



# *Câmara Municipal de Cajamar*

Estado de São Paulo

## GABINETE DO VEREADOR

### INDICAÇÃO Nº 113 / 2025

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores,

Indico ao Exmo. Prefeito Municipal Sr. Kauã Berto Sousa Santos, para que estude junto a Secretaria competente da municipalidade, a possibilidade de atender a Casa de Passagem – HACALI, com aumento no repasse da verba conforme solicitado no Ofício nº 001/2025 protocolado nesta Casa sob nº 60/2025 com os anexos juntados ao processo.

### JUSTIFICATIVA

Justifico a presente indicação, tendo em vista que o Hacali tem prestado serviços à comunidade cajamarense, é um trabalho voltado ao social de grande valia, resgatando vidas com dignidade e perseverança, justificando plenamente estudos para que o repasse seja revisto e acompanhado de perto pela área pública de nossa cidade.

Plenário Ver. Waldomiro dos Santos, 03 de fevereiro de 2.025.

**EDIVILSON LEME MENDES (PRETINHO)**  
Vereador

|  |
|--|
| CÂMARA MUNICIPAL DE CAJAMAR                |
| Incluído no expediente da sessão Ordinária |
| Realizada em <u>12 / fevereiro / 2025</u>  |
| Despacho: <u>Encaminhado</u>               |
| <b>EDIVILSON LEME MENDES</b>               |
| Presidente                                 |

### CAMARA MUNICIPAL DE CAJAMAR

PROTOCOLO  
307/2025

DATA / HORA  
03/02/2025 09:47:49

USUÁRIO  
066.XXX.XXX-62



**CASA DE PASSAGEM-HACALI**  
Chácara Rodeo - Rua Buritama, 04 - Ponanduva Cajamar / SP  
Tel. 44083056  
CNPJ: 61.704.086/0001-28

**CAMARA MUNICIPAL DE CAJAMAR**

Cajamar, 06 de janeiro de 2025.                      PROTOCOLO                      DATA / HORA                      USUÁRIO  
60/2025                      07/01/2025 14:16:44                      066.XXX.XXX-62

Ofício nº. 001/2025

A Camará Municipal de Cajamar.

A/C Sr. Presidente Edivilson Leme Mendes, e nobres vereadores.

Venho através deste solicitar ao colegiado que se possível intervenha junto ao prefeito municipal Sr. Kauan Berto e sua secretaria de assistência e desenvolvimento social na pessoa de seu secretário Sr. Niedson Silva de Souza Filho, um aumento de 35% a esta instituição identificada acima que presta um serviço de extrema relevância para este município.

O Hácali é uma instituição sem fins lucrativos, fundada em abril de 1991 iniciou suas atividades no tratamento para dependência química, oferecendo tratamento para adultos. Em 2014 passou a ofertar o serviço de acolhimento institucional na modalidade Casa de Passagem. Nos anos de 2021, 2022, 2023 e 2024 a instituição estendeu seus trabalhos com o serviço de Acolhimento Emergencial de Inverno (Alojamento Provisório) na cidade de Cajamar. Também no ano de 2023 ampliando o atendimento ao serviço, como abrigo institucional na cidade de Jundiá e assumindo os trabalhos do Centro Dia do Idoso no dia 10/08/2024, bairro do Polvilho/Cajamar.

Motivos deste ofício passo a expor aos nobres.

Justificativas:

Na data de 23/08/2024, recebemos a visita do Sr. Promotor de justiça Dr. Eduardo Henrique Pascoa que juntamente com a oficial de promotoria Sra. Marcela Salani de Souza que ao identificar algumas situações de ordem a melhorar os atendimentos dos acolhidos que vem usufruir dos serviços da casa de passagem solicitou aos órgãos fiscalizadores que fiscalizassem a instituição para tais apontamentos e providencias que passo aos senhores.



**CASA DE PASSAGEM-HACALI**  
Chácara Rodeo - Rua Buritama, 04 - Ponanduva Cajamar / SP  
Tel. 44083056  
CNPJ: 61.704.086/0001-28

**MPSP Ministério Público do estado de São Paulo, Roteiro de visita  
01/10/2024.**

**Visita da vigilância sanitária de Cajamar, 10/10/2024 documentos xerox  
em anexo.**

**Visita do conselho regional de nutricionistas- 3ª região documento xerox  
em anexo. 21/10/2024**

**Visita do conselho regional de enfermagem SP, notificação xerox em  
anexo.11/11/2024**

**Ofício da comissão de monitoramento e avaliação – CMA 3º Setor xerox  
em anexo. 12/11/2024.**

Diante de todas estas solicitações se tornam quase impossível continuar a prestação de serviço com o valor atual sendo que estamos indo para 02 (dois) anos sem nenhum aumento e já cientes que em março 2025 temos que acompanhar o aumento de quase 5% da inflação aos funcionários, fora os aumentos normais de tudo, deixamos claro que dentro deste pedido está, o registro (CLT) a profissionais que ainda se encontram como RPA (registro de pessoa autônoma) precisamos da contratação de mais um profissional de cozinha, também um cuidador para cobrir férias dos demais

e também as contratações pertinentes as solicitações e apontamentos dos órgãos fiscalizadores.

Sendo assim peço ao Sr. Presidente e nobres vereadores que apreciem com muito carinho e respeito este ofício e faça jus a este serviço que não gostaríamos de parar e sim contribuir ainda mais com nossa cidade e população em estado de vulnerabilidade social.

Sem mais, atentamente.



**CASA DE PASSAGEM-HACALI**  
Chácara Rodeo - Rua Buritama, 04 - Ponanduva Cajamar / SP  
Tel. 44083056  
CNPJ: 61.704.086/0001-28

Marcio Roberto P. Barbosa  
Responsável Técnico  
Hacali  
Cress: 66099-SP

---

Marcio Roberto Pereira Barbosa  
RG: 16.832.197-X  
Responsável Técnico



# COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – CMA

Decreto Municipal nº 5.624/2017 – Portaria Municipal nº 2.172/22.



## OFÍCIO Nº 05/2024 – CMA 3º SETOR

Cajamar, 12 de novembro de 2024

**À OSC**

**HÁCALI – Há Um Caminho à Liberdade**

**Ilmo. Sr. Márcio Roberto Pereira Barbosa**  
**Coordenador**

Ilmo. Sr.,

Considerando o decreto nº 5.624/2017, que regulamenta a Lei Federal nº 13.019/2024 a respeito do regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e Organizações da Sociedade Civil.

Considerando o art. 65 que define a Comissão de Monitoramento e Avaliação do 3º setor sendo órgão colegiado, de apoio e acompanhamento da execução das parcerias, o qual compete, entre outros:

V - solicitar aos demais órgãos municipais ou à OSC esclarecimentos que se fizerem necessários para subsidiar sua avaliação;

Sendo assim, a Comissão de Monitoramento e Avaliação do Terceiro Setor, vem através deste, solicitar informações a respeito da administração dos benefícios recebidos pelos acolhidos durante a permanência na entidade, contemplando:

1. Relação de acolhidos que recebem benefício social e qual o tipo de benefício;
2. Se os beneficiários possuem conta bancária;
3. Como é realizado o acesso ao auxílio financeiro pelos usuários relacionados acima.

