.008	DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE					
09.008.10.301.0017.2.163	Serviços Médicos e Terapêuticos					
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.310.0000	22,57	1054		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.008	DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE					
09.008.10.301.0017.1.002	Reforma e Ampliação de Unidades					
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	13,00	955		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE					
09.015.10.122.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.310.0000	13.208,00	1571		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.001	GABINETE DA SECRETARIA DA SAÚDE					
09.001.10.122.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.310.0000	838,80	681		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.010	DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
09.010.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.310.0000	24.867,00	1379		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE					
09.009.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
3.3.90.93	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	01.310.0000	6.345,98	1133		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.009	DIRETORIA GERAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE					
09.009.10.302.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.310.0000	1.212,04	1136		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE					
09.015.10.122.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.310.0000	8.800,00	1595		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE					
09.015.10.304.0018.2.030	Vigilância Sanitária					
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.300.0000	172.056,45	1697		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE					
09.015.10.305.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos					
4.4.90.52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	01.310.0000	829,00	1743		
09	SECRETARIA DA SAÚDE					
09.010	DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
09.010.10.302.0016.2.072	Gestão Compartilhada de Unidades de Urgência e Emergência					

3.3.50.85	CONTRATO DE GESTÃO	01.310.0000	1.360,18	1427
09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.010	DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
09.010.10.302.0016.2.157	Serviço de Remoção			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	69,54	1457
09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE			
09.015.10.305.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos			
3.3.90.30	MATERIAL DE CONSUMO	01.310.0000	2.283,83	1723
09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.015	DIRETORIA GERAL DA GESTÃO DE SAÚDE			
09.015.10.122.0001.2.002	Manutenção de Atividades e Serviços Administrativos			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.310.0000	630,00	1579
09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.008	DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE			
09.008.10.305.0006.2.001	Remuneração, Benefícios e Encargos			
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	01.110.0000	225.276,00	1105
18	ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO			
18.002	RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SECRETARIA DE ADMINISTR			
18.002.04.331.0006.2.120	Estágio e Aprendizagem			
3.3.90.48	OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOA FÍSICA	01.110.0000	189.342,49	3351
	TOTAL		1.387.000,00	

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

Osasco, 14 de novembro de 2024.

Rogério Lins
Prefeito

Bruno Mancini
Secretário de Finanças

Fernando Machado de Oliveira
Secretário de Saúde

DECRETO N.º 14.468, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2024

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

Rogério Lins, 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\$ 5.500.000,00 (cinco milhões, quinhentos mil reais), de acordo com o inc. I do § 1º do Art. 4º e item a do inc. V do Art. 5º da Lei nº 5.318 de 28 de dezembro de 2023, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

				Dotação
09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.012	DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
09.012.10.303.0020.2.052	Distribuição de Medicamentos			
3.3.90.32	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUI	01.310.0000	5.500.000,00	1546
			TOTAL	5.500.000,00

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

09	SECRETARIA DA SAÚDE			
09.007	HOSPITAL MUNICIPAL ANTÔNIO GIGLIO			
09.007.10.302.0016.2.070	Gestão Compartilhada de Unidade Hospitalar			
3.3.50.85	CONTRATO DE GESTÃO	01.110.0000	5.500.000,00	904
			TOTAL	5.500.000,00

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

Osasco, 14 de novembro de 2024.

Rogério Lins
Prefeito

Bruno Mancini
Secretário de Finanças

Fernando Machado de Oliveira
Secretário de Saúde

DECRETO N.º 14.469, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2024

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

ROGÉRIO LINS, 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\$ 435.985,22 (quatrocentos e trinta e cinco mil, novecentos e oitenta e cinco reais e vinte e dois centavos), de acordo com o inc. I do § 1º do Art. 4º e inc. III do Art. 5º da Lei nº 5.318 de 28 de dezembro de 2023, observando-se as classificações institucional, econômica e funcional-programática, conforme segue:

					Dotação
18	ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO				
18.001	RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SECRETARIA DE FINANÇAS				
18.001.04.123.0053.0.001	Serviços da Dívida Pública				
3.2.91.21	JUROS SOBRE A DÍVIDA POR CONTRATO - INTRA OFSS	01.110.0000	139.615,40	3305	
18	ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO				
18.001	RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SECRETARIA DE FINANÇAS				
18.001.04.123.0053.0.001	Serviços da Dívida Pública				
4.6.91.71	PRINCIPAL DA DÍVIDA CONTRATUAL RESGATADA - INTRA C	01.110.0000	296.369,82	3309	
TOTAL			435.985,22		

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, conforme abaixo:

18	ENCARGOS GERAIS DO MUNICÍPIO				
18.001	RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA SECRETARIA DE FINANÇAS				
18.001.04.123.0053.0.001	Serviços da Dívida Pública				
3.2.90.22	OUTROS ENCARGOS SOBRE A DÍVIDA POR CONTRATO	01.110.0000	435.985,22	3303	
TOTAL			435.985,22		

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

Osasco, 14 de novembro de 2024.

Rogério Lins
Prefeito

Bruno Mancini
Secretário de Finanças



RESUMO DAS PORTARIAS 14.11.2024

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

RESOLVE:

EXONERAR:

PORTARIA Nº 3280/24 - EXONERAR, A PEDIDO, RAQUIRIA SILVA DE FREITAS VIEIRA, 194.304 do cargo de provimento efetivo de **PDI I** - da Secretaria de Educação. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **11 de Novembro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3281/24 - EXONERAR, A PEDIDO, SILVIA DOS SANTOS OLIVEIRA, 130.656 do cargo de provimento efetivo de **ATENDENTE** - da Secretaria de Saúde. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **30 de Outubro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3282/24 - EXONERAR, RINALDO PEDRO DA SILVA, do cargo em comissão de **GERENTE DE REVISÃO E APERFEIÇOAMENTO INSTITUCIONAL** - da Secretaria de Planejamento e Gestão. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3284/24 - EXONERAR, CARLA CARVALHO DE OLIVEIRA NEVES, do cargo em comissão de **SECRETÁRIO ADJUNTO DE EMPREGO, TRABALHO E RENDA** - da Secretaria de Emprego, Trabalho e Renda. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3286/24 - EXONERAR, A PEDIDO, BRUNO LEONARDO TONIOLO, 202.194 do cargo em comissão de **GERENTE DE DESBUROCRATIZAÇÃO DA GESTÃO E INVOÇÃO** - da Secretaria de Planejamento e Gestão. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

EXONERAR/NOMEAR:

PORTARIA Nº 3287/24 - EXONERAR o (a) Senhor (a) **EDNEIA DOS SANTOS LUCENA**, do cargo em comissão de **COORDENADOR PEDAGÓGICO I DA CEMEI ALICE MANHOLER PITERI**, da **Secretaria de Educação** na data de 05/11/2024. **NOMEÁ-LO (A)** nos termos do artigo 20, II, da Lei Municipal Nº 836, de 17 de abril de 1969 e suas posteriores alterações, para exercer o cargo em comissão de **VICE DIRETOR DE ESCOLA I DA CEMEI ALICE MANHOLER PITERI**, junto à **Secretaria de Educação** a partir de 06/11/2024. Esta portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

NOMEAR:

PORTARIA Nº 3283/24 - NOMEAR nos termos do artigo 20, II, da Lei Municipal Nº 836, de 17 de abril de 1969 e suas posteriores alterações, o (a) Senhor (a) **CARLOS AUGUSTO SAMPAIO PEREIRA, RG. 286.077.008-98**, para exercer o cargo em comissão de **GERENTE DE REVISÃO E APERFEIÇOAMENTO INSTITUCIONAL**, da (do) **Secretaria de Planejamento e Gestão**. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir de **15 de Novembro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3285/24 - NOMEAR nos termos do artigo 20, II, da Lei Municipal Nº 836, de 17 de abril de 1969 e suas posteriores alterações, o (a) Senhor (a) **JOSÉ TADEU DAS NEVES, RG. 11.376.578-2**, para exercer o cargo em comissão de **SECRETÁRIO ADJUNTO DE EMPREGO, TRABALHO E RENDA**, da (do) **Secretaria de Emprego, Trabalho e Renda**. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir de **15 de Novembro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3288/24 - NOMEAR nos termos do artigo 20, II, da Lei Municipal Nº 836, de 17 de abril de 1969 e suas posteriores alterações, o (a) Senhor (a) **CRISTINA POLETO DE OLIVEIRA, RG. 23.273.277-2**, para exercer o cargo em comissão de **VICE DIRETOR DE ESCOLA II DA CEMEI PROFª. MARIA APARECIDA DE CAMARGO DAMY RODRIGUES**, da (do) **Secretaria de Educação**. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **13 de Novembro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

PORTARIA Nº 3289/24 - NOMEAR nos termos do artigo 20, II, da Lei Municipal Nº 836, de 17 de abril de 1969 e suas posteriores alterações, o (a) Senhor (a) **RAFAELA HONORATO RODRIGUES DE OLIVEIRA SILVA, RG. 43.513.499-1**, para exercer o cargo em comissão de **COORDENADOR PEDAGÓGICO I DA EMEI IGNÊS COLLINO**, da (do) **Secretaria de Educação**. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a **11 de Novembro do ano em curso**, revogadas as disposições em contrário.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO****SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 3.435/2024

INTERESSADO: SOMAPAY Sociedade de Crédito Direto S.A.

ASSUNTO: Autorização para Concessão de Empréstimo Consignado e Cartão Consignado

DESPACHO: Em atendimento ao disposto na Lei nº 5153, de 10 de dezembro de 2021 e considerando os elementos constantes do procedimento administrativo, **AUTORIZO** a celebração de convênio entre a **Municipalidade** e a **SOMAPAY Sociedade de Crédito Direto S.A.**, CNPJ 44.705.774/0001-93, para fins de concessão de empréstimo consignado e cartão consignado, pelo período de **12 (doze) meses**.

A seguir encaminhe o presente à Procuradoria Geral do Município para as demais providências.

Osasco, 07 de novembro de 2024.

CLÁUDIO MONTEIRO JR.

Secretário de Administração



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 02.649/2024

INTERESSADO: DARH / SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

ASSUNTO: AQUISIÇÃO DE CERTIFICADO DIGITAL e-CNPJ TIPO A1

AUTORIZAÇÃO DE COMPRA

À vista dos elementos contidos no presente Processo Administrativo, com fundamento no Artigo 75, Inciso II, em atendimento ao disposto no Artigo 72, Inciso VIII, ambos da Lei Federal nº 14.133/2021, **AUTORIZO** que sejam adotadas as medidas cabíveis para a contratação direta da empresa **ALVES & OLIVEIRA SOLUÇÕES DIGITAIS E VENDA EQUIPAMENTOS LTDA**, declarada vencedora, inscrita no CNPJ nº **46.504.481/0001-73**, pelo valor de R\$ **45,00 (quarenta e cinco reais)**.

PUBLIQUE-SE, e a seguir encaminhe o presente à **Secretaria de Finanças** para providências cabíveis.

Osasco, 11 de novembro de 2024.

CLÁUDIO MONTEIRO JR.
Secretário de Administração

SECRETARIA EXECUTIVA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO****SECRETARIA EXECUTIVA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA****PORTARIA INTERNA Nº 43/2024**

Erica Fernanda Ursulino Lemos, Secretária Executiva da Pessoa com Deficiência, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, torna pública a seguinte decisão:

Em relação a **Portaria Nº 2944/2024**:

Determino a substituição do servidor **Erlan Severino de Lira – Matrícula nº 186.349** pelo servidor **Luís Fernando Garcia – Matrícula nº 199.474**, como Conselheiro Titular do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – COMPED representando a Secretaria Executiva da Pessoa com Deficiência – SEPCD.

Determino a substituição da servidora **Sylvia Valentina Schutz Camillo – Matrícula nº 183.782** pelo servidor **Erlan Severino de Lira – Matrícula nº 186.349**, como Conselheiro Suplente do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – COMPED representando a Secretaria Executiva da Pessoa com Deficiência – SEPCD.

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Osasco, 14 de novembro de 2024.

ERICA FERNANDA URSULINO LEMOS**Secretária Executiva da Pessoa com Deficiência**



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Criado pela Lei Municipal nº 5.175 de 20 de junho de 2022



RESOLUÇÃO Nº 003/2024

O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – COMPED, em conformidade ao que determina o seu Regimento Interno vem por meio do presente tornar público o pedido de renúncia de **Sylvia Valentina Schutz Camillo** ao cargo de **Conselheira Suplente**, representando a **Secretaria Executiva da Pessoa com Deficiência – SEPCD**. A renúncia foi formalizada por meio do Termo de Renúncia entregue em mãos ao Secretário Administrativo do COMPED em 08 de novembro de 2024. Dessa forma tornamos público a vacância do cargo de **Conselheiro (a) Suplente, representando a Secretaria Executiva da Pessoa com Deficiência – SEPCD** conforme estabelecido no **Artigo 46º** de seu **Regimento Interno**.

Osasco, 08 de novembro de 2024.

LUÍS FERNANDO GARCIA
Secretário Administrativo



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Criado pela Lei Municipal nº 5.175 de 20 de junho de 2022





CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Criado pela Lei Municipal nº 5.175 de 20 de junho de 2022



RESOLUÇÃO Nº 004/2024

O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – COMPED, em conformidade ao que determina o seu Regimento Interno vem por meio do presente tornar público o pedido de renúncia de **Luís Fernando Garcia** ao cargo de **Secretário Administrativo**. A renúncia foi formalizada por meio do Termo de Renúncia entregue em mãos para a Secretária Executiva da Pessoa com Deficiência, Erica Fernanda Ursulino Lemos em 14 de novembro de 2024. Dessa forma tornamos público a vacância do cargo de **Secretário Administrativo** conforme estabelecido no **Artigo 46º** de seu **Regimento Interno**.

Osasco, 14 de novembro de 2024.



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Criado pela Lei Municipal nº 5.175 de 20 de junho de 2022



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Criado pela Lei Municipal nº 5.175 de 20 de junho de 2022



TERMO DE RENÚNCIA

Eu, **Luis Fernando Garcia**, Matrícula nº **199.474**, abaixo assinado, renuncio ao cargo de Secretário Administrativo do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Com Deficiência (COMPED), para o qual fui indicado para gestão do Biênio 2022/2024 e cuja nomeação foi publicada no Imprensa Oficial do Município de Osasco – IOMO nº 2681 em 31 de julho de 2024. Minha renúncia foi comunicada oficialmente para a Secretária Executiva da SEPCD, Érica Fernanda Ursulino Lemos, no dia 14 de novembro de 2024.

Sem mais nada a declarar,

Atenciosamente,

Osasco, 14 de novembro de 2024


LUIS FERNANDO GARCIA
Secretário Administrativo

SECRETARIA EXECUTIVA DE COMPRAS E LICITAÇÕES**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO**
SECRETARIA EXECUTIVA DE COMPRAS E LICITAÇÕES**AVISO DE ADIAMENTO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO**
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 90040/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 00.428/2024 – PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO –
**OBJETO: AQUISIÇÃO DE BRINQUEDOS PARA A CAMPANHA DE NATAL, CONFORME
DESCRIÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA**, conforme Especificações e Condições constantes do
Edital e seus Anexos, fica adiada a data **da ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA**, para o dia
29/11/2024 às 10h00min, que estará à disposição dos interessados nos **sítios:**
www.comprasnet.gov.br e www.transparencia.osasco.sp.gov.br - Envio das Propostas de Preços pelo
site www.comprasnet.gov.br, com DATA DO INÍCIO DO PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA
ELETRÔNICA: **18/11/2024** e DATA E HORA DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: **29/11/2024 às
10h00min**, em razão de alteração no Edital após pedido de esclarecimento.

Osasco, 14 de novembro de 2024.

Meire Regina Hernandes
Secretária Executiva de Compras e Licitações



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE COMPRAS E LICITAÇÕES
GABINETE DA SECRETÁRIA

PORTARIA INTERNA 18/2024

“Dispõe sobre a indicação dos servidores que serão responsáveis pelo planejamento das contratações para o objeto MATERIAL ELÉTRICO”.

MEIRE REGINA HERNANDES, Secretária Executiva de Compras e Licitações, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

RESOLVE:

Indicar os servidores que serão responsáveis pela elaboração do planejamento das contratações para o objeto Material Elétrico, da Secretaria Executiva de Compras e Licitações e Secretaria de Serviços e Obras, conforme seguem:

Ivan dos Santos Lima – Matrícula n.º 188.763 – SSO

Suelânya Patrícia de Medeiros Silva Cinque – Matrícula n.º 200.856 – SECOL

Evelyn Lucy Vasconcelos Braga – Matrícula n.º 196.963 – SECOL

Alexandre José de Oliveira – Matrícula n.º 201.146 – SECOL

Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

SECRETARIA DE HABITAÇÃO**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO**
SECRETARIA DE HABITAÇÃO**ATA DA SESSÃO DE REABERTURA DAS DOCUMENTAÇÕES.****CHAMAMENTO PÚBLICO – CREDENCIAMENTO Nº 002/2024**
PROCESSO Nº 2.874/2024

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESA (S) DO RAMO DE CONSTRUÇÃO CIVIL PARA ELABORAÇÃO DE PROJETO E CONSTRUÇÃO DE UNIDADES HABITACIONAIS DE INTERESSE SOCIAL, DESTINADAS AO PÚBLICO ALVO DEFINIDO PARA O PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA, INSTITUÍDO PELA LEI FEDERAL Nº 14.620, DE 13 DE JUNHO DE 2023, COM RECURSOS DO FUNDO DE ARRENDAMENTO RESIDENCIAL (FAR).

Ao décimo quarto dia do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e quatro, às 09:00 horas, reuniram-se, na Sala de Reunião da Secretaria Municipal de Habitação, localizado na Av. Alameda dos Ypês, nº 28 – Vila Osasco – Osasco/SP, os membros da Comissão Avaliadora para Credenciamento de Construtoras no Programa MCMV, instituída pela Portaria Interna – SEHAB nº 002/2024, publicada na Imprensa Oficial do Município de Osasco – IOMO, do dia 28 de agosto de 2024 – edição nº 2700, todos ao final nomeados, para a condução dos trabalhos referentes ao Credenciamento supramencionado. Aberta a sessão, verificou-se a presença das seguintes licitantes: **NOVOLAR INCORPORACOES E CONSTRUCOES LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.318.181/0001-12, neste ato representada pela Sra. Edinete Freires da Silva, credenciada para os LOTE 01, LOTE 02 e LOTE 03; **HABRAS – HABITA BRASIL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.663.420/0001-58, neste ato representado pela Sra. Érica Galdeano Firmino, credenciada para o LOTE 01, LOTE 02 e LOTE 03; A comissão registra que, em obediência à disposição contida nos §§ 2º e 5º do Art. 17 da Lei Federal nº 14.133/2021, a gravação em áudio e vídeo da sessão pública será juntada aos autos do processo licitatório e disponibilizada em site oficial.

A Comissão apresenta aos licitantes o resumo de habilitação e classificação, sendo todos os licitantes habilitados e a Construtora **NOVOLAR INCORPORAÇÕES E CONSTRUÇÕES LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.318.181/0001-12, neste ato representada pela Sra. Edinete Freires da Silva, credenciada para os LOTE 01, LOTE 02 e LOTE 03, classificada por ter obtido 10 (dez) pontos na classificação geral.

A comissão informa que o período para impugnação é de 8 (oito) dias a contar da presente data. Publique-se.

José Antonio Tavares dos Reis
Presidente da Comissão



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE HABITAÇÃO

Membros:

André Luís Nicézio Borges

Ivo Salvador da Silva

Lucivan Aparecido Rodrigues Oliveira

Licitantes:

NOVOLAR INCORPORACOES E CONSTRUCOES LTDA.

Edinete Freires da Silva – RG: 30.970.734-1 - CPF: 319.247.568-46

HABRAS – HABITA BRASIL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA.

Érica Galdeano Firmino – RG: 32.323.970-5 - CPF: 315.588.438-09



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE HABITAÇÃO

CREDECENCIAMENTO DE EMPRESA(S) DO RAMO DA CONSTRUÇÃO CIVIL PARA ELABORAÇÃO DE PROJETOS E CONSTRUÇÃO DE UNIDADES HABITACIONAIS DE INTERESSE SOCIAL, DESTINADAS AO PÚBLICO ALVO DEFINIDO PARA O PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA, INSTITUÍDO PELA LEI FEDERAL Nº 14.620, DE 13 DE JUNHO DE 2023, COM RECURSOS DO FUNDO DE ARRENDAMENTO RESIDENCIAL (FAR).

RESUMO DO ITEM 6 - DOCUMENTOS HABILITAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Item	Descrição	HABRAS		CARVALHO		NOVOLAR	
		Página	Pontos	Página	Pontos	Página	Pontos
a)	Atestado de qualificação/certificação PBQP-H	533 a 958	5	1010 a 1033	5	253 a 485	5
b)	Certificado NDT	NCT	0	NCT	0	NCT	0
c)	Unidades contratadas PMCMV ou PCVEA						
	Entre 100 a 700 unidades						
	Entre 701 a 1200 unidades		2		2		
	Entre 1201 a 2200 unidades						
	Entre 2201 a 2700 unidades						
	acima de 2701 unidades						5
Totais de pontos			7		7		10



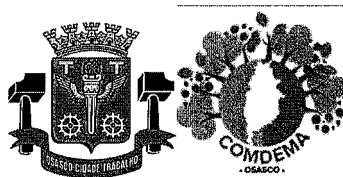




SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO****CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS****Ata da décima sétima reunião ordinária do COMDEMA – Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Osasco.**

Ao décimo sétimo dia do mês de outubro de dois mil e vinte e quatro, às 09:00 horas na associação dos Engenheiros e Arquitetos de Osasco localizada na rua Alexandre Baptistone nº 555, Km18 – Osasco – SP iniciou-se a décima sexta reunião ordinária do COMDEMA – Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente de Osasco, estiveram presentes, **Sr. Benedito André Costa, Sra. Rosa Amorim, Sra. Fabíola Rodrigues dos Santos, Sra. Silzeni de Ângelo Lopes, Sra. Hesfrania Cruz de Carvalho, Sr. Fabio Passos Pádula, Sr. Vladimir Antônio do Nascimento, Sra. Nanci Nascier, Sra. Clarissa Barbosa de Deus, Sr. Francieldo Figueiras de Aquino, Sra. Maria Cesarina da Silva, Sra. Ana Paula Costa Magalhães Ferraroni, Sr. Robson Henrique Brozeghini, Sr. Mário Abel Ottoboni, Sr. Helí de Moura Bezerra Cinzas, Sr. Herman Sérgio Seiji Hoffmann Shiraishi, Sra Lucilia Montemagni, Sra. Maria de Fátima da Silva. Convidados, Sra. Isabela Gonçalves da Silva, Sr. Juliano S. Soqueti, Sra. Natália**

Prefeitura do Município de Osasco - cabenedito - 14/11/2024 07:59:34

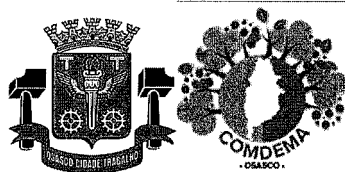


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS

organizado pela defesa civil do estado. Evento que ocorreu nos dias quinze e dezesseis de outubro de dois mil e vinte e quatro no Palácio do Governo. Também comentou sobre o grupo de trabalho Inter secretarial de ações climáticas que está trabalhando na elaboração do plano de ações climáticas de Osasco. Este plano é uma diretriz estabelecida pelo Plano Diretor e que já está sendo trabalhado pelo GT o Plano Municipal de Ações Climáticas, será elaborado com base no resultado do estudo de emissões de CO2 e no mapeamento de riscos climáticos de Osasco. O estudo de emissões de CO2 será realizado pelo ICLEI através de um contrato selado com a Secretaria de Meio Ambiente e de Recursos Hídricos conforme publicado no IOMO, já os mapeamentos de riscos climáticos estão em fase de elaboração do termo de referência que será submetido ao PNUD uma vez PNUD já tem orçamento disponível para a realização desse estudo. Agradece o Conselheiro **Sr. Fabio Passos**, e passa a palavra a Conselheira **Sra. Clarissa Barbosa de Deus**, para que faça a apresentação e informação da Câmara Técnica de Agricultura Urbana. CÂMARA TÉCNICA DE AGRICULTURA URBANA E PERIURBANA – CTAUP “Dados da ONU apontam que, em 2050,

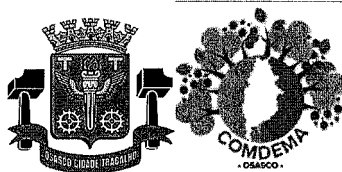
Prefeitura do Município de Osasco - cabenedito - 14/11/2024 07:59:34

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO****CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HIDRICOS**

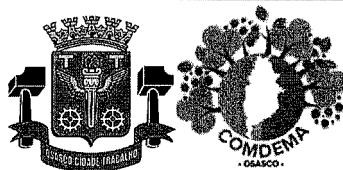
Agricultura Urbana e Periurbana II. Propor, analisar e acompanhar mecanismos de articulação e cooperação entre o poder público e a sociedade civil quanto à educação ambiental e à capacitação do tópico proposto III. Vislumbrar a comunicação e disseminação de informação sobre os assuntos pertinentes à sociedade IV. Realizar pesquisas, projetos e planos de mídia relacionados ao tema de Agricultura Urbana e Periurbana V. Examinar as matérias encaminhadas pelas demais Câmaras Técnicas VI. Criar Grupos de Trabalho com foco na Agricultura Urbana e Periurbana VII. Realizar reuniões conjuntas com outras Câmaras Técnicas do COMDEMA.

REUNIÕES DA CÂMARA TÉCNICA: De acordo com o Artigo Sétimo, as reuniões ordinárias da CTAUP ocorrerão mensalmente, mediante convocação da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Hídricos COMDEMA com, no mínimo, sete dias de antecedência. **CONTATO:** comdema@osasco.sp.gov.br (11) 3652-9511. **OBRIGADO (A) PELA ATENÇÃO.** Agradece a Conselheira **Sra. Clarissa Barbosa de Deus**, e passa a palavra a Sra. Coordenadora da Câmara Técnica de Saneamento e Mudanças Climáticas, onde faz uma apresentação e diz que agora se empenhará para o bom andamento dos trabalhos da Câmara Técnica. O **Sr. Franciello Figueiras de Aquino**,

Prefeitura do Município de Osasco - cabenedito - 14/11/2024 07:59:34

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO****CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS**

plano o qual é de suma importância para a Cidade, O Plano da Educação Ambiental do Município de Osasco. O Sr. Presidente passa para o minuto de considerações de todos os Conselheiros, agradece na pessoa do Conselheiro **Sr. Robson Henrique Brozeghini**, agradece a toda a diretoria da Associação dos Engenheiros e Arquitetos de Osasco pela concessão do espaço e também toda a Sociedade Civil que mais uma reunião cem por cento de frequência e pede para que os Conselheiros participem e divulguem a **AÇÃO SOCIAL ESPERANÇA & EDUCAÇÃO EM AÇÃO**. Que será realizado no dia dezanove de outubro de dois mil e vinte e quatro das nove às catorze horas no Parque Ecológico do Jardim Bonança localizado na Avenida Jucelino Kubitschek de Oliveira, 615 no Jardim Bonança. Espero contar com presença de todos, a Conselheira **Sra. Ana Paula Costa Magalhães Ferraroni**, indaga sobre o regimento dos Parques, sendo os componentes **Sr. Oscar Buturi, Sra. Lucilia Montemagni, Sr. Vladimir Antônio do Nascimento, Sra. Luciana Seabra Viera e Sr. Benedito André Costa** irá marcar uma reunião para a elaboração do referido regimento.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS

AÇÃO SOCIAL ESPERANÇA & EDUCAÇÃO EM AÇÃO

19 DE OUTUBRO
DAS 09 ÀS 14 HORAS

A Anhanguera realiza ação social em parceria com o Rotary Club de Osasco, onde os alunos, professores e rotarianos oferecerão diversos serviços à população. Entre eles:

- Teste de tipagem sanguínea;
- Práticas em prevenção em doenças crônicas;
- Oficina de plantas medicinais;
- Consulta de enfermagem;
- Atendimento farmacêutico para diabetes e hipertensão;
- Aferição dos sinais vitais;
- Descarte correto de medicamentos;
- Intervenções e laser de fotobiomodulação para hipertensos e diabéticos;
- Testes rápidos colesterol total, TG, HDL, hemoglobina;
- Auriculoterapia;
- Orientação sobre os cuidados com a pele;
- Orientação jurídica;
- Teste de glicemia e aferição de pressão arterial;
- Consulta farmacêutica;
- Avaliação corporal e orientação nutricional;
- Prevenção de câncer bucal.

Local: **Parque Ecológico do Jardim Bonança**,
Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 615.



Apoio:



Prefeitura do Município de Osasco - cabenedito - 14/11/2024 07:59:34



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS 2023/2024

Ata da décima quinta reunião ordinária do COMDEMA- Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Osasco.