Solicitamos que as informações sejam encaminhadas à CMA do 3º setor no prazo improrrogável de 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de recebimento deste.



# COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO -- CMA

Decreto Municipal nº 5.624/2017 – Portaria Municipal nº 2.172/22



Sem mais, externamos nossa estima e consideração, e ficamos à disposição para esclarecimentos.

Rosângela Jesus Batista

Patrícia Fátima de Farias

Nicoly Jasmine Sá da Silva

Rita de Cássia Alves Augusto

Nazária Ferreira de Oliveira Souza

Gabriel Henrique da Silva Oliveira

ROTEIRO VISITA – CENTROS DE ACOLHIDA

|  |
|--|
| Data: <u>01 / 10 / 2024</u>  |
| Modalidade: ( ) Centro de Acolhida I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Centro de Acolhida II<br>( ) Centro de Acolhida Especial para _____ |

|  |   |
|--|---|
| <b>1 - DADOS GERAIS</b>  |   |
| 1.1 – Nome: <u>Osc - Hocali - Há um caminho à liberdade.</u>   |   |
| 1.2 – Endereço: <u>R. Buritama, de Chacara Rodio</u>   | 1.3 – Telefone/Fax: <u>(11) 4406 3020</u> |
| 1.4 – Coordenador(a): <u>Mario Roberto Pereira Barbosa.</u>  |   |
| 1.5 – Formação Acadêmica: <u>Serviço Social.</u>   |   |
| 1.6 – Instituição Mantenedora:   |   |
| 1.7 – E-mail: <u>equipe tecnica.hocali@gmail.com.</u>  |   |
| 1.8 – Registro COMAS nº: <u>003 (COMAS)</u>  | Validade: <u>05/2025</u>                  |
| 1.9 – Início das atividades e princípios norteadores quando da fundação:<br><u>Início em 1991, com tratamento para dependência química.</u>                                  |   |
| 1.10 Quais foram as principais mudanças desde a fundação? <u>Em 2016, a instituição mudou suas atividades para casa de passagem, atuando com pessoas em situação de rua.</u> |   |
| 1.11 – Visita realizada por:   |   |
| 1.12 – Atendido(a) por: <u>Cleydson Seneme</u> Há quanto tempo trabalha na instituição: <u>17 meses</u>  |   |

\* luta de funcionários, regime de contratação, tempo de trabalho, formação, cargo  
\* luta de usuários e o tempo de acolhimento, referência familiar

leideasilva@mpsp.mp.br

**2 - POPULAÇÃO ATENDIDA**

2.1 - Capacidade Total: 24

2.2 - Qual foi a média de atendimento nos últimos 6 meses? 20

2.3 - A capacidade total é suficiente para atender a demanda?  
 Sim  Não

2.4 - A instituição já recebeu número excedente à sua capacidade? Como foram alocados?  
Já aconteceu, de exceder, porém a instituição possui  
recursos para esse caso.

2.5 - Qual a responsabilidade do serviço quanto ao encaminhamento à demanda não atendida? Há registro sobre esta demanda?  
A responsabilidade sobre os encaminhamentos fica  
com o CREAS.

2.6 - Público atendido:  
 Sexo:  feminino / Quantidade: 4  masculino / Quantidade: 20  
 Quantidade total atendida: \_\_\_\_\_

2.7 - Há reserva de vaga, de acordo com o sexo:  
 Sim. Quantas: 04 Femininos / 20 masculinos.  Não

2.8 - Há reserva de vaga para pessoas que possuam vínculo empregatício?  
 Sim. Quantas: \_\_\_\_\_  Não

2.9 - De que forma é desenvolvido o trabalho com o público LGBTT e quais ações são desenvolvidas? Quais os entraves e desafios estabelecidos?  
São realizados trabalhos de conscientização com  
os demais acolhidos, abordando temas como, preconceito  
e controvérsia social.

2.10 - Qual a prevalência da faixa etária atendida?

|                                  |                                  |   |                                     |
|----------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| Homens                           |                                  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 18 à 25 | <input type="checkbox"/> 26 à 40 | <input checked="" type="checkbox"/> 41 à 59 | <input type="checkbox"/> 60 ou mais |
| Mulheres                         |                                  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 18 à 25 | <input type="checkbox"/> 26 à 40 | <input checked="" type="checkbox"/> 41 à 59 | <input type="checkbox"/> 60 ou mais |

2.11 - Qual a prevalência da procedência regional atendida?

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Capital  | <input type="checkbox"/> Interior do Estado |
| <input type="checkbox"/> Zona Sul | <input type="checkbox"/> Litoral do Estado  |



|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zona Leste<br><input type="checkbox"/> Zona Oeste<br><input checked="" type="checkbox"/> Zona Norte<br><input type="checkbox"/> Região Central<br><input type="checkbox"/> Não soube informar.  | <input type="checkbox"/> Grande ABCDMRR<br><input type="checkbox"/> Região Centro-oeste do país<br><input type="checkbox"/> Região Norte do país<br><input type="checkbox"/> Região Nordeste do país<br><input type="checkbox"/> Região Sudeste do país<br><input type="checkbox"/> Região Sul do país |
| 2.12 – Qual a prevalência de raça/cor atendida?<br><input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena<br><input checked="" type="checkbox"/> Não soube informar.   |  |
| 2.13 – Qual a prevalência da escolaridade atendida?<br><input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input checked="" type="checkbox"/> Ens. Fundamental incompleto<br><input type="checkbox"/> Ens. Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ens. Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Médio completo<br><input type="checkbox"/> Ens. Superior incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduação<br><input type="checkbox"/> Não soube informar. |  |
| 2.14 - Qual a prevalência da situação empregatícia da população atendida?<br><input checked="" type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalhador informal <input type="checkbox"/> Autônomo<br><input type="checkbox"/> Terceirizado <input type="checkbox"/> Vínculo CLT <input type="checkbox"/> Cooperado<br><input type="checkbox"/> Não soube informar.   |  |
| 2.15 Dos que possuem vínculo empregatício, quais as principais ocupações? <i>ajudante geral.</i>   |  |
| 2.16 A instituição já atendeu imigrantes? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Atualmente está atendendo imigrantes?<br><input type="checkbox"/> Sim, quantos? _____ Qual o procedimento adotado para acolhê-los?<br>_____<br>_____<br>_____  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não. Qual o encaminhamento previsto pela instituição em caso de demanda?<br><i>Primeiro é verificada toda questão documental e posteriormente é encaminhado para o mercado de trabalho a fim de se organizar sua vida.</i>   |  |
| 2.17 A instituição já atendeu ou atende famílias?<br><input type="checkbox"/> Sim, quantas? _____ Qual o procedimento adotado para acolhê-las?<br>_____<br>_____<br>_____  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não. Qual o encaminhamento previsto pela instituição em caso de demanda?<br><i>A equipe técnica estudaria o caso e de acordo com a demanda faria os devidos encaminhamentos.</i>   |  |

2.18 – A instituição já atendeu ou atende idosos (as)?