Ao vigésimo nono dia do mês de agosto de dois mil e vinte e quatro, às 09:00 horas na associação dos Engenheiros e Arquitetos de Osasco localizada na rua Alexandre Baptistine nº 555, Km18 – Osasco – SP iniciou-se a vigésima quinta reunião ordinária do COMDEMA – Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente de Osasco, estiveram presentes o **Sr. Benedito André Costa**, **Sr. Alexei de Carvalho**, **Sra. Rosa Amorim**, **Sr. José Rozivaldo da Silva Melo**, **Sr. Felipe Carvalho Rocha**, **Sra. Fabíola Rodrigues dos Santos**, **Sr. Vladimir Antônio do Nascimento**, **Sra. Clarissa Barbosa de Deus**, **Sr. Franciêdo Figueiras de Aquino**, **Sra. Maria Cesarina da Silva**, **Sr. Robson Henrique Brozeghini**, **Sr. Mário Abel Ottoboni**, **Sra. Lucília Montegamagni**, **Sra. Nancy Nasser de Barros Pinto**, **Sra. Kumiko Kissimoto**, **Sr. André Luiz de Barros Costa**, **Sr. Herman Sérgio Seiji Hoffmann Shiraishi**, **Sra. Maria de Fátima da Silva**, **Sra. Andrea Campos Martins**, e os convidados **Sr. Jorge Paulo Tavares**, **Sr. Michel Camargo Crê**, **Sra. Andra Ramos Martins**, **Sra. Maria de Fátima Silva Freitas**, **Sra. Tânia Sales** e **Sra. Ivanilde Venâncio Abílio da Silva**. Com seguintes pontos de pauta. Aprovação da Ata anterior, o Senhor Secretário Executivo pede para que o Conselheiro **Sr. Felipe Carvalho Rocha** assuma a Secretaria da reunião o qual aceita e faz leitura do quórum e passa a palavra ao **Sr. Benedito André Costa** que nesse momento assume a presidência da presente reunião. Aprovação da ata da reunião anterior: aprovada por unanimidade. Apresentação do Instituto Inovar Soluções Sustentáveis. Posse dos novos conselheiros do Instituto Inovar Soluções Sustentáveis. Aprovação de recurso para manutenção de áreas verdes. O Secretário **Sr. Benedito André Costa** apresentou a solicitação para o uso de recursos do Fundo Municipal de Meio Ambiente para a manutenção de áreas verdes em Osasco no valor de R\$ 30.000,00 e, após votação dos conselheiros, foi aprovado por unanimidade. O **Sr. Felipe Carvalho Rocha** faz ressalva para que seja informado ao **COMDEMA** qual a composição detalhada dos gastos. Aprovação dos membros indicados para o Comitê Gestor de Infraestrutura Urbana. Comunicado de Indicação do Conselheiro ao **CODEPA**. O **Sr. Robson Henrique Brozeghini** passou a integrar o **CODEPA** e informa aos presentes sobre a aprovação do tombamento do “**Museu de Osasco**” e das discussões do grupo para declarar junto ao conselho a comunidade nordestina como patrimônio cultural de Osasco. Câmaras Técnicas. Lixo-Zero: A **Sra. Lucília Montegamagni** apresenta brevemente o projeto “Escola Lixo-Zero” aos novos conselheiros. Informa que enquanto aguardam as tramitações internas relacionadas à secretaria municipal



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS 2023/2024

de educação, irão dar início aos trabalhos com aquelas escolas que já estão prontas – **FITO** e **E.E. Paulo Freire**, e informa ainda que a secretaria de obras irá disponibilizar o caminhão para coleta dos resíduos. Agricultura Urbana: O **Sr. Vladimir Antônio do Nascimento** relata algumas dificuldades enfrentadas para dar início aos trabalhos da câmara técnica e reitera a necessidade de fazer levantamento de hortas, bem como, relata comodatos com **Enel e Transpetro** para uso dos terrenos pelo programa de agricultura urbana. O **Sr. Benedito André Costa** sugere agendar uma reunião da câmara técnica de agricultura urbana para o início de setembro. A **Sra. Nancy Nasser de Barros Pinto** sugere participação da Secretaria Executiva de Segurança Alimentar. O **Sr. Michel Camargo**, representante no conselho do Banco de Alimentos, se apresenta e se coloca à disposição. Arborização: Na última reunião foram enviados 2 ofícios (**Seplag e Semarh**) e o processo referente ao plano municipal de arborização foi respondido e encaminhado para licitação. O **Sr. Benedito André Costa** informa que a **Sra. Ivanilde Venâncio Abílio da Silva.**, da Semarh, irá representar a Semarh na câmara técnica de arborização. Não havendo nada mais a tratar a reunião encerrou-se às 10h52.

Conselho Municipal de Defesa Do Meio Ambiente e Recursos Hídricos.

Secretario Executivo: **Benedito Andre Costa**

Secretário da Reunião **Felipe Carvalho Rocha**

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SAÚDE

EXTRATO

Celebração do Termo de Cooperação Técnico Didático Científico e Acadêmico entre a Secretaria de Saúde do Município de Osasco, e a Instituição de Ensino **UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL - USCS**, em conjunto com a Fundação de Apoio a USCS, que a empresa **Associação de Educação e Novas Tecnologias Phorte**, responsável pelos procedimentos administrativos de logística, de controle financeiro e contratual no oferecimento e desenvolvimento de cursos de Pós-Graduação Latu Sensu, o que a habilita a firmar contratos e expedir comprovantes financeiros referentes aos serviços educacionais prestados por esta Instituição de Ensino, no âmbito de seu programa de Pós-Graduação Latu Sensu e Extensão universitária, através do processo nº 21847/2023, Termo de Cooperação Nº 04/2023-SS e Termo Aditivo Nº 05/2024 que irá vigorar de 01/01/2025 à 31/12/2025.

FERNANDO MACHADO OLIVEIRA

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

SECRETARIA DE SAÚDE

PORTARIA Nº 41, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2024

Aprova e implanta o Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente nas Unidades da Diretoria Geral de Urgência e Emergência de administração direta ou indireta.

O Secretário Municipal de Saúde de Osasco, no uso de suas atribuições legais conferidas em lei e,

Considerando o disposto no artigo 196 da Constituição Federal, que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando que a assistência à saúde, embora essencial, expõe o paciente a riscos inerentes aos cuidados, sendo necessário reduzir estes riscos ao mínimo aceitável;

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 4 milhões de mortes ocorrem anualmente devido a erros médicos, evidenciando a necessidade de fortalecer as ações para a segurança do paciente em nível global;

Considerando o "Relatório Global de Segurança do Paciente 2024" da OMS, que destaca a necessidade de esforços contínuos para reduzir os danos evitáveis nos sistemas de saúde e fortalecer a cultura de segurança;

Considerando a Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que dispõe sobre a obrigatoriedade da elaboração de um Plano de Segurança do Paciente (PSP) pelos serviços de saúde e determina a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP);

Considerando a Portaria SS nº 28, de 8 de junho de 2022, que instituiu a gestão da qualidade e segurança do paciente no município;

Considerando a elaboração do Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (PGQSP – DGUE), como instrumento para nortear as ações de segurança do paciente e gestão da qualidade nos serviços de urgência e emergência;

Resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (PGQSP – DGUE), que consta como anexo a esta Portaria.

Art. 2º Determinar a imediata implantação do PGQSP – DGUE em todos os serviços de saúde subordinados à Diretoria Geral de Urgência e Emergência sejam estes da administração direta ou indireta

Art. 3º A DGUE, através do Centro de Aperfeiçoamento Profissional, deverá promover ampla divulgação desta portaria e do Plano de Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente aos profissionais, bem como os treinamentos necessários para sua correta implementação.

Art. 4º Revogar a Portaria SS nº 28, de 8 de junho de 2022.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


Dr. Fernando Machado Oliveira
Secretário Municipal de Saúde



CIDADE DE
OSASCO
Secretaria de Saúde

2024

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE



Diretoria Geral de
Urgência e Emergência



Construindo a excelência com
qualidade, segurança e qualificação

Centro de Aperfeiçoamento Profissional
da Diretoria Geral de Urgência e
Emergência
11/11/2024

Protocolo 0011

Prefeito da Cidade de Osasco

Rogério Lins

Secretário de Saúde

Dr. Fernando Machado Oliveira

Secretária Adjunta de Saúde

Suzete Souza Franco

Diretor Geral de Urgência e Emergência

Enf. Antônio César dos Santos

Diretora Técnica de Urgência e Emergência

Enfa. Aparecida Bispo Avelar

Gerência de Enfermagem

Enf. Eduardo Alberto França

Gerência Médica

Dr. James Willames Pires Barbosa

Coordenador do Centro de Aperfeiçoamento Profissional

Enf. José Aparecido de Magalhães

Portaria SS nº: _____

de _____

IOMO nº: _____

Data: _____

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1. Definições Importantes.....	3
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO NGQSP.....	6
2.1. Composição da Equipe do NGQSP.....	7
2.2. Atribuições do NGQSP.....	7
2.3. Papel Consultivo do NGQSP.....	8
3. HISTÓRICO.....	9
3.1. Programa Nacional de Segurança do Paciente.....	10
3.2. Plano de Segurança do Paciente (PSP).....	10
4. PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – (PGQSP – DGUE).....	13
4.1. Princípios da Qualidade e Melhoria Contínua.....	13
4.2. Importância da Excelência no Atendimento.....	14
5. OBJETIVOS.....	16
5.1. Objetivos Gerais.....	16
5.2. Objetivos Específicos.....	17
6. PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	19
7. PROTOCOLOS E METAS.....	21
7.1. Identificação Correta do Paciente.....	21
7.2. Melhoria da Eficácia da Comunicação.....	22
7.3. Segurança na Prescrição, Distribuição e Administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP).....	23
7.4. Segurança nos Procedimentos Invasivos.....	24
7.5. Redução do Risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por Meio da Higienização das Mãos.....	25
7.6. Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão.....	26
8. INDICADORES.....	28
8.1. Coleta de indicadores.....	30
8.1.1. Notificações de Não Conformidades e Eventos Adversos:.....	30
8.1.2. Formulário de Notificação:.....	31
8.1.3 Link para Notificação Online:.....	33
8.2. Auditorias do NGQSP.....	33
9. FLUXOS E PRAZOS OPERACIONAIS PARA TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS.....	36
9.1. Notificação de Não Conformidades (NC) e Eventos Adversos (EA):.....	36
9.2. Recebimento e Análise Preliminar de Não Conformidades (NC):.....	36
9.3. Tratamento de Eventos Adversos:.....	38

9.4. Plano de Ação: Definição de Responsabilidades: 38

9.5. Prazos de Resposta das Unidades às Demandas do NGQSP: 39

9.6. Monitoramento e Reavaliação:..... 39

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 40

ANEXOS..... 43

ANEXO A - Lista de Verificação para Procedimentos 43

ANEXO B - Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Enfermagem 44

ANEXO C - Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Médica 49

ANEXO D - Formulário de Notificação de Incidente e Evento Adverso 50


ANEXO E - Notificação de Queda..... 51

ANEXO F - Escala de avaliação do risco de queda de Morse 52

ANEXO G - Escala de avaliação do risco de queda de Humpty Dumpty 53

ANEXO H - Escala de avaliação do risco de lesão por pressão de Braden 55

ANEXO I - Escala de avaliação do risco de lesão por pressão de Braden Q..... 57

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


1. INTRODUÇÃO

A busca pela excelência na assistência à saúde, especialmente em serviços de urgência e emergência, requer um compromisso firme com a qualidade e a segurança do paciente. O Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (DGUE) foi criado com o objetivo de estruturar e implementar ações que promovam a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos, garantindo um ambiente de cuidado seguro e eficiente.

1.1. Definições Importantes

- Qualidade nos Serviços de Saúde:** Refere-se ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, de acordo com as melhores práticas disponíveis. A qualidade envolve eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade e foco no paciente, considerando também a satisfação do paciente como um importante indicador. A qualidade em saúde deve ser centrada no paciente, levando em consideração suas necessidades, expectativas e experiências.
- Segurança do Paciente:** A segurança do paciente é um componente da qualidade que visa reduzir os riscos, erros e danos aos pacientes durante a prestação dos cuidados de saúde. Envolve a adoção de práticas e sistemas que minimizem a probabilidade de eventos adversos evitáveis. A participação ativa do paciente e de seus familiares também é crucial para promover a segurança, através da comunicação aberta, do compartilhamento de informações e do empoderamento do paciente, elementos chave para um ambiente seguro. Envolve a adoção de práticas e sistemas que minimizem a probabilidade de eventos adversos evitáveis.
- Cultura de Segurança do Paciente:** Refere-se ao conjunto de valores, atitudes e práticas que definem o compromisso de uma instituição de saúde em garantir a segurança do paciente. Envolve uma comunicação aberta,


PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 3

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

aprendizado com incidentes, e uma abordagem que não visa punir, mas sim melhorar continuamente os processos.


- **Indicador de Qualidade:** São métricas utilizadas para monitorar e avaliar o desempenho de processos assistenciais e administrativos, a fim de identificar oportunidades de melhoria e garantir a segurança e eficácia dos cuidados prestados.
- **Risco Assistencial:** Qualquer situação ou condição que possa representar um perigo potencial ao paciente durante o processo de assistência. Envolve falhas de comunicação, problemas relacionados ao uso de medicamentos, e falhas nos equipamentos de saúde, entre outros.
- **Não Conformidade (NC):** Uma não conformidade é qualquer desvio de um padrão, protocolo ou regulamento estabelecido que possa impactar negativamente a qualidade dos serviços prestados. É uma discrepância que precisa ser tratada para garantir a conformidade com as diretrizes institucionais e regulatórias.
- **Evento Adverso (EA):** Um evento adverso é um dano não intencional que ocorre durante a assistência ao paciente e que não está relacionado à condição de saúde original. Exemplos incluem erros de medicação, quedas, ou falhas no processo de atendimento que resultam em danos ao paciente.
 - **Evento Adverso Leve:** Quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem necessidade de intervenções.
 - **Evento Adverso Moderado:** Quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
 - **Evento Adverso Grave:** Quando o paciente necessita de intervenções para salvar sua vida, grande intervenção cirúrgica, ou teve danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
 - **Evento Adverso que Culminou em Óbito:** Quando o evento adverso leva ao falecimento do paciente.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 4

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- Plano de Ação:** Um plano de ação é um conjunto de medidas corretivas e preventivas elaborado para solucionar uma não conformidade ou reduzir os riscos de eventos adversos. Pode ser elaborado pelo NGQSP ou pela unidade responsável, dependendo do escopo e da natureza do problema.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 5

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO NGQSP

O Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP) faz parte da estrutura do Centro de Aperfeiçoamento Profissional (CAP), que é diretamente subordinado ao Diretor Geral da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (DGUE). Essa subordinação direta visa assegurar o envolvimento contínuo da alta direção nas questões relacionadas à qualidade e segurança do paciente, além de garantir a independência do NGQSP nas suas atividades de auditoria e avaliação de processos.

O envolvimento da alta direção é fundamental para a implementação eficaz da política de qualidade, pois proporciona o suporte e a autoridade necessários para a realização de mudanças. Essa ligação direta com o Diretor Geral também assegura que as recomendações e planos de ação do NGQSP sejam priorizados dentro da organização, alinhando todos os níveis hierárquicos com os objetivos de segurança e melhoria contínua.

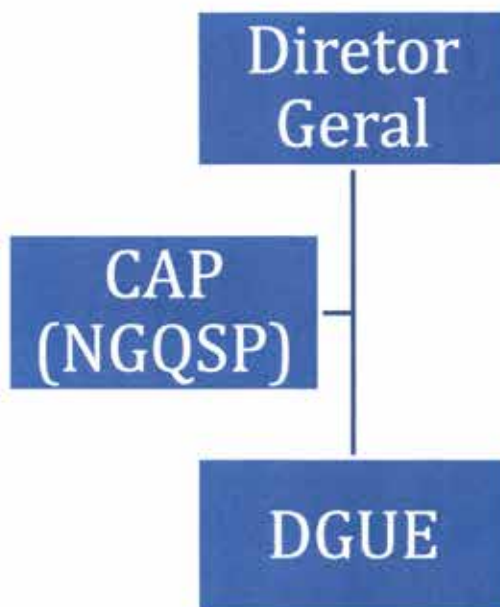



Figura 1. Organograma simplificado indicando a posição do NGQSP

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 6

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

2.1. Composição da Equipe do NGQSP


O NGQSP é composto por uma equipe fixa, formada preferencialmente por enfermeiros e médicos com especialização em gestão da qualidade, segurança do paciente ou auditoria em saúde, podendo contar, também, com membros convidados ou indicados pelo Diretor Geral da DGUE, como diretores, gerentes, Responsáveis Técnicos (RTs), coordenadores e outros profissionais assistenciais. Essa composição diversificada visa garantir que o NGQSP tenha o conhecimento técnico necessário para realizar suas atividades de auditoria e avaliação de processos, além de promover a integração das ações de qualidade com as práticas assistenciais e gerenciais em toda a DGUE.

2.2. Atribuições do NGQSP

As principais atribuições do NGQSP incluem:

- **Auditoria dos Processos Assistenciais e Administrativos:** Conduzir auditorias periódicas para avaliar a conformidade dos processos com os padrões de qualidade estabelecidos.
- **Capacitação e Educação Continuada:** Promover ações de capacitação em segurança do paciente e qualidade, em colaboração com o CAP, para todos os níveis hierárquicos.
- **Identificação de Não Conformidades:** Detectar e documentar não conformidades nos processos de assistência e gestão, propondo ações corretivas e preventivas.
- **Análise de Indicadores de Qualidade:** Monitorar e analisar indicadores de desempenho para identificar oportunidades de melhoria e assegurar a qualidade dos serviços prestados.
- **Elaboração de Relatórios:** Emitir relatórios prévios e finais após visitas técnicas, indicando as principais constatações e sugerindo medidas corretivas, além de encaminhar esses relatórios para análise pela Diretoria Geral.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 7


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- **Apoio à Implementação de Boas Práticas:** Trabalhar de forma colaborativa com as unidades para implementar boas práticas assistenciais e administrativas, garantindo a segurança do paciente e a melhoria contínua.
- **Avaliação de Propostas de Modificações em Fluxos, Protocolos ou Processos:** Avaliar propostas de modificações ou criação de fluxos, protocolos e processos, propondo ao Diretor sua aceitação, modificação ou rejeição.
- **Avaliação e documentação de riscos em processos:** Avaliação dos principais riscos inerentes aos processos de cuidar identificando as causas mais prováveis e indicando ações para minimizar ou eliminar o risco.
- **Emissão de Pareceres sobre Matérias Assistenciais ou Administrativas:** Emitir pareceres sobre matérias assistenciais ou administrativas quando solicitado ou em razão da identificação de oportunidade de melhoria.
- **Coordenação de Reuniões de Feedback e Análise de Resultados:** Organizar reuniões periódicas com as unidades auditadas para fornecer feedback sobre as auditorias realizadas, discutir constatações e alinhar ações corretivas e preventivas.
- **Reuniões de Análise de Indicadores:** Promover reuniões regulares para revisar os indicadores de qualidade, avaliar o progresso das ações implementadas e definir novas metas.

2.3. Papel Consultivo do NGQSP

O Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP) possui um papel consultivo na estrutura da DGUE. Todas as suas propostas, pareceres e recomendações têm caráter de sugestão, sendo prerrogativa do Diretor Geral da DGUE decidir por acatar, rejeitar ou modificar total ou parcialmente, essas propostas. Dessa forma, o NGQSP apoia a tomada de decisão com base em evidências e melhores práticas, mas a decisão final sobre a implementação das ações cabe à alta gestão.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 8

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

3. HISTÓRICO


A segurança do paciente é uma prioridade global na área da saúde, com impactos significativos na qualidade da assistência e nos desfechos clínicos. Eventos Adversos (EAs), danos não intencionais decorrentes da assistência à saúde e não da doença de base, são uma realidade preocupante.

No Brasil, a magnitude do problema é alarmante. Dados do estudo "Análise de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros" (2017) revelaram que 1 a cada 10 pacientes internados sofre algum tipo de EA, sendo que cerca de 70% desses eventos poderiam ser evitados. De acordo com a ANVISA, em 2019, a taxa de eventos adversos em hospitais brasileiros foi de aproximadamente 7,6% dos pacientes internados, com cerca de 66% desses eventos considerados evitáveis. Estes dados refletem a necessidade urgente de melhorias contínuas nos processos de cuidado e na gestão de riscos para minimizar danos aos pacientes.

Globalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lidera iniciativas para promover a segurança do paciente. A OMS estima que 134 milhões de eventos adversos ocorrem anualmente devido a cuidados inseguros em hospitais de países de baixa e média renda, resultando em 2,6 milhões de mortes. Iniciativas como a campanha "Cirurgia Segura Salva Vidas" têm demonstrado redução significativa nas complicações cirúrgicas e mortes. O relatório "To Err is Human" do Institute of Medicine dos EUA revelou que eventos adversos resultam em até 98.000 mortes anuais em hospitais americanos. Na Europa, estima-se que 8% a 12% dos pacientes hospitalizados sofrem de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

Esses dados sublinham a importância de programas robustos de segurança do paciente e de uma cultura de segurança bem estabelecida, tanto globalmente quanto no Brasil, para minimizar riscos e melhorar os resultados clínicos. A implementação e o fortalecimento dessas práticas são essenciais para reduzir a ocorrência de eventos adversos e proporcionar uma assistência de saúde mais segura e eficaz para todos.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 9

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

3.1. Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria MS nº 529/2013, com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde e priorizar a segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde. Para fortalecer o PNSP, foram publicadas portarias que aprovaram protocolos básicos de segurança, como os de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição de Medicamentos (Portarias MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013).


A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 36/2013 instituiu ações para a segurança do paciente, tornando obrigatória a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde. O NSP é responsável por elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP), que define estratégias e ações para a gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação e nas metas internacionais.

3.2. Plano de Segurança do Paciente (PSP)

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) é um documento fundamental que identifica situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de riscos. O objetivo principal do PSP é a prevenção e mitigação de incidentes, abrangendo todas as etapas do atendimento, desde a admissão até a transferência, alta ou óbito do paciente no serviço de saúde.

A implantação do PSP visa reduzir a ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde. Para alcançar esse objetivo, o PSP deve focar na melhoria contínua dos processos de cuidado e no uso de tecnologias da saúde. Além disso, é essencial promover a disseminação sistemática da cultura de segurança, articular e integrar os processos de gestão de risco e garantir as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 10

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

O PSP prevê ações específicas para garantir a disseminação da cultura de segurança entre os profissionais da instituição. O foco é prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a paciente e profissionais. As ações adotadas devem estar alinhadas com as seis metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecidas como "Protocolos Básicos de Segurança do Paciente". Estes protocolos são:

Identificação do Paciente: Garantir que cada paciente seja corretamente identificado para evitar erros como administração de medicamentos ou realização de procedimentos em pacientes errados.

Comunicação Efetiva: Assegurar que a comunicação entre profissionais de saúde e entre diferentes serviços de saúde seja clara, completa e precisa para evitar mal-entendidos que possam levar a erros de cuidado.


Uso Seguro de Medicamentos de Alta Vigilância: Estabelecer práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos considerados de alto risco, reduzindo os perigos associados a esses medicamentos.

Cirurgia Segura: A quarta meta da OMS, "Cirurgia Segura", engloba a segurança em todos os procedimentos invasivos, incluindo a confirmação do paciente, procedimento e local corretos. Implementar protocolos que assegurem a realização de cirurgias e procedimentos invasivos com segurança, incluindo a verificação de dados do paciente, local da cirurgia e instrumentos cirúrgicos e/ou materiais e equipamentos necessários para execução do procedimento invasivo.

Prevenção do Risco de Infecções: Promover práticas eficazes de prevenção de infecções, como a higienização das mãos e a esterilização adequada de instrumentos, para reduzir infecções associadas aos cuidados de saúde.

Prevenção do Risco de Queda e Lesão por Pressão: Adotar medidas para prevenir quedas de pacientes, especialmente aqueles em maior risco, como idosos e

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 11


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

peças com mobilidade reduzida, e implementar ações para evitar lesões por pressão, comuns em pacientes que permanecem acamados por longos períodos.

Ao abordar esses seis pilares, o PSP da DGUE busca garantir uma assistência segura, eficiente e centrada no paciente, contribuindo para a redução de eventos adversos e a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

O PSP é uma ferramenta essencial para a melhoria da segurança do paciente, promovendo uma cultura de segurança, integrando práticas de gestão de risco e assegurando a qualidade do cuidado prestado em todos os níveis do serviço de saúde.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 12

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

4. PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DA DIRETORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – (PGQSP – DGUE)

Em consonância com a legislação nacional, o Plano de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (PGQSP) da Diretoria Geral de Urgência e Emergência (DGUE), implantado pela Portaria SS nº 28, de 8 de junho de 2022, publicada na Imprensa Oficial do Município de Osasco (IOMO 2246), atua como documento norteador para garantir a segurança do paciente e do trabalhador nos serviços de urgência e emergência, **por meio da promoção de uma cultura de segurança, da gestão de riscos e da melhoria contínua dos processos.**

Este plano, desenvolvido em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e adota como referência a regulamentação estabelecida pela RDC nº 36/2013 da ANVISA. Esta regulamentação exige que as instituições de saúde criem um Núcleo de Segurança do Paciente, responsável pela implementação e monitoramento de ações voltadas para a segurança do paciente nos ambientes hospitalares, visando qualificar e assegurar a assistência em todo o território nacional.


O PGQSP – DGUE é um documento estratégico que define responsabilidades diretas ligadas à Diretoria Geral da DGUE. Ele identifica situações de risco e detalha as estratégias e ações de melhorias desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente para a gestão de riscos, com o objetivo de prevenir e reduzir incidentes desde a admissão até a alta, transferência ou óbito do paciente nas unidades de urgência e emergência.

O Plano ora desenvolvido, após aprovado e publicado, substitui o anterior em todo teor.

4.1. Princípios da Qualidade e Melhoria Contínua

A busca pela excelência no atendimento é fundamental para garantir a segurança e a satisfação dos pacientes em serviços de urgência e emergência. Para isso, a

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 13

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

implementação de um plano de gestão da qualidade robusto, baseado nos princípios da qualidade e melhoria contínua, é essencial.

Esses princípios incluem:

- **Foco no Paciente:** O paciente é o centro de todas as atividades.
- **Liderança:** Líderes engajados promovem a cultura de qualidade.
- **Envolvimento das Pessoas:** Participação ativa de todos os colaboradores.
- **Abordagem de Processo:** Gestão dos processos para otimizar o atendimento.
- **Melhoria Contínua:** Busca constante por aperfeiçoamento.
- **Tomada de Decisões Baseada em Evidências:** Decisões baseadas em dados e informações.
- **Gestão de Relacionamentos:** Relacionamento eficaz com stakeholders.


4.2. Importância da Excelência no Atendimento

Garantir a excelência no atendimento não é apenas uma questão de prestar um serviço de qualidade, mas também de salvar vidas e proporcionar uma recuperação mais rápida e eficaz aos pacientes. A qualidade no atendimento resulta em:

- **Segurança do Paciente:** Redução de erros e eventos adversos.
- **Satisfação do Paciente:** Melhoria na experiência do paciente e em seus resultados de saúde.
- **Eficiência Operacional:** Processos mais ágeis e econômicos, otimizando recursos e reduzindo desperdícios.
- **Motivação da Equipe:** Profissionais de saúde mais engajados e satisfeitos, resultando em menor rotatividade e maior produtividade.
- **Cumprimento de Normas e Regulamentos:** Adesão a padrões e diretrizes estabelecidas por órgãos reguladores, garantindo a conformidade legal e ética.


A adoção dos princípios da qualidade e melhoria contínua pela Diretoria Geral de Urgência e Emergência não só fortalece a capacidade de resposta às necessidades imediatas dos pacientes e acompanhantes, mas também cria um ambiente de

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 14

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

trabalho mais seguro, eficiente e colaborativo. Assim, estabelece-se um ciclo virtuoso de qualidade, onde a busca incessante por melhorias se reflete diretamente na excelência do atendimento prestado.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 15

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivos Gerais


Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente:

1. **Estabelecer normas e procedimentos para as ações de segurança do paciente na DGUE:** Isso inclui a implementação de protocolos, a gestão de riscos, a notificação de incidentes e a investigação de eventos adversos, com o objetivo de garantir a padronização das práticas e a segurança do paciente em todos os setores.
2. **Promover uma cultura de segurança proativa na DGUE:** Estimular a identificação e comunicação de riscos, a participação dos profissionais na prevenção de eventos adversos e o aprendizado com os erros, com o objetivo de criar um ambiente seguro e voltado para a melhoria contínua da assistência.
3. **Aprimorar continuamente os processos e a qualidade da assistência na DGUE:** Utilizar dados e feedback para monitorar os indicadores de qualidade e segurança do paciente, implementar medidas de melhoria e garantir a excelência no atendimento.

Gestão Organizacional:

4. **Fomentar a gestão por processos na DGUE:** Otimizar o fluxo de trabalho, eliminar desperdícios, padronizar as atividades e garantir a eficiência dos serviços, por meio do mapeamento, análise, otimização e monitoramento dos processos, com a participação das equipes assistenciais e administrativas.
5. **Promover a transparência administrativa na DGUE:** Disponibilizar informações claras e acessíveis sobre os serviços, os processos, os custos e os resultados.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 16

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Comunicação e Colaboração:


6. **Estimular a comunicação e a colaboração entre as equipes assistenciais e administrativas da DGUE:** Integrar os processos, otimizar o fluxo de trabalho e garantir a continuidade do cuidado, criando espaços de diálogo e troca de informações entre os diferentes setores.
7. **Facilitar o acesso do paciente e seus familiares à administração das unidades da DGUE:** Disponibilizar canais de comunicação eficientes e informações claras sobre os direitos e deveres dos pacientes, e criar mecanismos para receber, analisar e responder às suas demandas de forma ágil e transparente.

5.2. Objetivos Específicos

Gestão de Riscos:

1. **Implementar o processo de gestão de riscos:** Isso inclui a identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos em todas as unidades da DGUE, com o objetivo de minimizar a ocorrência de eventos adversos e garantir a segurança dos pacientes.
2. **Incentivar a notificação de incidentes e queixas técnicas:** Estimular a participação ativa dos profissionais na identificação e notificação de incidentes, com o objetivo de aumentar a detecção de falhas e aprimorar a segurança do paciente.
Meta: Aumentar em 200% o número de notificações de incidentes nos próximos 2 anos
3. **Monitorar os riscos e implementar ações de controle:** Acompanhar os indicadores de segurança do paciente e implementar medidas para controlar os riscos identificados, buscando atenuar e minimizar suas consequências.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 17

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Implementação de Protocolos:

- 4. Implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:**
 Assegurar a implementação e a adesão aos protocolos de segurança do paciente definidos pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de padronizar as práticas e reduzir a variabilidade no cuidado.