( ) Sim, quanto(as)?                      Qual o procedimento adotado para acolhê-los (as)?

*Não se aplica*

( ) Não. Qual o encaminhamento previsto em caso de demanda?

*Não se aplica.*

2.19 – A instituição já atendeu ou atende pessoas com deficiência?

Sim, quantas? Não fomos atendidas Qual o procedimento adotado para acolhê-las?

*Entender a necessidade do acolhido e encaminhá-lo de forma digna após isso fazer encaminhamentos para os locais pertinentes.*

( ) Não. Qual o encaminhamento previsto em caso de demanda?

2.20 – A instituição já atendeu ou atende pessoas em situação de convalescença?

Sim, quantas? Não fomos atendidas Qual o procedimento adotado para acolhê-las?

*É dado todo apoio e encaminhamentos para as áreas de saúde necessárias até sua recuperação.*

( ) Não. Qual o encaminhamento previsto em caso de demanda?

2.21 – A instituição já atendeu ou atende gestantes ou mães com Recém nascido?

Sim, quantas? uma Qual o procedimento adotado para acolhê-las?

*Atendemos uma gestante na qual foram dados os devidos encaminhamentos p/ saúde e realizados os exames de rotina.*

( ) Não. Qual o encaminhamento previsto em caso de demanda?

2.22 – A instituição já atendeu ou atende catadores de materiais recicláveis?

Sim, quantos (as)? Não fomos atendidos Qual o procedimento adotado para acolhê-los (as)?

*É feito um cronograma de entrada e saída e atendimentos técnicos para organização da vida.*

( ) Não. Qual o encaminhamento previsto em caso de demanda?

2.23 – Há algum protocolo de procedimentos a serem adotados para o acolhimento desta população?

2.24 – Da demanda atendida, quais os principais motivos que contribuíram para as situações de rua atendidas?

*Uso de substâncias psicoativas/alcool e vínculos familiares rompidos.*

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Despejo/ ausência de moradia                 | <input checked="" type="checkbox"/> Dependência de álcool e/ou outras drogas |
| <input type="checkbox"/> Carência de recursos materiais               | <input type="checkbox"/> Situação de imigração / migração                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rompimento de vínculos familiares | <input type="checkbox"/> Violência doméstica                                 |
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental                            | <input type="checkbox"/> Saída do Sistema Penitenciário(*)                   |
| <input type="checkbox"/> Saída dos Hospitais Psiquiátricos(*)         | <input type="checkbox"/> Não soube informar                                  |
| <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____                   |  |

(\*) Sem respaldo familiar/comunitário.

2.25 – Em caso de vagas fixas, qual o tempo médio de permanência na instituição?

- Até 30 dias  
 De 31 à 90 dias  
 91 à 180 dias  
 181 dias à 1 ano  
 1 ano ou mais

2.26 – Há alto índice de rotatividade de usuários entre os Centros de Acolhida? Justifique.

*Sim, principalmente nos casos de dependência química.*

### 3 - INSTALAÇÕES FÍSICAS

3.1 – Qual a situação do imóvel?

- Próprio       Alugado       Cedido

3.2 – Está localizado em área de fácil acesso?

*Área afastada, porém de fácil acesso e/transporte público.*

3.3 – Há disponibilidade de serviços (unidades básicas de saúde, hospitais, etc) na vizinhança?

*Sim.*

3.4 – Há salas de atendimento técnico individualizado?

- Sim, quantas? 1

Não. Justifique \_\_\_\_\_

3.5 – A quantidade de salas é suficiente para o atendimento à demanda? É garantido o sigilo profissional?

*Sim, o sigilo é preservado.*

3.6 – Há banheiros com chuveiros quentes e instalações sanitárias?

- Sim, quantos? 04      É garantida a privacidade ao usuário? *Sim.*

Não. Justifique \_\_\_\_\_

3.7 – Há lavanderia com disposição para lavagem e secagem de roupas?

- Sim.       Não. Justifique: \_\_\_\_\_

3.8 – Os usuários têm acesso a espaços destinados à lavagem e secagem das próprias roupas? Quais os equipamentos disponíveis para tais atividades?

*Maquina de lavar, torques e varais*

3.9 – Há espaço para convívio coletivo / atividades comunitárias?

- Sim.       Não, justifique \_\_\_\_\_

3.10 – Há cozinha e refeitório?

Sim.

( ) Não. Justifique: \_\_\_\_\_

3.11 – Quantas refeições são servidas diariamente?

05 (cinco).

3.12 – O refeitório oferece capacidade para atender toda a demanda? Qual sua capacidade?

Sim.

( ) Não. Justifique: \_\_\_\_\_

3.13 – Há supervisão de nutricionistas para as refeições oferecidas pelos Centros de Acolhida? Como é a sua realização?

nae

3.14 – Qual a quantidade de quartos que este equipamento oferece?

08 (oito).

3.15 – Quantas camas/beliches há por quarto?

05 quartos com 04 camas, 02 quartos c/ 2 camas e 01 quarto c/ 6 camas

3.16 – Quais são os produtos oferecidos para higiene pessoal? Eles são oferecidos em que quantidade e frequência?

papel higiênico, escova e creme dental, pasto de dente, absorvente, -  
shampoo + condicionador e desodorante. Um kit com os itens não  
entregues na chegada e posteriormente ele ajuda com a demanda.

3.17 – Como é realizada a guarda dos bens pessoais dos usuários? E quais são as formas que o usuário tem para acessá-los? Quais os mecanismos de segurança utilizados para a guarda dos bens?

Os pertences dos acolhidos ficam em seus espaços no guarda roupa e  
alguns bem que o acolhido deseja guardar com mais segurança ficam no  
escriptorio, sendo entregue sempre que solicitado.

3.18 – Há neste equipamento espaço destinado aos usuários catadores de materiais recicláveis para a guarda de carroças?

Sim.

( ) Não. Justifique: \_\_\_\_\_

3.19 – Qual a periodicidade da fiscalização realizada pela Vigilância Sanitária na Instituição?

Anualmente.

4 – Quadro de Recursos Humanos:

4.1 – Quais e quantos são os profissionais que compõem a equipe da instituição? Qual é o vínculo empregatício de cada área profissional? Informe a carga horária dos funcionários.

Anexado no final do questionário

4.2 – Considerando a proporcionalidade ao número de usuários, a quantidade de profissionais é suficiente? Justifique.

Não, sentimos falta de um auxiliar de cozinha.

4.3 - Qual a frequência de rotatividade dos funcionários? Há um alto índice de afastamentos? Quais os motivos:

A rotatividade não é alta, tivemos um afastamento após uma cuidadora que estava gestante e ter complicações no parto.

4.4 – Os trabalhadores deste equipamento recebem/receberam algum tipo de capacitação? Quais foram os temas abordados? Quais profissionais foram capacitados? Justifique e apresente o cronograma.

Teremos um treinamento recente de boas práticas em manipulação de alimentos.

4.5 - Os trabalhadores são autorizados e estimulados a participarem de seminários, encontros, palestras e demais eventos de capacitação? Cite os eventos que os mesmos participaram no último semestre.

4.6- Há reuniões de equipe? Com qual periodicidade?

Uma vez ao mês

## 5 - Operacionalização do Serviço:

5.1 – Há acesso aos Dados do SIS-RUA e sua atualização diária? Quem são os responsáveis?

Não

5.2 – Há algum banco de dados/mapeamento sobre a Rede de Serviços do Território?

5.3 - Como é realizada a elaboração e o acompanhamento do PIA? *É elaborado no primeiro atendimento e acompanhado semanalmente.*

5.4 - É garantido ao usuário a utilização do endereço do Centro de Acolhida como referência?

*Sim.*

5.5 - É garantido o encaminhamento do usuário para a obtenção de documentos, benefícios, dentre outros serviços?

*Sim.*

5.6 - Quais os espaços na instituição de participação dos usuários para a efetivação do controle social?

5.7 - São realizados atendimentos individuais/grupais? Com qual frequência? Quais são os profissionais envolvidos? *Individuais semanalmente, em grupo semanalmente são realizados pelo psicólogo e assistente social.*

5.8 - De que forma é garantido o trabalho interdisciplinar nessas atividades?

5.9 - Quais são as atividades socioeducativas realizadas? É garantida a participação dos usuários na escolha destas atividades? *Oficinas de artesanato, incentivo a escrita e leitura, jogos, caminhadas, manipulação da horta. A participação dos usuários é opcional.*

5.10 - Quais os principais parceiros do Centro de Acolhida? De que forma é realizada a articulação intersetorial?

*CREAS e CAPS*

5.11 - Qual é a avaliação da relação que o Centro de Acolhida estabelece com a rede de serviços? Aponte caso exista algum projeto desenvolvido conjuntamente com:

( ) Assistência Social: *Trabalho positivo, as equipes se ajudam através de reuniões, contatos telefônicos e estudo de caso.*

( ) Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade: \_\_\_\_\_

( ) Educação: \_\_\_\_\_

( ) Saúde: *Encaminhamento para o programa. Começo com o CAPS.*

( ) Cultura/ Esporte e  
Lazer:

5.12 - Quem realiza a supervisão à instituição? Com que periodicidade?

CREAS, mensalmente

5.13 - Qual o fluxo de atendimento estabelecido na instituição, considerando a entrada, permanência e saída do usuário?

Acolhimento - atendimento técnico (elaboração de PIA).  
Encaminhamentos - acompanhamento de PIA  
Processos de desacolhimento.

5.14 - Há critério para o direcionamento e acomodação nos quartos, considerando o perfil da população atendida? Quais os critérios?

Sim, sexo, idade, patologias e histórias anteriores.

5.15 - Há flexibilidade de horários para entrada e saída dos usuários conforme suas necessidades?

Sim. Como são estabelecidos os critérios? De acordo com a demanda e justificativa de ausência.

( ) Não Justifique:

5.16 - Qual o procedimento adotado em casos de conflitos entre os usuários? Há capacitação específica para intermediação em tais situações?

5.17- Há encaminhamento dos usuários às frentes de trabalho ou outros mecanismos de reinserção no mercado de trabalho?

Sim, de que forma é realizado o encaminhamento? Os encaminhamentos são feitos para o PAT e empresas que tem vagas disponíveis.

( ) Não. Justifique:

5.18- Há atualmente usuários trabalhando na instituição? De que forma isto se dá?

Sim, atualmente os que trabalham exercem suas funções de forma Informal.

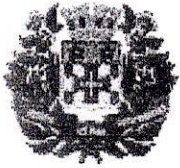
5.19 - Como é realizado o trabalho de estimulação do resgate dos vínculos familiares e comunitários? Qual a avaliação do trabalho realizado?

O trabalho é realizado através de contatos telefônicos e visitas da família, porém é muito difícil já que por muitas vezes o usuário não quer esse contato e sua vontade é respeitada.

5.20 - Como é realizada/pensada a "reinserção social" dos usuários e como é construído o processo de saída das ruas com o usuário?

De acordo com a demanda do usuário, fazer com recuperação de vínculos, reinserção no mercado de trabalho e reeducação financeira.





**SIVISA Sistema de Informação em Vigilância Sanitária**  
**SUS - Sistema Único de Saúde**  
**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**CAJAMAR**

24/09/2024

**FICHA DE PROCEDIMENTOS**

Pág.1

No.03.000963/24

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE EXECUTORA**

46.523.023/0001-81      3509205      VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE CAJAMAR  
CNPJ/CPF      Código SIA      Nome

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

61.704.086/0001-28      350920503-872-000004-1-8  
CNPJ/CPF      Número de Cadastro - CEVS

**HACALI HÁ UM CAMINHO A LIBERDADE**

Razão Social / Nome

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO**

Rua BURITAMA nº 04 rodeio

Logradouro, No

PONUNDUVA

Bairro

(11) 44083056

Telefone

Celular

CAJAMAR / SP

Município / UF

cadhacali@gmail.com

e-mail

07767-035

CEP

**CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

**SOLICITAÇÃO DE OUTRO ÓRGÃO**

Origem do Procedimento

23/09/2024

Início (Data)

23/09/2024

Fim (Data)

- Procedimento:

01.INSPEÇÃO SANITÁRIA

- Objetivo:

Ofício nº 955/2024 PJC (PAF MP nº 0224.0000293/2024).

- Finalidade:

LICENCIAMENTO

- Ação Compartilhada:

- Pessoas contactadas:

Cleydson Nascimento Seneme Barbosa – Psicólogo;

Sílvia dos Santos Silva – Assistente Social.

- Relato da situação:

No dia 23/09/2024 a Vigilância Sanitária realizou uma inspeção nas instalações do estabelecimento HACALI HA UM CAMINHO A LIBERDADE, CNPJ n. 61.704.086/0001-28, localizada na Rua Buitama (CH RODEIO), n. 04, Ponunduva, Cajamar – SP, CEP n. 07.767035, a fim de atender a determinação da promotoria de justiça de Cajamar por meio do Ofício nº 955/2024 PJC - PAF MP nº 0224.0000293/2024.

Trata-se de um ALBERGUE ASSISTENCIAL, que atual como CASA TRANSITÓRIA/ CASA DE PASSAGEM, CNAE n. 8730-1/02, realizando acolhimento de moradores de rua com idade entre 18 anos a 59 anos.