Melhoria da Qualidade:

- 5. Analisar as ocorrências de incidentes para promover melhorias:** Analisar criticamente os incidentes notificados, incluindo circunstâncias notificáveis, eventos adversos e eventos sentinela, para identificar causas raiz, implementar medidas corretivas e promover a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Cultura de Segurança:

- 6. Promover a cultura de segurança:** Desenvolver ações para fortalecer a cultura de segurança na DGUE, criando um ambiente onde a comunicação aberta, o aprendizado com os erros e a participação de todos sejam valorizados.
- 7. Realizar ações de promoção de ambiente seguro:** Implementar medidas para garantir um ambiente físico e organizacional seguro para pacientes e profissionais, com foco na prevenção de quedas, lesões por pressão, erros de medicação e infecções relacionadas à assistência à saúde.
- 8. Assessorar os serviços do departamento na revisão de processos e metodologias sistematizadas:** Fornecer suporte técnico aos serviços da DGUE na revisão e aprimoramento de seus processos e metodologias, com o objetivo de otimizar o fluxo de trabalho, eliminar desperdícios e garantir a segurança do paciente.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 18

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

6. PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP) da DGUE, em conformidade com a Portaria MS nº 529/2013, a RDC ANVISA nº 36/2013 e as metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), adota as seguintes metas e protocolos para promover a segurança do paciente na assistência à saúde:

1. Identificar os pacientes correta e adequadamente:

Utilizar pelo menos dois identificadores (nome completo, data de nascimento, nome da mãe) para confirmar a identidade do paciente antes de qualquer procedimento.

2. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e entre serviços de saúde:

Implementar a passagem de plantão estruturada, utilizar prontuário eletrônico do paciente (PEP) e adotar outras ferramentas de comunicação padronizadas para garantir a comunicação clara, completa e tempestiva entre os profissionais de saúde.


3. Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos:

Adotar medidas para prevenir erros de medicação, como a dupla checagem de medicamentos de alta vigilância, a conciliação medicamentosa e a utilização de sistemas de prescrição eletrônica.

4. Garantir a segurança em procedimentos invasivos, incluindo a cirurgia, quando aplicável, com a confirmação do local de intervenção, procedimento e paciente corretos:


Reduzir o risco de eventos adversos antes, durante e depois de um procedimento invasivo, seja ele cirúrgico ou não cirúrgico.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 19

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- 5. Reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS):**
 Implementar medidas para prevenir e controlar as IRAS, como a higienização das mãos em momentos-chave, o uso de precauções padrão e o monitoramento da adesão às boas práticas de higiene.
- 6. Prevenir a ocorrência de quedas e de lesão por pressão:**
 Avaliar o risco de quedas e lesão por pressão dos pacientes, implementar medidas preventivas como o uso de dispositivos de auxílio à mobilidade, a orientação sobre os riscos e o reposicionamento regular dos pacientes acamados.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 20

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

7. PROTOCOLOS E METAS

7.1. Identificação Correta do Paciente


Objetivo:

Assegurar a identificação inequívoca do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde, prevenindo erros de medicação, procedimentos realizados em pacientes ou locais errados, e outros eventos adversos graves.

Implementação:

- **Pulseiras de identificação padronizadas:**
 Uso obrigatório de pulseiras com informações completas e legíveis (nome completo, data de nascimento, nome da mãe) em todos os pacientes.
- **Identificação do leito:**
 Sinalização clara e visível do leito do paciente com as mesmas informações da pulseira.
- **Conferência em dois momentos:**
 Verificação da identidade do paciente em dois momentos distintos antes de qualquer procedimento (por exemplo, perguntar o nome e data de nascimento e conferir na pulseira ou na ausência desta com a identificação do leito).
- **Treinamento:**
 Capacitação contínua da equipe sobre a importância da identificação correta e os procedimentos a serem seguidos.
- **Monitoramento:**
 Auditorias regulares para verificar a adesão ao protocolo e identificar falhas no processo.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 21

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Indicadores de Monitoramento:

1. Número de eventos adversos por falhas na identificação do paciente.
2. Proporção de pacientes com pulseira de identificação padronizada em relação ao total de pacientes internados.

7.2. Melhoria da Eficácia da Comunicação


Objetivo:

Promover a comunicação clara, concisa, completa e eficaz entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, visando à prevenção de erros e a melhoria da qualidade da assistência.

Implementação:

- **Passagem de plantão estruturada:**
 Adoção de um modelo padronizado para a passagem de plantão, garantindo a transmissão completa e organizada das informações relevantes sobre o paciente.
- **Registro completo em prontuário:**
 Documentação detalhada e legível de todas as informações relevantes sobre o paciente, incluindo histórico, exames, tratamentos, intercorrências e plano de cuidados.
- **Comunicação SBAR:**
 Utilização da ferramenta SBAR (Situação, Histórico (Background), Avaliação, Recomendação) para padronizar a comunicação em situações críticas e urgentes.
- **Treinamento em comunicação:**
 Oferecer treinamento aos profissionais de saúde sobre técnicas de comunicação eficaz, escuta ativa, empatia e resolução de conflitos.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 22

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- **Comunicação com pacientes e familiares:**

Utilizar linguagem clara e acessível, fornecer informações completas sobre o estado de saúde, tratamento e prognóstico, e incentivar a participação ativa do paciente e da família no processo de cuidado.

Indicadores de Monitoramento:

1. Número de eventos adversos relacionados a falhas de comunicação.
2. Satisfação dos pacientes e familiares com a comunicação da equipe de saúde.

7.3. Segurança na Prescrição, Distribuição e Administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP)


Objetivo:

Prevenir erros de medicação, especialmente aqueles envolvendo medicamentos potencialmente perigosos (MPP), que podem causar danos graves aos pacientes.

Implementação:

- **Lista de MPP:**
Definir e atualizar a lista de MPP da instituição, com base em evidências científicas e na experiência local.
- **Protocolos para MPP:**
Elaborar e implementar protocolos específicos para a prescrição, armazenamento, dispensação, preparo e administração de MPP, incluindo a dupla checagem e o uso de alertas visuais.
- **Acesso restrito:**
Controlar o acesso aos MPP, limitando-o aos profissionais autorizados e treinados.
- **Tecnologia da informação:**
Utilizar sistemas de prescrição eletrônica.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 23

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

• **Educação e treinamento:**

Capacitar os profissionais sobre os riscos dos MPP, os protocolos de segurança e as medidas a serem tomadas em caso de erro.

Indicadores de Monitoramento:

1. Índice de incidência de erros na utilização de MPP.
2. Índice de notificação de erros/falhas no processo de medicação com MPP.

7.4. Segurança nos Procedimentos Invasivos

Objetivo:

Garantir a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos, minimizando o risco de complicações e eventos adversos.

Implementação:

• **Lista de verificação:**

Utilizar a lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS em todas as cirurgias.

• **Protocolos específicos:**

Elaborar e implementar protocolos para outros procedimentos invasivos, como punções, cateterismos e outros. Implantar a lista de verificação de procedimentos invasivos.


• **Ambiente seguro:**

Garantir que o ambiente seja adequado para a realização do procedimento, com iluminação, limpeza, temperatura e equipamentos adequados.

• **Consentimento informado:**

Obter o consentimento informado do paciente ou responsável antes de realizar o procedimento, explicando os riscos e benefícios.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 24

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

• **Monitoramento e registro:**

Registrar todas as etapas do procedimento, incluindo intercorrências e complicações.

Indicadores de Monitoramento:

1. Índice de complicações em procedimentos invasivos.
2. Índice de infecção do sítio cirúrgico.

7.5. Redução do Risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por Meio da Higienização das Mãos

Objetivo:

Reduzir a incidência de IRAS por meio da promoção da higienização das mãos em momentos-chave, de acordo com as recomendações da OMS.

Implementação:

Disponibilização de recursos: Garantir a disponibilidade de pias com água e sabão, dispensadores de álcool gel e papel toalha em todos os pontos de assistência.

• **Treinamento e educação:**

Capacitar os profissionais sobre a técnica correta de higienização das mãos e os cinco momentos para a higienização, conforme a OMS.


• **Campanhas de conscientização:**

Realizar campanhas de conscientização sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção de infecções.

• **Monitoramento:**

Realizar auditorias para avaliar a adesão à higienização das mãos e o consumo de álcool gel.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 25

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Indicadores de Monitoramento:

1. Índice de adesão à higienização das mãos.
2. Consumo de sabão e álcool em gel das unidades.
3. Índice de infecção relacionada à assistência à saúde.

7.6. Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão

Objetivo:

Prevenir a ocorrência de quedas e lesão por pressão em pacientes internados, minimizando o risco de complicações e prolongamento da internação.

Implementação:

- **Avaliação de risco:**


Realizar a avaliação de risco de queda e lesão por pressão em todos os pacientes na admissão e periodicamente durante a internação utilizando as medidas de avaliação de risco através da escala de Morse, Humpty Dumpty, Braden e Braden Q.
- **Medidas preventivas:**

Implementar medidas preventivas de acordo com o nível de risco do paciente, como a instalação de grades de proteção nas camas, o uso de dispositivos de auxílio à mobilidade, o reposicionamento regular e o uso de colchões especiais.
- **Orientação:**

Orientar pacientes e familiares sobre os riscos de queda e lesão por pressão e as medidas preventivas a serem adotadas.
- **Ambiente seguro:**

Manter o ambiente livre de obstáculos e com boa iluminação.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 26


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- **Notificação e investigação:**

Notificar e investigar os casos de queda e lesão por pressão, buscando identificar as causas e implementar medidas corretivas.

Ao implementar essas metas e protocolos, a DGUE reforça seu compromisso com a segurança do paciente e a qualidade da assistência, buscando oferecer um cuidado cada vez mais seguro, eficaz e humanizado.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 27

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

8. INDICADORES

Os indicadores de qualidade e segurança são ferramentas fundamentais para a gestão eficaz dos serviços de saúde. Eles permitem medir e avaliar elementos-chave da assistência, fornecendo dados objetivos que refletem o desempenho das atividades e processos assistenciais. A utilização de indicadores é necessária para identificar áreas de melhoria, monitorar a eficácia das intervenções e promover a transparência e a responsabilização.


A importância de se medir elementos-chave da assistência, como o índice de eventos adversos, a satisfação do paciente, e o tempo de espera, reside na capacidade de transformar dados em informações valiosas para a tomada de decisões. Através desses indicadores, é possível obter uma visão clara e precisa sobre a qualidade dos cuidados prestados, identificar rapidamente problemas e implantar ações corretivas e preventivas de forma eficiente.

Além disso, a medição contínua dos indicadores de qualidade e segurança contribui para o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua. Ao promover a coleta e análise sistemática de dados, as organizações de saúde podem estabelecer metas claras, acompanhar o progresso em direção a essas metas e ajustar estratégias conforme necessário.

A adoção de indicadores fortalece a comunicação interna e externa. Internamente, eles facilitam a comunicação entre os membros da equipe, promovendo um entendimento comum sobre os objetivos de qualidade e segurança. Externamente, os indicadores permitem que as organizações de saúde prestem contas à sociedade, demonstrando seu compromisso com a excelência e a transparência.

Em resumo, os indicadores de qualidade e segurança são pilares essenciais na gestão dos serviços de saúde. Sua correta implementação e utilização são determinantes para a construção de um sistema de saúde que prioriza a segurança do paciente e a excelência nos cuidados prestados.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 28

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Para efeito deste plano foram estabelecidos os seguintes indicadores:

Índice de Eventos Adversos Relacionados à Falha no Processo de Comunicação:

Definição: Percentual de eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação.
 Objetivo: Reduzir falhas de comunicação que podem comprometer a segurança do paciente.

Índice de Quedas:

Definição: Número de quedas / pacientes-dia.
 Objetivo: Reduzir a incidência de quedas, promovendo um ambiente seguro.

Incidência de Lesão por Pressão (LPP):

Definição: Percentual de novos casos de LPP em pacientes internados.
 Objetivo: Monitorar e reduzir a incidência de LPP.

Proporção de Pacientes com Pulseiras Padronizadas:

Definição: Percentual de pacientes atendidos com pulseiras padronizadas de identificação.
 Objetivo: Melhorar a identificação dos pacientes e prevenir erros de identificação.

Índice de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS):

Definição: Número de IRAS por 1000 pacientes-dia.
 Objetivo: Reduzir a ocorrência de infecções hospitalares.


Índice de Adesão à Higienização das Mãos:

Definição: Percentual de adesão às práticas de higienização das mãos.
 Objetivo: Promover a higiene das mãos para prevenir a transmissão de infecções.

Índice de Eventos Adversos Relacionados à Medicação:

Definição: Percentual de eventos adversos relacionados à medicação.
 Objetivo: Reduzir erros na prescrição, distribuição ou administração de medicamentos.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 29

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Índice de Erros de Identificação de Pacientes:

Definição: Número de erros de identificação /atendimentos.

Objetivo: Garantir a correta identificação dos pacientes para evitar erros.

Índice de Adesão aos Protocolos de Procedimentos Invasivos:

Definição: Percentual de procedimentos invasivos realizados conforme os protocolos estabelecidos.

Objetivo: Assegurar a conformidade com os protocolos para minimizar riscos.

Índice de Revisão de Protocolos de Segurança e Assistenciais:

Definição: Percentual de protocolos revisados no período.

Objetivo: Manter protocolos atualizados para garantir práticas seguras e eficazes.

Número de Não Conformidades:

Definição: Total de não conformidades identificadas durante auditorias e inspeções.

Objetivo: Monitorar e corrigir desvios dos padrões estabelecidos.

Índice de Eventos Adversos Evitáveis:

Definição: Percentual de eventos adversos considerados evitáveis.

Objetivo: Identificar e prevenir eventos que poderiam ser evitados.


8.1. Coleta de indicadores

A coleta de indicadores é um processo essencial para a gestão da qualidade e segurança dos pacientes. Ela permite o monitoramento contínuo dos serviços prestados e a identificação de áreas que necessitam de melhorias. No contexto do plano de qualidade e segurança, a coleta de indicadores será realizada através das seguintes fontes:

8.1.1. Notificações de Não Conformidades e Eventos Adversos:

Descrição: A coleta de dados será feita por meio das notificações de não conformidades e eventos adversos enviadas ao Núcleo de Gestão da Qualidade e

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 30

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


Segurança do Paciente (NGQSP). Essas notificações são fundamentais para identificar falhas no processo de cuidado e para implementar ações corretivas e preventivas. Elas podem ser feitas por profissionais da saúde, pacientes e outros profissionais da DGUE através de diferentes meios.

8.1.2. Formulário de Notificação:

Descrição: As notificações podem ser realizadas utilizando um formulário impresso próprio

O formulário impresso segue o modelo padrão adotado pelo NGQSP (imagem abaixo). Ele foi desenhado para permitir um preenchimento claro e objetivo, facilitando a coleta de informações relevantes sobre os eventos ocorridos. Veja abaixo o modelo visual do formulário utilizado.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 31

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

8.1.3 Link para Notificação Online:

Descrição: Além do formulário impresso, as notificações também podem ser feitas através de um link online disponibilizado pelo NGQSP. Esta forma digital de notificação é uma opção prática e rápida, que facilita o registro de eventos adversos e não conformidades em tempo real.

QR Code: Visando facilitar as notificações, o NGQSP disponibiliza um QR Code para acesso rápido ao formulário online. Esse recurso facilita o envio de notificações diretamente pelo celular ou outros dispositivos, tornando o processo mais ágil e acessível. O QR Code pode ser encontrado em áreas estratégicas das unidades de saúde, garantindo sua visibilidade para todos os profissionais."


Importância das Notificações:

As notificações de não conformidades e eventos adversos são peças-chaves no processo de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente. Elas fornecem informações valiosas sobre falhas e riscos no sistema de saúde, permitindo a identificação de padrões e a implementação de medidas corretivas. Além disso, garantem a transparência e a responsabilidade, promovendo uma cultura de segurança que encoraja os profissionais a relatarem problemas sem medo de represálias. O **sigilo das notificações é assegurado**, protegendo a identidade dos notificadores e incentivando a participação ativa de todos os envolvidos.

8.2. Auditorias do NGQSP

Descrição: As Auditorias do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQSP) são realizadas através de visitas técnicas dos integrantes do NGQSP. Essas auditorias podem ser pré-agendadas ou realizadas de surpresa, e têm como finalidade avaliar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos das unidades em relação aos padrões de qualidade estabelecidos.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 33

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

As visitas técnicas seguem um roteiro detalhado (conforme Anexos B e C) que inclui a verificação de documentos, entrevistas com as equipes multiprofissionais, observação direta dos processos de trabalho e avaliação dos indicadores de qualidade. Durante as auditorias, o papel dos auditores do NGQSP é de orientar e colaborar com as unidades auditadas, identificando oportunidades de melhoria e sugerindo ações corretivas e preventivas. A conduta dos auditores deve ser guiada por princípios de transparência, respeito e apoio ao desenvolvimento de boas práticas.


Roteiro da Auditoria:

- **Revisão Documental:** Verificação de registros, protocolos assistenciais e planos de ação anteriores.
- **Entrevistas com as Equipes:** Conversas estruturadas para entender a rotina, as dificuldades enfrentadas e obter sugestões de melhoria.
- **Observação de Práticas Assistenciais:** Avaliação direta de procedimentos assistenciais e administrativos em andamento.

Unidade Auditada:

A postura dos representantes das unidades auditadas deve ser de abertura, transparência e colaboração. É fundamental que todos os profissionais da unidade estejam engajados em receber os auditores de forma cordial e respeitosa, participar ativamente das entrevistas, compartilhar suas experiências e percepções sobre os processos de trabalho e contribuir com sugestões para a melhoria dos serviços. É essencial que todas as informações e documentos solicitados sejam disponibilizados de forma completa e organizada, garantindo a facilitação do acesso aos dados e o bom andamento da auditoria.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 34


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Cultura de Troca e Melhoria Contínua:

O objetivo é promover uma cultura de troca e aprendizado mútuo entre auditores e auditados, construindo conjuntamente soluções para os desafios encontrados e promovendo a melhoria contínua dos serviços. A auditoria não deve ser vista como um processo punitivo, mas sim como uma oportunidade de crescimento e aprimoramento para todos os envolvidos.

Após a realização da visita técnica, deve ser emitido um relatório prévio contendo as principais constatações, que será entregue ao representante da unidade visitada para ciência e possíveis ajustes. Em seguida, o relatório final será encaminhado à Diretoria Geral para análise e definição das medidas a serem adotadas.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 35

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

9. FLUXOS E PRAZOS OPERACIONAIS PARA TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES E EVENTOS ADVERSOS

9.1. Notificação de Não Conformidades (NC) e Eventos Adversos (EA):

As notificações de Não Conformidade (NCs) e Eventos Adversos (EA) devem ser realizadas por meio do Formulário Online disponibilizado pelo NGQSP cujo link deve ser afixado em local visível ao público interno e externo em todas as unidades da DGUE, sejam estas da administração direta ou geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou utilizando o formulário físico padronizado conforme Anexos D e E. O formulário deve conter informações sobre o tipo de evento, data e hora da ocorrência, local, pessoas envolvidas, descrição detalhada do ocorrido e possíveis causas. Todos os profissionais da DGUE são responsáveis por notificar os eventos, garantindo a identificação e o registro das ocorrências.

9.2. Recebimento e Análise Preliminar de Não Conformidades (NC):


Responsável: NGQSP

Prazo: Imediato ao recebimento da notificação.

Ação: Após receber uma NC, o NGQSP registra o evento e inicia uma análise preliminar para identificar a gravidade e possíveis causas, utilizando a matriz GUT e os seguintes critérios:

- **Gravidade (G):** Representa o impacto da não conformidade, caso não seja corrigida. Avalia as consequências negativas que podem ocorrer para o paciente, para os profissionais de saúde e para a instituição.
 - 1 (Muito Baixa): Impacto mínimo ou insignificante.
 - 2 (Baixa): Impacto leve, com pouco ou nenhum dano para o paciente, para os profissionais de saúde e para a instituição.
 - 3 (Média): Impacto moderado, com potencial para causar dano leve para o paciente, para os profissionais de saúde e para a instituição.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 36


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- o 4 (Alta): Impacto significativo, com potencial para causar dano moderado a grave para o paciente, para os profissionais de saúde e para a instituição.
 - o 5 (Muito Alta): Impacto crítico, com potencial para causar dano grave ou morte ao paciente ou profissionais.

- **Urgência (U):** Representa o tempo disponível para corrigir a não conformidade antes que ela cause maiores danos ou impactos. Avalia a necessidade de ação imediata.
 - o 1 (Muito Baixa): Ação corretiva pode ser postergada sem causar grandes impactos.
 - o 2 (Baixa): Ação corretiva deve ser realizada em breve, mas há tempo para planejamento.
 - o 3 (Média): Ação corretiva deve ser realizada em tempo hábil, com planejamento em curto prazo.
 - o 4 (Alta): Ação corretiva deve ser realizada com urgência, para evitar maiores consequências.
 - o 5 (Muito Alta): Ação corretiva precisa ser imediata, para evitar danos graves ou risco de morte.

- **Tendência (T):** Representa o potencial de agravamento da não conformidade ao longo do tempo, caso não seja corrigida. Avalia a probabilidade de o problema se tornar mais grave ou frequente.
 - o 1 (Muito Baixa): A não conformidade tende a se manter estável ou desaparecer com o tempo.
 - o 2 (Baixa): A não conformidade tem baixa probabilidade de se agravar em curto prazo.
 - o 3 (Média): A não conformidade pode se agravar gradualmente se não for corrigida.
 - o 4 (Alta): A não conformidade tende a se agravar rapidamente se não for corrigida.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 37

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

- o 5 (Muito Alta): A não conformidade tem alta probabilidade de causar danos graves ou irreversíveis em curto prazo.

9.3. Tratamento de Eventos Adversos:

Prazo para Análise Inicial: Até 5 dias úteis após o recebimento do evento adverso.

Responsável: NGQSP

Ação: O NGQSP realiza uma análise detalhada do evento adverso, utilizando as seguintes ferramentas:


- **Diagrama de Causa e Efeito:** O diagrama de causa e efeito, também conhecido como diagrama de Ishikawa ou diagrama espinha de peixe, é utilizado para identificar as possíveis causas do evento adverso, organizando-as em categorias como método, mão de obra, materiais, máquinas, meio ambiente e medidas. Essa ferramenta auxilia na visualização das relações entre as causas e o efeito, facilitando a identificação das causas raiz.
- **Técnica dos 5 Porquês:** A técnica dos 5 porquês é utilizada para aprofundar a investigação das causas do evento adverso, buscando a causa raiz por meio de perguntas sucessivas. Para cada causa identificada, pergunta-se "por quê?" repetidamente, até que se chegue à causa fundamental do problema.

Com base na análise realizada com o diagrama de causa e efeito e a técnica dos 5 porquês, e utilizando a matriz GUT para priorização, o NGQSP define a necessidade de um plano de ação para mitigar os riscos. Caso não haja necessidade de ação imediata, o evento pode ser discutido em reuniões regulares para alinhamento de medidas corretivas e preventivas.

9.4. Plano de Ação: Definição de Responsabilidades:

- **Plano de Ação Proposto pelo NGQSP:** O NGQSP elabora um plano de ação quando o evento adverso ou não conformidade envolve múltiplas áreas ou há

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 38

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

necessidade de mudanças sistêmicas na organização. O prazo para essa elaboração é de até 10 dias úteis após a análise inicial.

- Plano de Ação pela Unidade Interessada:** Quando a não conformidade ou evento adverso é pontual e específico à unidade, a área demandada é responsável por elaborar o plano de ação. Nesse caso, a unidade tem até 15 dias úteis para submeter o plano ao NGQSP para análise.


9.5. Prazos de Resposta das Unidades às Demandas do NGQSP:

- Prazo para envio de informações solicitadas: 5 dias úteis do recebimento da solicitação.
- Prazo para Enviar Plano de Ação: Até 15 dias úteis após a notificação de não conformidade ou evento adverso encaminhado pelo NGQSP.
- Prazo para Implementação das Ações Corretivas: O prazo deve ser definido no plano de ação, dependendo da complexidade das medidas, mas deve ser monitorado pelo NGQSP para garantir a execução no tempo acordado.

9.6. Monitoramento e Reavaliação:

- Responsável: NGQSP e Unidade Demandada
- Prazo: Reuniões de monitoramento devem ser realizadas após a implementação do plano de ação, até que todas as ações sejam concluídas e verificadas.
- Reavaliação: Após a conclusão de todas as ações do plano de ação, o NGQSP e a unidade demandada realizam uma reavaliação do processo para verificar a efetividade das medidas implementadas e identificar a necessidade de ações adicionais. A reavaliação deve ser documentada e seus resultados devem ser utilizados para aprimorar o processo de gestão de não conformidades e eventos adversos.


PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 39

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- BRASIL. 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*, Brasília, DF, 2 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 set. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** de 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 resoluções. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação preparada para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 out. 2010.
- OSASCO. Secretaria de Saúde.** Portaria SS nº 28, de 8 de junho de 2022. *Imprensa Oficial do Município de Osasco*, IOMO nº 2246, Osasco, 8 jun. 2022.
- RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; LEWALLE, P.** Rumo a uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente: conceitos e termos-chave. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.
- WACHTER, Robert M.** Compreendendo a Segurança do Paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.** Resumo das evidências sobre a segurança do paciente: implicações para a pesquisa. Grupo de Trabalho de Definição de Prioridades de Pesquisa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.
- PROQUALIS (FIOCRUZ).** Portal de Segurança do Paciente. Disponível em : <http://proqualis.net/>. Acesso em: 02/05/2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Relatório Técnico: Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente. Genebra: OMS, 2009.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 40

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

12. **MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C.** Avaliação de eventos adversos em hospitais do Brasil. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.
13. **SOUSA, P.; MENDES, W.**, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
14. **SOUSA, P.; MENDES, W.**, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
15. **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH.** Diretriz para Implantação de Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas Filiais EBSEH. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014.

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 41

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

Pesquisa e Elaboração

Centro de Aperfeiçoamento Profissional da 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. Maria Celeste O. M. Tisaka COREN-SP 169303 - ENF

Revisão e Formatação

Enf. José Aparecido de Magalhães COREN-SP 185497 - 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 11/11/2024, 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. Viviane Pereira dos Santos COREN-SP 597152 - ENF	Enfa. Patrícia Maciel Onilio COREN-SP 304601 - ENF


Aprovação

Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
Enf. Eduardo Alberto França COREN-SP 185432- ENF	Enfa. Aparecida Bispo Avelar COREN-SP 351110 - ENF
Dr. James Willames Pires Barbosa CRM-SP 197295	
Diretor Geral	
Enf. Antonio César dos Santos COREN-SP 134770 - ENF	

Aprovado,



Dr. Fernando Machado de Oliveira
 Secretário de Saúde

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 42

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

ANEXOS


ANEXO A - Lista de Verificação para Procedimentos

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	
---	--	---


Lista de Verificação para Procedimentos

Lista de Verificação para Procedimentos		
Antes do Procedimento	Sim	Não
O profissional possui a habilitação legal (registro no conselho profissional) para realizar o procedimento?		
O profissional tem a capacidade técnica comprovada para realizar o procedimento com segurança?		
O profissional está utilizando todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) necessários?		
Foi obtido o consentimento livre e esclarecido do paciente ou familiar para a realização do procedimento? (Em caso de impossibilidade, foi documentado o motivo?)		
O paciente e/ou familiar foram informados sobre o procedimento, seus riscos e benefícios, de forma clara e compreensível?		
O paciente e/ou familiar tiveram a oportunidade de tirar dúvidas e expressar suas preocupações?		
As condições ambientais são adequadas para a realização do procedimento (iluminação, temperatura, limpeza, privacidade)?		
Todos os materiais e equipamentos necessários para o procedimento estão disponíveis, em bom estado de funcionamento e esterilização (se aplicável)?		
Há um plano de contingência para lidar com possíveis intercorrências durante o procedimento?		
O procedimento foi explicado ao paciente de forma clara e compreensível, incluindo os passos a serem realizados e os possíveis desconfortos?		
O paciente foi posicionado corretamente e recebeu os cuidados necessários para garantir seu conforto e segurança durante o procedimento?		
Após o Procedimento	Sim	Não
O paciente recebeu as orientações pós-procedimento necessárias, incluindo cuidados com o local da intervenção, sinais de alerta e quando procurar ajuda médica?		
O procedimento e suas intercorrências foram registrados no prontuário do paciente de forma completa e legível?		

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 43

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


ANEXO B - Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Enfermagem


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---

Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Enfermagem

1. Identificação		
Nome do estabelecimento:		
RT Médico:	CRM:	
RT de Enfermagem:	COREN:	
Nome do responsável pela informação:		
Cargo ocupado pelo responsável pela informação:		
Data:	Horário:	Plantão:
2. Estrutura Geral		
O Acolhimento com Classificação de Risco está aberto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O acolhimento é realizado por qual profissional	<input type="checkbox"/> Enf.	<input type="checkbox"/> Aux./Téc. Enf.
3. Sala de Medicação		
3.1 Assistência		
Soro identificado corretamente:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Há geladeira para medicamentos que precisam ser conservados refrigerados e para material biológico coletado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Na geladeira há apenas materiais permitidos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui termômetro de máxima e mínima	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui conferência diária com carimbo e assinatura	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui registro de higienização mensal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Medicamentos de alta vigilância estão em local adequado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Descarte de perfurocortantes em suporte com altura adequada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Utilização de EPI:		
Luvas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Avental	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Mascara	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Oculos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Gorro	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Disposição de equipamentos e materiais com padrão 5S:		
- Utilização	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Ordenação	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Limpeza	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Ficha de atendimento possui carimbo e assinatura de quem realizou o procedimento. (Avaliar 05 fichas)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 44

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---


4. Sala de Emergência		
4.1 Equipamentos / estrutura disponíveis na sala de emergência:		
Macas/ Cama de Fowler	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui grades	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
E.C.G.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Monitor cardíaco	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Laringoscópio com lâminas, pilhas e lâmpadas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Ventilador à pressão e/ou volume	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Aspirador de secreções	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Caixa de SVD	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Caixa de Acesso Venoso Central	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Caixa de Intubação	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Unidade Manual de Respiração Artificial (AMBU) adulto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Unidade Manual de Respiração Artificial (AMBU) infantil	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Descarte para perfurocortantes em suporte e com altura ideal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Psicotrópicos armazenados em armário/gaveta com chave	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Escada para paciente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Suporte de soro com rodinhas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS: _____		

4.2 Carrinho para reanimação:		
Há fácil acesso ao carrinho	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui lacre	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui registro de conferência diária e mensal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui registro de conferência pós uso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tabua rígida	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Medicamentos fora do prazo de validade	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS: _____		

4.3 Assistência pacientes na Sala de Emergência		
Acesso venoso identificado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Acesso venoso com flebite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Soro identificado corretamente:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação dos equipos (data)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cateter vesical de demora identificado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cateter vesical de demora fixado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação de leito	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação com pulseira	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Grades elevadas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Anotação de Enfermagem de contenção mecânica (quando houver)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 45

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---


Medicação de alta vigilância em local apropriado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Utilização de EPI:		
Luvas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Avental	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Mascara	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Óculos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Gorro	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Disposição de equipamentos e materiais com padrão 5S:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Utilização	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Ordenação	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Limpeza	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS:	_____ _____ _____	
Visita nos locais onde estão os equipamentos e espaços / solicitar anotação do dia.		