O estabelecimento é uma Organização da Sociedade Civil – OSC, e possui TERMO DE COLABORAÇÃO firmado com a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Cajamar.

O local possui Certificado de Licenciamento Integrado – CLI, SPM2230784390 com validade para 01/02/2025.

Possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB n. 0000559057, valido até 01/02/2025.

Possui Psicóloga, Assistente Social, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Limpeza, Cozinheira, Motorista e Cuidadores.

Durante a inspeção a Vigilância Sanitária evidenciou que a cozinha apresenta paredes com perca de continuidade, armários, fogão, geladeira, utensílios de cozinha e telas milimétricas avariadas.

O local possui uma sala para guarda dos medicamentos, o local possui porta com fechadura, que fica sob a responsabilidade dos cuidadores.

No momento da inspeção os medicamentos estavam armazenados de forma individualizada, dentro do prazo de validade e com receita médica atualizada.

Obs. Não identificamos medicamentos injetáveis no local.

Evidenciamos a presença de comprimidos para Hipertensão Arterial, Diabetes Tipo II e Problemas Psiquiátricos.

A administração dos comprimidos é realizada pelos cuidadores durante a permanência na casa transitória.

Segundo informações prestadas os acolhidos podem ficar no local de 0 a 3 meses podendo prorrogar este período por mais 03 meses.

A instituição presta de forma coletiva, os seguintes serviços:

- Presta orientações sobre autocuidado (higiene pessoal);
- Auxilia a atualizar documentos pessoais (RG, CPF, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTEIRA DE VACINA, ENTRE OUTROS);
- Auxilia na reinserção no mercado de trabalho, por meio de agendamento de entrevistas no PAT;
- Encaminha os acolhidos para passar em consultas médicas ambulatoriais nas UBS do Município;
- E quando possível, o serviço tenta reestabelecer algum tipo de vínculo com a família.

- Considerações finais:

Diante do exposto, a Vigilância Sanitária notifica a instituição por meio desta ficha de procedimento a realizar as seguintes ações:

1. Apresentar um cronograma de adequação estrutural do local, com previsão de reforma, manutenção e/ou substituição dos itens avariados apontados no relatório (Prazo 20 dias);
  2. Apresentar um comprovante de treinamento atualizado da cozinheira, em boas práticas de manipulação de alimentos, ministrado por uma nutricionista (Prazo 20 dias);
  3. Apresentar um esclarecimento, quanto a conduta adotada pela casa transitória para mediar as questões relacionadas ao histórico de adição dos moradores de rua. Ex. Estes acolhidos são encaminhados ao CAPS? (Prazo 20 dias).
- Providências:

**CONCLUSÃO DO PROCEDIMENTO**  
**SATISFATÓRIO COM RESTRIÇÕES**

Conclusão

Risco

20

Prazo de Adequação

**PROFISSIONAIS**

Credencial

Nome

027

FAGNER PRIMO DA ROCHA

020

WILDSON FRANCISCO SOUZA SILVA

No âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária - Sevisa, que abrange o território do Estado de São Paulo, os inspetores assumem inteira responsabilidade de que esta inspeção foi conduzida e pautada pelos padrões da ética e declaram que não houve conflito de interesse.



**TERMO DE VISITA DE PESSOA JURÍDICA - TV/PJ**

Nº

**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA**

|                    |              |                                       |  |
|--------------------|--------------|---------------------------------------|--|
| Razão Social       |              |                                       |  |
| Nome Fantasia      |              |                                       |  |
| CNPJ               |              | Registro/Cadastro no CRN (Região/Nº): |  |
| Ramo de atividade  |              |                                       |  |
| Unidade ou Cliente |              |                                       |  |
| Endereço           |              |                                       |  |
| Cidade             | Estado       | CEP                                   |  |
| Telefone ( )       | Telefone ( ) |                                       |  |
| Website            | E-mail:      |                                       |  |

**2. SITUAÇÃO CARACTERIZADA, CONFORME FUNDAMENTAÇÃO INDICADA NO VERSO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I. Pessoa jurídica com atividade ou objeto social na área de alimentação e nutrição humana, sem registro no CRN da jurisdição; | <input type="checkbox"/> V. Pessoa jurídica que utilize documentação emitida pelo CRN cujos dados não mais correspondam à realidade, com o objetivo de simular situação de regularidade ou de qualificação não mais existente; |
| <input checked="" type="checkbox"/> II. Inexistência de Nutricionista;  | <input type="checkbox"/> VI. Pessoa jurídica que não efetue a atualização de dados contidos nos arquivos do CRN da sua jurisdição, em até 30 (trinta) dias corridos da data da alteração.                                      |
| <input type="checkbox"/> III. Inexistência de Nutricionista assumindo a responsabilidade técnica (RT) pelas atividades de alimentação e nutrição;       | <input type="checkbox"/> VII. Nenhuma das situações acima descritas.   |
| <input type="checkbox"/> IV. Quadro técnico (QT) de Nutricionistas insuficiente para a garantia da contínua assistência alimentar e nutricional;        |  |

**3. PRAZO PARA REGULARIZAÇÃO DA SITUAÇÃO | DIAS**

**4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

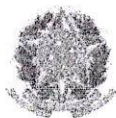
A não regularização da falta no prazo indicado implicará na lavratura do Auto de Infração. A legislação que fundamenta este documento está disponível nos sites eletrônicos do CFN e do CRN (endereços abaixo). A Pessoa Jurídica foi informada de que a recusa no recebimento deste Termo de Visita não acarretará nulidade do mesmo e não impedirá sua tramitação e processamento.

**5. OBSERVAÇÕES**

*[Handwritten observations in Portuguese, including: "Não foi possível encontrar o estabelecimento no endereço informado...", "O estabelecimento não possui licença de funcionamento...", "O estabelecimento não possui registro no CRN..."]*

Local e data da visita:

| ENTREVISTADO(A) |  | NUTRICIONISTA FISCAL       |                                     |
|-----------------|--|----------------------------|-------------------------------------|
| Nome            |  | Identificação e Assinatura | Nutricionista Fiscal<br>CRN-3.23443 |
| Cargo           |  |                            |                                     |
| Assinatura      |  |                            |                                     |



**Conselho Federal de Enfermagem**  
**Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**

Autarquia Federal Criada pela Lei nº 5.905/73

**NOTIFICAÇÃO PESSOA JURÍDICA**  
**Nº 00250.771.7858.2024 1/2024**

|  |   |  |                       |
|--|---|--|-----------------------|
| <b>1 - Identificação do Serviço de Enfermagem da Instituição</b>   |   |  |                       |
| <b>1.1 Nome Fantasia:</b><br>CASA DE PASSAGEM HACALI   |   | <b>1.2 CNES:</b><br>0                    |                       |
| <b>1.3 Razão social:</b><br>CASA DE PASSAGEM HACALI  |   | <b>1.4 CNPJ:</b><br>61.704.086/0001-28   |                       |
| <b>1.5 Endereço:</b><br>RUA BURITAMA   |   | <b>1.6 Nº:</b><br>50                     |                       |
| <b>1.7 Bairro:</b><br>PONUNDUVA  | <b>1.8 Cidade:</b><br>CAJAMAR   | <b>1.9 CEP:</b><br>07767035              | <b>1.10 UF:</b><br>SP |
| <b>1.11 Telefone:</b><br>1144083056 , 11996648593  | <b>1.12 Horário de funcionamento:</b><br>0-DOMINGO A DOMINGO das 00:00:00 até 00:00:00<br>ATENÇÃO:ENTRADA PELA RUA BRAGANÇA PAULISTA, 329 |  |                       |
| <b>1.13 Representante legal:</b><br>VALDIR DE MATOS  |   |  |                       |
| <b>1.14 Acompanhante(s) / Informantes(s) da instituição fiscalizada:</b><br>Márcio Roberto Pereira Barbosa |   | <b>1.15 Cargo/função:</b><br>coordenador |                       |
| <b>1.16 Enfermeiro Responsável:</b><br>Não existe  |   | <b>1.17 Nº Coren:</b><br>inexistente     |                       |

|   |  |
|---|--|
| <b>2 - Características gerais da instituição:</b>   |  |
| <b>2.1 Natureza Jurídica da Instituição:</b>  |  |
| 2.1.1 <input type="checkbox"/> Administração Pública: <input checked="" type="checkbox"/> municipal <input type="checkbox"/> distrital - DF <input type="checkbox"/> estadual <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> militar |  |
| 2.1.2 <input type="checkbox"/> Entidade privada empresarial   |  |
| 2.1.2.1 Repasse de verba via SUS <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não   |  |
| 2.1.2.2 Sem fins lucrativos <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  |  |

## 2.2 Dados de Atendimento:

( ) Não se aplica

Número total de leitos: 24

Taxa média de ocupação(%): 80

Número de atendimentos: 0

## 2.3 Tipos de estabelecimentos:

( ) Hospital ( ) Atenção primária ( ) Pronto Atendimento ( ) Ambulatório

( X ) Outros: CENTRO DE CONVIVENCIA

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (Coren-SP), autarquia pública federal, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Federal n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, atendendo ao disposto na Lei Federal n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, no Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987 que a regulamenta, bem assim na Resolução Cofen n.º 725, de 15 de setembro de 2023, vem, pela presente, **NOTIFICAR** a instituição/unidade acima qualificada acerca da(s) infração(ões) constatada(s) durante a fiscalização, para cumprimento da(s) providência(s) necessária(s), no(s) prazo(s) abaixo indicado(s):

## 3 - NOTIFICAÇÕES RELACIONADAS:

### 3.0. Inexistência ou inadequação de planejamento e programação da atividade de Enfermagem na unidade fiscalizada.

**Fundamento Legal:** Art. 2º e 3º da Lei 7.498/1986 e Art. 2º do Decreto 94.406/1987.

( ) Notifico a realizar o planejamento do Serviço de Enfermagem com a previsão do número suficiente de pessoal de Enfermagem que garanta a qualidade e segurança da assistência ao usuário, com ciência da diretoria da unidade. **Prazo: 60 dias.**

**Descrição:** Inexistência de Planejamento e/ou Programação de atividades de Enfermagem na unidade fiscalizada.

( ) Notifico a implementar na unidade fiscalizada a programação de Enfermagem, conforme planejamento. **Prazo: 60 dias.**

**Descrição:** Apesar de elaborar o planejamento e programação de Enfermagem, não implementou na unidade fiscalizada, conforme planejamento.

( ) Notifico a adequar o planejamento do serviço de Enfermagem com a previsão do número suficiente de pessoal de Enfermagem que garanta a qualidade e segurança da assistência ao usuário, com ciência da diretoria da unidade. **Prazo: 30 dias.**

**Descrição:** Inadequação de Planejamento e/ou Programação de atividades de Enfermagem na unidade fiscalizada.

### 3.1. Instituição e/ou serviço de saúde sem incluir atividade de Enfermagem em seu planejamento e programação.

**Fundamento Legal:** Art. 2º e 3º da Lei 7.498/1986 e Art. 1º e 2º do Decreto 94.406/1987.

( X ) Notifico a dispor e manter profissionais de Enfermagem na instituição e serviço de saúde para realizar atividades de Enfermagem, conforme planejamento e programação da unidade fiscalizada. **Prazo: 30 dias.**

**Descrição:** Inexistência de profissionais de Enfermagem para realizar atividades de Enfermagem em instituição e/ou serviços de saúde.

### 3.2. Inexistência total de Enfermeiro na unidade fiscalizada.

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986 e Decreto 94.406/1987.

( ) Notifico a dispor/manter enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo: 24 horas.**

**Descrição:** Inexistência de enfermeiro para realizar suas atividades privativas ou supervisionar as atividades de Enfermagem em todo período de funcionamento da instituição/serviço.

### 3.3. Inexistência de Enfermeiro em setor ou período em que são desenvolvidas atividades de Enfermagem.

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986 e Decreto 94.406/1987.

( ) Notifico a dispor/manter enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo 15 dias.**

**Descrição:** Inexistência de Enfermeiro para a realização ou supervisão das atividades de Enfermagem em algum período de funcionamento dos respectivos setores da instituição.

### 3.4. Ausência de Enfermeiro onde são desenvolvidas atividades de Enfermagem.

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986 e Decreto 94.406/1987.

( ) Notifico a dispor/manter enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo 24 horas.**

**Descrição:** Situação em que há Enfermeiro contratado na instituição para o período/ setor. Contudo, no momento da fiscalização foi identificada a falta do mesmo com base em provas/ evidências coletadas durante o ato fiscalizatório. Ex.: motivo de férias, atestado, licença, dentre outros, sem a devida substituição.

### 3.5. Exercício Ilegal da Enfermagem

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Decreto-Lei 3.688/1941 (Contravenções Penais); Decreto-lei 2.848/1940 (Código Penal); Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor).

( ) Notifico a afastar da(s) atividade(s) de Enfermagem o(s) trabalhador(es) que está(ão) no exercício da profissão sem inscrição na categoria que exerce. **Prazo IMEDIATO.**

**Descrição:** Exercício da profissão sem inscrição na categoria que exerce.

( ) Notifico a afastar da(s) atividade(s) de Enfermagem o(s) trabalhador(es) que está(ão) no exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada. **Prazo IMEDIATO.**

**Descrição:** Exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada a pedido.

( ) Notifico a afastar o(s) trabalhador(es) da(s) atividade(s): por estar(em) executando atos/atividades que ultrapassam a sua habilitação legal. **Prazo IMEDIATO.**

**Descrição:** Execução de atos/atividades previstas na lei do exercício profissional que ultrapassam a habilitação legal do profissional de formação inferior à exigida para a categoria de Enfermagem.