5. Enfermarias/Observação

5.1 Assistência (Paciente em Observação ou Internado)		
Acesso venoso identificado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Acesso venoso com flebite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Soro identificado corretamente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação dos equipamentos (data)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cateter vesical de demora identificado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Cateter vesical de demora fixado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação de leito	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação com pulseira	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Grades elevadas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Anotação de Enfermagem de contenção mecânica (quando houver)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Medicação de alta vigilância em local apropriado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Utilização de EPI:		
Luvas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Avental	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Mascara	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Óculos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Gorro	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Disposição de equipamentos e materiais com padrão 5S:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Utilização	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Ordenação	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Limpeza	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 46


	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---

6. Prontuários		
Prontuário contém dados de identificação do paciente com todos os campos essenciais devidamente preenchidos	() SIM	() NAO
Possui registro de checagem das prescrições medicas com data, hora e carimbo.	() SIM	() NAO
Histórico de enfermagem	() SIM	() NAO
Prescrição de enfermagem	() SIM	() NAO
Evolução de enfermagem	() SIM	() NAO
Anotação de enfermagem	() SIM	() NAO
Possui registro de checagem das prescrições de enfermagem	() SIM	() NAO
Em todos os registros de enfermagem possui carimbo e assinatura de quem realizou o procedimento.	() SIM	() NAO
Há Relatório de Enfermagem para Transferência Externa (RETE)	() SIM	() NAO
OBS: _____ _____ _____		
Solicitar: 02 prontuários com permanência acima de 24 horas		

Sugestões/anotações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 47

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---

7. Central de Material e Esterilização


Autoclave	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Estufa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Realiza e registra teste biológico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Realiza e registra teste de Bowie & Dick	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Realiza e registra teste de Ácido Peracético	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Possui identificação e validade das soluções	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Normas e rotinas dos procedimentos internos do CME	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Há controle da data de esterilização do material estocado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Há materiais vencidos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Há controle da esterilização do material através do teste de indicador químico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O material da área limpa está armazenado em local adequado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Utilização de Equipamento de Proteção individual – EPI. Quais?		
Luvas de procedimento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Luvas de borracha ¾	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Avental Impermeável	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Máscara	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Óculos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Disposição de equipamentos e materiais com padrão 5S:		
- Utilização	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Ordenação	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Limpeza	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tem inventário mensal de material? Quais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Material em estoque	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Material em manutenção	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
- Material em uso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBS: _____		

Visita nos locais onde estão os equipamentos e espaços. Solicitar: livro com registro da realização dos testes e POP.		

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 48

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

ANEXO C - Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Médica


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE
---	---

Roteiro de Visita Técnica do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - Área Médica


1. Identificação		
Nome do estabelecimento:		
RT Médico:	CRM:	
RT de Enfermagem:	COREN:	
Nome do responsável pela informação:		
Cargo ocupado pelo responsável pela informação:		
Data:	Horário:	Plantão:

2. INSTRUMENTO DE VERIFICAÇÃO AREA MEDICA		
Equipe completa conforme escala *Se não, relatar nome do profissional:	() SIM	() NÃO
Equipe presente *Se não, relatar motivo da ausência do profissional:	() SIM	() NÃO
Evolução médica do dia	() SIM	() NÃO
Ficha preenchida corretamente *Se não, relatar o que está faltando:	() SIM	() NÃO
Prescrição médica atende aos padrões de Segurança do Paciente:		
Clareza	() SIM	() NÃO
Ordenação	() SIM	() NÃO
Legibilidade	() SIM	() NÃO
Canmbo e assinatura	() SIM	() NÃO
OBS:		

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 49

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


ANEXO E - Notificação de Queda

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP Número da notificação
---	---	---------------------------------------


NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

1. Identificação do Paciente: Nome: _____ Idade: ____ Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Referente à queda: Diagnóstico Médico: _____ Avaliado risco de queda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Elevado Data da queda __/__/____ Horário da queda ____:____
3. Queda: <input type="checkbox"/> Da própria altura Local: _____ <input type="checkbox"/> Do leito: () Com grades levantadas () Com grades abaixadas () Sem grades <input type="checkbox"/> Da maca: () Com grades levantadas () Com grades abaixadas () Sem grades <input type="checkbox"/> Da cadeira: () Rodas () Banho () Poltrona	
4. No momento da queda: Contenção: <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Não se aplica Com acompanhante: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Foi orientado	
5. Nível de consciência do paciente: Antes da queda: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inconsciente Imediatamente após a queda: <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado Trauma de Crânio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
6. Sinais apresentados: <input type="checkbox"/> Hematoma Local: _____ <input type="checkbox"/> Equimose Local: _____ <input type="checkbox"/> Ferimentos Local: _____ <input type="checkbox"/> Fratura Local: _____ Sinais vitais imediatamente após a queda: PA: _____ FC: _____ Glicemia Capilar: _____	7. Conduta médica: <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> RX Local: _____ <input type="checkbox"/> Tomografia Local: _____ <input type="checkbox"/> Outro(s) Local: _____
8. Descrição da queda: _____ _____ _____	
9. Identificação: _____ _____	
Assinatura e carimbo do profissional que notificou	Assinatura e carimbo do médico que avaliou

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 51

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

ANEXO F - Escala de avaliação do risco de queda de Morse


	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGOSP
	Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse	

Nome do paciente:			
Nome da mãe:			
Data de nascimento:			
Itens avaliados	Não	Sim	Score
História de queda nos últimos 3 meses	0	25	
Diagnóstico secundário	0	15	
Ajuda na deambulação			
1. Nenhum, acamado, auxiliado por profissional de saúde 2. Bengala, muleta ou andador 3. Mobiliário / parede	0	0	
	0	15	
	0	30	
Terapia venosa/ Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	0	20	
Marcha			
1. Normal, sem deambulação, acamado, cadeira de rodas 2. Fraca 3. Comprometida / cambaleante	0	0	
	0	10	
	0	20	
Estado mental			
1. Orientado / capaz quanto a sua capacidade / limitação 2. Superestima capacidade / esquece limitações	0	0	
	0	15	
SOMA			

Baixo risco: 0-24 pontos
 Médio risco: 25-44 pontos
 Alto risco: ≥ 45 pontos

Identificação do Profissional

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 52

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


ANEXO G - Escala de avaliação do risco de queda de Humpty Dumpty

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	--------------

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Humpty Dumpty

Nome do paciente:		
Nome da mãe:		
Data de nascimento:		
Parâmetros	Crêterios	Pontuação
Idade	Menores de 3 anos	4
	3 a 6 anos	3
	7 a 12 anos	2
	Acima de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tontura)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda/bebê em cama	4
	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha / Bebê em berço / Quarto com muito equipamento / Quarto com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação utilizada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos; hipnóticos; barbitúricos; antidepressivos; laxantes; diuréticos; narcóticos.	3
	Um dos medicamentos acima mencionados	2
	Outros medicamentos / nenhum	1

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 53

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	--------------


Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia / Sedação / Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas / Nenhum	1
SOMA		

Total 7-11 baixo risco de queda.


Total acima de 12 - alto risco de queda.

Identificação do Profissional

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 54

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


ANEXO H - Escala de avaliação do risco de lesão por pressão de Braden

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	-------

Escala de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão de Braden

Nome do paciente:					
Nome da mãe:					
Data de nascimento:					
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limita a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.	
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.	
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína induz somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 55

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	-------


FRIÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contração ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	PONTUAÇÃO TOTAL ➔

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		


Copyright: Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos, 1999. Disponível em: <http://www.bradencare.com/translations.htm>. Paranhos WY, Santos VLOG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP, 1996; 33 (1º esp): 191-206. Disponível em: <http://143.107.173.br/enusp/ufscad/pdf/795.pdf>.

Identificação do Profissional

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 56

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			


ANEXO I - Escala de avaliação do risco de lesão por pressão de Braden Q

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	-------

Escala de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão de Braden Q

Nome do paciente:				
Nome da mãe:				
Data de nascimento:				
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda
ATIVIDADE Grau de atividade física	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo	2. Restrito a cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agita), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	4. Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir dor ou desconforto
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade	1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente úmida, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte Ciscalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra	1. Problema importante: A espasticidade, a contractura, o prurido ou, a agitação levam a criança deitar-se no leito e há fricção quase constante	2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência	3. Problema potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega	4. Nenhum problema: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 57

	Prefeitura de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE		PROTOCOLO: 011
	Aprovado em: 09/12/2021	Revisão: 01 11/11/2024	Próxima: 11/2026
PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE			

	Prefeitura do Município de Osasco Secretaria da Saúde Diretoria Geral de Urgência e Emergência - DGUE	NGQSP
---	---	-------

NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.	
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM < 50mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotensa. Apresenta saturação de oxigênio < 95% ou a hemoglobina < 10mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico < 7.40.	3. Adequada: Normotensa. Apresenta saturação de oxigênio < 95% ou a hemoglobina < 10mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotensa. Apresenta saturação de oxigênio > 95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.	
				PONTUAÇÃO TOTAL ➔	

Risco muito alto	9 ou menos	Sem risco	16 a 23
Risco alto	10 a 12		
Risco moderado	13 a 15		

Identificação do Profissional

PLANO DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	PROTOCOLO: 011		Aprovado em: 09/12/2021
	Revisão: 01	Próxima: 11/2026	Página 58

SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
CORREGEDORIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

**INTIMAÇÃO**

Processo Administrativo Disciplinar nº 07 /2021

Por ordem do Senhor Inspetor Regional Rildo Hernandes Freire, Corregedor da Guarda Civil Municipal da GCMO, fica o Advogado, Dr. João Carlos Campanini OAB/SP nº 258.168, constituído pelo servidor, **GCM 1º Classe Ivanildo Gomes de Andrade – matrícula nº 177.372**, tendo em vista o disposto no artigo 52 da Lei Complementar Nº 129/05, a comparecer nesta Corregedoria Geral da Guarda Civil, sito a Rua Ângelo Maglio, nº 45 – Vila Yara – Osasco/SP, na audiência designada para o dia **25 de novembro de 2024, às 09:00 horas.**

Osasco, 14 de novembro de 2024

CLASSE DISTINTA JACQUELINE LOPES DE LIMA OLIVEIRA
PRESIDENTE DA COMISSÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
CORREGEDORIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL



INTIMAÇÃO

Processo Administrativo Disciplinar nº 07 /2021

Por ordem do Senhor Inspetor Regional Rildo Hernandes Freire, Corregedor da Guarda Civil Municipal da GCMO, fica o Advogado, Dr. João Carlos Campanini OAB/SP nº 258.168, constituído pelo servidor **GCM 2º Classe Jackson Roger Silvestre da Silva – matrícula nº 191.840**, tendo em vista o disposto no artigo 52 da Lei Complementar Nº 129/05, a comparecer nesta Corregedoria Geral da Guarda Civil, sito a Rua Ângelo Maglio, nº 45 – Vila Yara – Osasco/SP, na audiência designada para o dia **25 de novembro de 2024, às 09:00 horas**.

Osasco, 14 de novembro de 2024

CLASSE DISTINTA JACQUELINE LOPES DE LIMA OLIVEIRA
PRESIDENTE DA COMISSÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
CORREGEDORIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL



INTIMAÇÃO

Processo Administrativo Disciplinar nº 07 /2021

Por ordem do Senhor Inspetor Regional Rildo Hernandes Freire, Corregedor da Guarda Civil Municipal da GCMO, fica o Advogado, Dr. João Carlos Campanini OAB/SP nº 258.168, constituído pelo servidor, **GCM Classe Distinta André de Figueiredo Souza – matrícula nº 142.548**, tendo em vista o disposto no artigo 52 da Lei Complementar Nº 129/05, a comparecer nesta Corregedoria Geral da Guarda Civil, sito a Rua Ângelo Maglio, nº 45 – Vila Yara – Osasco/SP, na audiência designada para o dia **25 de novembro de 2024, às 09:00 horas.**

Osasco, 14 de novembro de 2024

CLASSE DISTINTA JACQUELINE LOPES DE LIMA OLIVEIRA
PRESIDENTE DA COMISSÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
CORREGEDORIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL



INTIMAÇÃO

Processo Administrativo Disciplinar nº 07 /2021

Por ordem do Senhor Inspetor Regional Rildo Hernandes Freire, Corregedor da Guarda Civil Municipal da GCMO, fica o Advogado, Dr. João Carlos Campanini OAB/SP nº 258.168, constituído pelo servidor, **GCM 2º Classe Thiago Pastorinho Rodrigues – matrícula nº 190.904**, tendo em vista o disposto no artigo 52 da Lei Complementar Nº 129/05, a comparecer nesta Corregedoria Geral da Guarda Civil, sito a Rua Ângelo Maglio, nº 45 – Vila Yara – Osasco/SP, na audiência designada para o dia **25 de novembro de 2024, às 09:00 horas.**

Osasco, 14 de novembro de 2024

CLASSE DISTINTA JACQUELINE LOPES DE LIMA OLIVEIRA
PRESIDENTE DA COMISSÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
CORREGEDORIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL



INTIMAÇÃO

Processo Administrativo Disciplinar nº 07 / 2021

Por ordem do Sr. Inspetor Regional Rildo Hernandes Freire Corregedor da Guarda Civil Municipal de Osasco, fica o Advogado, Dr. Olímpio Ferreira Magalhães OAB/SP nº 412.263, constituído pelo servidor, **GCM 2ª Classe Aeliton Santos da Silva – matrícula nº 190.843**, tendo em vista o disposto no artigo 52 da Lei Complementar Nº 129/05, a comparecer nesta Corregedoria Geral da Guarda Civil, sito a Rua Ângelo Maglio, nº 45 – Vila Yara – Osasco/SP, na audiência designada para o **dia 25 de novembro de 2024, às 09:00 horas.**

Osasco, 14 de novembro de 2024.


Classe Distinta Jacqueline Lopes de Lima Oliveira
Presidente da Comissão Processante



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
GABINETE DO SECRETÁRIO

Processo Administrativo: nº 000291/2023

Interessado: **MARIA DO CARMO ALVES COELHO.**

Assunto: **Deferimento de pedido de Transferência de titularidade da permissão de uso para exploração de espaço público em feiras.**

Despacho:

- 1) Acolho as informações fornecidas pelo Departamento de Fiscalização e Controle Urbano – DFCU às fls. nº 24, **DEFIRO** o pedido de transferência de titularidade do termo de permissão de uso para exploração de espaço público em feiras livres do Município, de **Maria do Carmo Alves Coelho**, inscrição municipal nº **118.334**, no ramo de empório para **Fabiana da Silva Isidoro**.
- 2) Publique-se;
- 3) Ao DFCU - archive-se.