( ) Notifico a afastar da(s) atividade(s) de Enfermagem o(s) trabalhador(es) que está(ão) executando atividades privativas de Enfermeiro por pessoa sem habilitação legal. **Prazo IMEDIATO.**

**Descrição:** Execução de atividades privativas de Enfermeiro por pessoa sem habilitação legal.

( ) Notifico a afastar da(s) atividade(s) de Enfermagem o(s) trabalhador(es) que está(ão) em exercício da profissão com inscrição suspensa, por qualquer motivo. **Prazo IMEDIATO.**

**Descrição:** Exercício da profissão por profissional com inscrição suspensa, por qualquer motivo.

### 3.6. Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem.

**Fundamento legal:** Lei nº 6.839/1980, Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resolução Cofen nº: 727/2023 ou a que sobrevir.

( ) Notifico a providenciar a Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação do(s) Serviço(s) de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição. **Prazo 30 dias.**

**Descrição:** Enfermeiro que não possui anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição.

( ) Notifico a providenciar a regularização da Anotação de Responsabilidade Técnica pelo(s) serviço(s) de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição. **Prazo 30 dias.**

**Descrição:** Enfermeiro que não possui anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição. (ART vencida).

### 3.7. Inexistência de Registro de Empresa.

**Fundamento legal:** Lei 6.839/1980; Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 721/2023 e 568/2018 ou as que sobrevirem.

( ) Notifico a Registrar a empresa no Conselho conforme determina a legislação vigente. **Prazo 30 dias.**

**Descrição:** Estabelecimento que possui como atividade fim a assistência de Enfermagem e não registrou a empresa no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

### 3.8. Profissional de Enfermagem exercendo atividade com impedimento em decorrência de processo ético transitado em julgado.

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Decreto-Lei 2.848/1940 (Código Penal) - Art. 205, Resolução Cofen nº 564/2017 ou que sobrevir e Resolução Cofen nº 706/2022 ou que sobrevir.

( ) Notifico a cumprir a decisão ética - disciplinar nº . **Prazo Imediato.**

**Descrição:** Exercício da atividade profissional após ciência de decisão administrativa de suspensão ou cassação do exercício profissional de Enfermagem.

### 3.9. Coordenação/ Direção de curso de Enfermagem exercida por pessoa não Enfermeiro.

**Fundamento legal:** Lei 2.604/1955 (Art. 3º, alínea c.)

( ) Notifico a dispor/manter enfermeiro para Coordenação/ Direção de curso de Enfermagem. **Prazo 24 horas.**

**Descrição:** Inexistência de enfermeiro para Coordenação/Direção de Curso de Enfermagem

### 3.10. Inexistência ou número insuficiente de profissionais de Enfermagem em evento esportivo na Proporção indicada por Lei.

**Fundamento legal:** Lei nº 14.597/2023 (Art. 149, inciso IV); Art. 10º, inciso I, alínea b e inciso II do Decreto 94.406/1987; Art. 13 do Decreto nº 94.406/1987; Art. 15 da Lei nº 7.498/1986.

( ) Notifico a disponibilizar profissionais de Enfermagem em número adequado para a realização das atividades de Enfermagem em evento esportivo. **Prazo Imediato.**

**Descrição:** Inexistência de profissionais de Enfermagem em evento esportivo conforme determinação da Lei.

( ) Notifico a disponibilizar profissionais de Enfermagem em número adequado para a realização das atividades de Enfermagem em evento esportivo. **Prazo Imediato.**

**Descrição:** Número insuficiente de profissionais de Enfermagem conforme determinação da Lei.

( ) Notifico a disponibilizar Enfermeiro para executar as suas atividades privativas; supervisionar e orientar a equipe de Enfermagem no desempenho de suas funções. **Prazo imediato.**

**Descrição:** Inexistência de Enfermeiro na tripulação da ambulância em evento esportivo conforme determinação da Lei.

### 3.11. Inexistência ou inadequação da prescrição da assistência de Enfermagem na unidade fiscalizada.

**Fundamento legal:** Art. 4º e 11 da Lei nº 7.498/1986; Art. 3º e 8º do Decreto nº 94.406/1987.

( ) Garantir o registro da prescrição da assistência de Enfermagem nos prontuários dos pacientes. **Prazo 30 dias.**

**Descrição:** Inexistência ou inadequação do registro da prescrição da assistência de Enfermagem em prontuário do paciente.

### 3.12. Técnico(s) e/ou auxiliar(es) de Enfermagem desempenhando sua(s) atividade(s) sem supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

**Fundamento legal:** Art. 15 da Lei nº 7.498/1986; Art. 13 do Decreto nº 94.406/1987.

( ) Notifico a impedir que a(s) atividade(s) de técnico(s) e auxiliar(es) de Enfermagem, bem como as demais atividades auxiliares (parteiro e atendente de Enfermagem), seja(m) exercida(s) em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, sem a supervisão, orientação e direção do enfermeiro. **Prazo Imediato.**

**Descrição:** A(s) atividade(s) de Enfermagem estabelecida(s) em lei para o técnico e auxiliar de Enfermagem, bem como as demais atividades auxiliares (parteiro e atendente de Enfermagem), exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, sem supervisão, orientação do enfermeiro, seja por inexistência deste profissional ou por ele não



**3.13. Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem.**

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 429/2012, 564/2017, 727/2023 ou as que sobrevirem.

Notifico a elaborar/adequar e encaminhar a escala do serviço de Enfermagem por setor e por categoria profissional constando nome da instituição, local de atuação, turno, nome completo dos profissionais de Enfermagem, número da inscrição do Coren e sua respectiva categoria, legenda das siglas utilizadas, estar afixada em local visível e período de abrangência com assinatura do enfermeiro responsável.

**Prazo:**  05 dias para elaborar  05 dias para adequar

**Descrição:** Inexistência/inadequação da escala do serviço de Enfermagem.

Notifico a elaborar/adequar as normas e rotinas do serviço de Enfermagem.

**Prazo:**  90 dias para elaborar  30 dias para adequar

**Descrição:** Inexistência/inadequação de normas e rotinas do serviço de Enfermagem.

Notifico a elaborar/adequar os protocolos do serviço de Enfermagem.

**Prazo:**  90 dias para elaborar  30 dias para adequar

**Descrição:** Inexistência/inadequação de protocolos do serviço de Enfermagem.

Notifico a elaborar/adequar o procedimento operacional padrão (POP), relacionado ao serviço de Enfermagem.

**Prazo:**  90 dias para elaborar  30 dias para adequar

**Descrição:** Inexistência/inadequação do procedimento operacional padrão (POP), relacionado ao serviço de enfermagem.

**3.14. Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem.**

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 429/2012, 514/2016, 564/2017, ou as que sobrevirem.