Osasco, 11 de novembro de 2024


JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA.
Secretário de Segurança e Controle Urbano.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Processo Administrativo: nº 016186/2023

Interessado: **ALUISIO MATIAS DE OLIVEIRA.**

Assunto: **DEFERIMENTO DE CONCESSÃO DE LICENÇA DE FEIRANTE PARA EXPLORAÇÃO DE ESPAÇO PÚBLICO EM FEIRAS LIVRES DO MUNICÍPIO DE OSASCO.**

Despacho:

- 1) Acolho as informações fornecidas pelo Sra. Diretora do Departamento de Fiscalização e Controle Urbano às fls. 17, e **DEFIRO** o pedido de Concessão de Licença de Feirante para exploração de espaço público em feiras livres do **Jardim Imperial (Quinta Feira) e Helena Maria (Domingo)** no Município de Osasco pelo(a) Interessado (a) sob o número de IM 178.097.
- 2) Publique-se;
- 3) Ao DFCU- archive-se.

Osasco, 12 de novembro de 2024.


JOSE VIRGOLINO DE OLIVEIRA.
Secretário de Segurança e Controle Urbano.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Protocolo Digital: nº 202403339198.

Assunto: **LACRE DO ESTABELECIMENTO**

Despacho:

1). Nos termos das normas descritas na **Lei nº 383 de 17/09/2020 artigo 7º, § 2º**, que dispõe o seguinte:

Art. 7º Na existência de qualquer tipo estabelecimento sem o devido Alvará de Funcionamento válido será expedida notificação pela unidade competente para que, no prazo de 30 (trinta) dias, sejam realizados os atos necessários à sua regularização.

§ 2º Na hipótese do caput deste artigo, caso não seja cumprido o prazo fixado, o estabelecimento será fechado e lacrado pelo órgão competente, sem prejuízo das demais penalidades aplicáveis à espécie.

DETERMINO o encerramento das atividades mediante **LACRE**, nas portas do estabelecimento comercial descrito abaixo:

- a). **“ADEGA 99 LOUNGE”** localizado na Av. Valter Boveri, nº 914 –Jd. Novo Osasco - Osasco /SP.
- 2). Publique-se;
- 3). Segue para as devidas providências.

Osasco, 12 de novembro de 2024.


JOSÉ VIRGOLINO DE OLIVEIRA.

Secretário de Segurança e Controle Urbano.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E CONTROLE URBANO
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
GABINETE DO COMANDO GERAL



Portaria nº. 004/GCM/ATC/2024.

ERIVAN DA SILVA GOMES, Comandante Geral da Guarda Civil Municipal de Osasco, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, resolve transcrever na íntegra o elogio feito pelo Sr. Paulo Jorge Duda de Moraes referente ao suporte dado em 08 de novembro de 2024 às 23h, pela guarnição abaixo citada:

“Bom dia,

Venho por meio deste prestar meus agradecimentos pelo apoio prestado na data de ontem às 23:00, por ocasião de um incidente com meu carro, onde se encontrava eu e minha esposa vulneráveis devido à situação.

O 3ª CL Rafael Silva e a 3ª CL Trindade, desde o primeiro momento de contato se prontificaram em fazer a proteção de nossas vidas e bens até o final do ocorrido.

Com isso, quero deixar registrado meus agradecimentos.

BRAVO ZULU”

Respeitosamente,

PAULO JORGE Duda de Moraes

Capitão de Corveta

(EN)Oficial Aluno

Publique- se.

ERIVAN DA SILVA GOMES

Comandante da Guarda Civil Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE OSASCO

Instituto de Previdência do Município de Osasco
Autarquia Municipal criada pela Lei 647 de 4 de julho de 1967

IPMO

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo, torna público;

PROCESSO Nº: 1501/2024

ASSUNTO: APOSENTADORIA POR IDADE

INTERESSADO(A): REGINA CÉLIA FERNANDES CASSIOLI

RESULTADO: INDEFERIDO

Osasco, 13 de novembro de 2024.


FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO P
PRESIDENTE



Instituto de Previdência do Município de Osasco
Autarquia Municipal criada pela Lei 647 de 4 de julho de 1967

IPMO

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo, torna público;

PROCESSO Nº: 1085/2022

ASSUNTO: APOSENTADORIA ESPECIAL DE PROFESSOR

INTERESSADO(A): MARIA CECILIA BASTOS

RESULTADO: INDEFERIDO

Osasco, 13 de novembro de 2024.

**FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO P
PRESIDENTE**

**Instituto de Previdência do Município de Osasco**

Autarquia Municipal criada pela Lei nº 647 de 4 de Julho de 1967

**Portaria n. 419/2024****Osasco, 12 de novembro de 2024**

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo e considerando o parecer favorável da Procuradoria Judicial,

RESOLVE:

I – Aposentar na modalidade Especial de Professor a servidora **GIANE CELESTE FIDELIS NEVES**, RG nº 19.429.430-4, CPF/MF nº 156.790.568-44, PIS/PASEP nº 124.25466.70.5, titular do cargo de provimento efetivo de PEB I – 27 Horas, junto a Prefeitura do Município de Osasco, sob matrícula nº 80.261, com proventos integrais e paridade, nos termos que dispõe o Art. 15º, incisos I, II, III, IV e V, §§ 1º, 2º, 3º e 4º, alínea “a”, da Lei Complementar 391/2021, conforme Processo Administrativo nº 2951/2023.

II – Esta Portaria tem efeito para levantamento de valores correspondente ao PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço).

III – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/11/2024.

Registre-se, cumpra-se.



FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO
PRESIDENTE

**Instituto de Previdência do Município de Osasco**

Autarquia Municipal criada pela Lei nº 647 de 4 de Julho de 1967

**Portaria n. 420/2024****Osasco, 12 de novembro de 2024**

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo e considerando o parecer favorável da Procuradoria Judicial,

RESOLVE:

I – Aposentar na modalidade Especial de Professor a servidora **SILVIA CRISTINA TAVARES**, RG nº 20.682.428-2, CPF/MF nº 130.721.738-93, PIS/PASEP nº 122.93853.46.4, titular do cargo de provimento efetivo de PEB II – DEFICIÊNCIA MENTAL, junto a Prefeitura do Município de Osasco, sob matrícula nº 173.868, com proventos baseados na Média de Contribuição, sem integralidade e sem paridade, nos termos que dispõe o Art. 15º, incisos I, II, III, IV e V, §§ 1º, 2º, 3º e 4º, alínea “b”, da Lei Complementar 391/2021, conforme Processo Administrativo nº 1746/2021.

II – Esta Portaria tem efeito para levantamento de valores correspondente ao PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço).

III – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/11/2024.

Registre-se, cumpra-se.

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO
PRESIDENTE

**Instituto de Previdência do Município de Osasco**

Autarquia Municipal criada pela Lei nº 647 de 4 de Julho de 1967

**Portaria n. 421/2024****Osasco, 12 de novembro de 2024**

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo e considerando o parecer favorável da Procuradoria Judicial,

RESOLVE

I – Aposentar na modalidade Voluntária Especial a **ARI RANDO**, servidor ocupante de cargo de provimento efetivo de AUXILIAR DE ENFERMAGEM, matrícula da PMO n. 68.257, com base na última remuneração do cargo efetivo, com proventos integrais e paridade, nos termos que dispõe o Art. 17º, incisos I, II e III, §§ 1º, 2º e 3º, alínea “a” Lei Complementar n. 391/2021, conforme Processo Administrativo n. 0401/2018.

II – Esta Portaria tem efeito para levantamento de valores correspondente ao PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço).

III – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/11/2024.

Registre-se, cumpra-se.

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO**PRESIDENTE**

**Instituto de Previdência do Município de Osasco**

Autarquia Municipal criada pela Lei nº 647 de 4 de Julho de 1967

**Portaria nº 422/2024****Osasco, 12 de novembro de 2024**

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO, Presidente do Instituto de Previdência do Município de Osasco, no uso das atribuições de seu cargo e considerando o parecer favorável da Procuradoria Judicial,

RESOLVE:

I – **Aposentar** na modalidade Voluntária por Idade a servidora **TELMA APARECIDA SANTANA LIBERTI**, RG nº 10.645.392-0, CPF/MF nº 247.617.818-74, PIS/PASEP nº 1.088.120.697-8, titular do cargo de provimento efetivo de PEB I ADJUNTO – 21 Horas, junto a Prefeitura do Município de Osasco, sob matrícula nº 94.251, na referência Proporcional ao Tempo de Contribuição, sem paridade e sem integralidade, nos termos que dispõe o Art. 7º, §§ 1º, 2º e 3º, Art. 19º, inciso II da LC nº 391/2021, Art. 1º e Art. 15º da Lei Federal nº 10.887/2004, conforme Processo Administrativo nº 1783/2024.

II – Esta Portaria tem efeito para levantamento de valores correspondente ao PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço).

III – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/11/2024.

Registre-se, cumpra-se.

FRANCISCO CORDEIRO DA LUZ FILHO
PRESIDENTE



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

Faço saber que pretendem se casar e apresentaram os documentos exigidos pelo art.1525 do Código Civil Brasileiro.

DEYVID DA SILVA FREITAS, brasileira, solteiro, autônomo, nascido em 1º Subdistrito, Osasco, Osasco, SP , aos 07/06/1993, filho de JOÃO TAVARES DE FREITAS e de ILDACIR DA SILVA, residente em Osasco, SP ANA CAROLINE DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, nascida em 13º Subdistrito Butantã, São Paulo, São Paulo, SP , aos 25/05/1999, filha de MARIA ZILDA DA SILVA, residente em Osasco, SP

RENATO BALLADARES DE OLIVEIRA, brasileira, solteiro, autônomo, nascido em 1º Subdistrito, Osasco, Osasco, SP , aos 15/03/1987, filho de JOEL BALLADARES DE OLIVEIRA e de SUELI SILVA DE OLIVEIRA, residente em Osasco, SP JAQUELINE SANTOS ALVES, brasileira, divorciada, operadora de pedágio, nascida em Salto Grande, SP, Registrada em Ribeirão do Sul, Salto Grande, SP , aos 07/11/1995, filha de LUIZ ALBERTO DE OLIVEIRA e de ROSANA CRISTINA DOS SANTOS, residente em Osasco, SP

JACKSON SANTANA DAVID, brasileira, solteiro, motorista, nascido em 2º Subdistrito, Osasco, Osasco, SP , aos 03/08/1989, filho de LUIZ DAVID e de ELDA MARIA DE SANTANA, residente em Osasco, SP MARIA PACHECO ROLIM, brasileira, solteira, autônoma, nascida em Carapicuíba, SP, Registrada em Itapevi, Carapicuíba, SP , aos 07/07/1983, filha de JOVENTINO PACHECO ROLIM e de TERESA ANTONIA OLIVEIRA ROLIM, 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 Município de Osasco SP



PODER JUDICIÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS - 2º SUBDISTRITO DO MUNICÍPIO DE OSASCO - SP
BEL. GELSEN ANDRADE ADDARIO - OFICIAL

Faço saber que pretendem se casar e apresentaram os documentos exigidos pelo art. 1525 do Código Civil Brasileiro.

HERCULES BAHIA NASCIMENTO JÚNIOR, brasileira, solteiro, técnico de aquecedores, nascido em Ilhéus, Ilhéus, BA, aos 11/10/1984, filho de HERCULES BAHIA NASCIMENTO e de ROSILENE BATISTA DOS SANTOS, residente em Osasco, SP. ANGELA MARIA DA SILVA, brasileira, divorciada, do lar, nascida em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 05/05/1990, filha de AGENOR MANOEL DA SILVA e de MARIA DAS DORES DA SILVA, residente em Osasco, SP. Osasco, 12/11/24.

ADAUTO FRANCISCO DAMASCENO, brasileira, solteiro, carreteiro, nascido em Canapi, Canapi, AL, aos 03/02/1969, filho de JOSÉ FRANCISCO DAMASCENO e de TEREZA MARIA DAMASCENO, residente em Osasco, SP. ROSITA DA SILVA FEITOSA, brasileira, divorciada, cozinheira, nascida em Itauera, Itauera, PI, aos 21/12/1961, filha de JOSÉ ELIAS FEITOSA e de MARIA ROSA DA SILVA FEITOSA, residente em Osasco, SP. 12/11/24.

JHONATAN DAS CHAGAS DOS SANTOS, brasileira, solteiro, agente de fiscalização, nascido em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 17/07/1996, filho de WAGNER DAS CHAGAS DOS SANTOS e de JOSELMA CRISTINA LUCAS DE ALBUQUERQUE, residente em Osasco, SP. THUANY JOSISTELA DE JESUS, brasileira, solteira, manicure, nascida em Subdistrito Butantã - São Paulo, São Paulo, SP, aos 15/07/1993, filha de ELISEU NASCIMENTO DE JESUS e de GLAUCIA JOSISTELA DE CAMPOS DE JESUS, residente em Osasco, SP. Osasco, 12/11/24.

JEAN CARLOS LORENTINO DOS SANTOS, brasileira, solteiro, vigilante, nascido em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 19/01/1994, filho de LUCIANO DOS SANTOS e de LUCIMARA APARECIDA LORENTINO, residente em Osasco, SP. DANIELE CRISTINE MARQUES MACEDO, brasileira, solteira, vendedora, nascida em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 19/10/1996, filha de PAULO EDUARDO DE ALMEIDA MACEDO e de CRISTIANA SOARES MARQUES, residente em Osasco, SP. Osasco, 13/11/24.

SEBASTIÃO PEDRO CORREIA, brasileira, viúvo, controlador de acesso, nascido em Paulo Jacinto, Paulo Jacinto, AL, aos 20/10/1963, filho de MANOEL PEDRO CORREIA e de REGINA APRIGIO DOS SANTOS, residente em Osasco, SP. NADJA MARIA DOS SANTOS, brasileira, divorciada, operadora de caixa, nascida em Recife, Recife, PE, aos 26/05/1970, filha de LUIZ JERÔNIMO DOS SANTOS e de QUITERIA MARIA DOS SANTOS, residente em Osasco, SP. Osasco, 13/11/24.

ERICK CEZAR DE OLIVEIRA RODRIGUES, brasileira, solteiro, barbeiro, nascido em São Paulo, São Paulo, SP, aos 17/04/2005, filho de THALES CEZAR MARQUES RODRIGUES e de RAFAELA SOUZA DE OLIVEIRA, residente em Osasco, SP. ALYNE SOUSA LIMA, brasileira, solteira, do lar, nascida em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 20/11/2002, filha de DARCI FELIPE DE LIMA e de ANTONIA DE SOUSA, residente em Osasco, SP. Osasco, 13/11/24.

CAUAN PACHECO QUEIROGA SILVA, brasileira, solteiro, operador auxiliar, nascido em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 22/10/2004, filho de JAMILSON QUEIROGA SILVA e de DANIELA QUADROS PACHECO, residente em Osasco, SP. EVILIN CAUANY VITOR MACARIO, brasileira, solteira, do lar, nascida em 2º Subdistrito de Osasco, Osasco, SP, aos 30/11/2005, filha de ROBERTO APARECIDO NUNES MACARIO e de ERICA VITOR DOS SANTOS, residente em Osasco, SP. Osasco, 13/11/24.

Se alguém souber de algum impedimento que oponha-o na forma da Lei Lavro o presente para ser afixado na Imprensa Oficial do Município de Osasco SP