Notifico a garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes. **Prazo de 15 dias**  
**Descrição:** Inexistência/inadequação do registro das informações/anotações no prontuário do paciente/usuário e outros documentos referentes ao exercício profissional da Enfermagem.

Notifico a registrar adequadamente as ações de enfermagem. **Prazo de 15 dias**

**Descrição:** Inexistência/inadequação do registro das informações/anotações no prontuário do paciente/usuário e outros documentos referentes ao exercício profissional da Enfermagem.

**3.15. Inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem.**

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nºs: 564/2017 e 593/2018 ou as que sobrevirem.

Notifico a implantar Comissão de Ética de Enfermagem na instituição conforme disposto na legislação vigente. **Prazo de 90 dias**

**Descrição:** Inexistência de Comissão de Ética de Enfermagem em Serviço de Enfermagem a partir do quantitativo de profissionais de Enfermagem estabelecido em norma específica.

### 3.16. Exercício irregular da Enfermagem

**Fundamento legal:** Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 516/2016, 536/2017, 560/2017, 564/2017, 580/2018, 581/2018, 609/2019, 646/2020, 658/2021, 672/2021. ou as que sobrevirem.

( ) Notifico a manter no exercício da Enfermagem somente profissional habilitado com inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorre o exercício. **Prazo de 15 dias**

**Descrição:** Exercício habitual da profissão por um período maior que 90 dias fora da área de jurisdição da inscrição principal sem a inscrição secundária ou transferência da inscrição. Ressalvada a situação prevista em Resolução do Cofen para profissionais de Enfermagem militares inscritos, que exerçam a Enfermagem fora de seu domicílio profissional.

( ) Notifico a manter no exercício da Enfermagem somente profissional com carteira de identidade profissional vigente no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. **Prazo de 15 dias**

**Descrição:** Exercício da Enfermagem com carteira de identidade profissional vencida.

( ) Notifico a promover o registro de títulos de pós-graduação *lato sensu/stricto sensu*, no caso de profissional enfermeiro atuando e declarando-se como especialista, com inexistência do respectivo registro junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. **Prazo de 15 dias**

**Descrição:** Anunciar especialidade sem o registro de títulos de pós-graduação junto ao Coren.

( ) Notifico a promover o registro de títulos de especialização de nível médio, no caso de profissional Auxiliar/Técnico de Enfermagem atuando e declarando-se como especialista, com inexistência do respectivo registro junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. **Prazo de 15 dias**

**Descrição:** Anunciar especialidade sem o registro de títulos de pós-graduação junto ao Coren.

### 3.17. Profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

**Fundamento legal:** Lei nº 5.905/1973; Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resoluções Cofen e/ou Decisões Coren de acordo com a irregularidade constatada.

( ) Notifico a cumprir e fazer cumprir os atos administrativos normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, no que se refere à(s) Resolução(ões) Cofen nº \_\_\_\_\_, Pareceres Normativos nº \_\_\_\_\_, ou Decisão(ões) Coren-\_\_\_\_\_. **Prazo de 05 dias**

**Descrição:** Desrespeito aos atos administrativos/normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem no que se refere a Resolução Cofen, Pareceres Normativos ou Decisão do Conselho Regional.

\*Desrespeito à Lei nº 7.498/1986, art. 11, inciso I, será classificada como ilegalidade.

### 3.18. Enfermeiro que não registra formalmente a consulta/processo de Enfermagem contemplando as etapas preconizadas.

**Fundamento legal:** Art. 11, alínea "i" da Lei nº 7.498/1986; Art. 8º, alínea "e" do Decreto nº 94.406/1987; Resolução Cofen nº \_\_\_\_\_ /2017 ou a que sobrevir; Resolução Cofen nº 358/2009 ou a que sobrevir; Resolução Cofen nº 429/2012 ou a que sobrevir.

( ) Notifico a prescrever e registrar formalmente a assistência de Enfermagem, com dados coletados, diagnósticos de Enfermagem, ações ou intervenções de Enfermagem e os resultados alcançados. **Prazo de 30 dias**

**Descrição:** Inexistência do registro da consulta/processo de Enfermagem contemplando a prescrição da assistência de Enfermagem no prontuário do paciente.

### 4. Observações pertinentes:

-

### 5. Documentação solicitada a ser enviada para o Coren no prazo de 15 dias:

-

**6. Do prazo de resposta às notificações assinaladas no item 3:**

O Enfermeiro Responsável e o Representante Legal supracitados ficam cientes de que deverá ser enviada resposta ao Conselho Regional de Enfermagem, pelo canal de relacionamento do Coren-SP denominado FALE CONOSCO (Central de relacionamento - Coren-SP), referente ao cumprimento das notificações relacionadas nos itens acima, em papel timbrado, datados, assinados e carimbados pelos responsáveis, a cada prazo estabelecido nas notificações, com vistas a dar andamento ao procedimento administrativo ora instaurado no âmbito dessa Autarquia.

Caso queira, a instituição terá prazo de até 15 (quinze) dias corridos a partir da ciência para apresentar defesa ou esclarecimentos acerca da notificação.

**7. Orientações:**

- As notificações efetuadas no presente documento encontram-se assinaladas com (X) no item 3.
- Ao término da fiscalização, será disponibilizada a notificação ao enfermeiro responsável pelo Serviço de Enfermagem e Representante Legal da instituição, sendo exigida a assinatura do recebimento do documento na via do enfermeiro fiscal.
- Em caso de recusa de recebimento do documento pela instituição, o enfermeiro fiscal deverá registrar a situação no termo de recuso abaixo.
- A não observância ao disposto na presente notificação poderá implicar na aplicação de sanções previstas na legislação vigente, além de medidas judiciais cabíveis.
- Na ausência do Enfermeiro Responsável Técnico e do Representante Legal pela Instituição, o assinante se responsabilizará pela entrega da notificação aos mesmos.

Local: Cajamar, Data: 11/11/2024

**Enfermeiro(a) fiscal**

TATIANE DE OLIVEIRA PRADO  
BERTELI  
Coren: 132026  
Matrícula: 771

**Recebido por:**

inexistente Coordenador Marcio Roberto Pereira Barbosa  
Cargo: coordenador  
Coren: inexistente  
CPF:

Nome: VALDIR DE MATOS  
CPF:



# Câmara Municipal de Cajamar

*Estado de São Paulo*


AO

Presidente: Edilson Leme Mendes

Referente: Solicitação da Casa de Passagem Hacali

Tendo em vista o recebimento do Ofício nº 001/2025, referente a solicitação de aumento das contribuições à Casa de Passagem Hacali, sob protocolo nº 60/2025, encaminhamos o aludido documento para as providências cabíveis.

Cajamar, 07 de janeiro de 2025

  
EDILSON LEME MENDES  
Presidente

  
VENILTON ASSIS DOS SANTOS  
Analista Legislativo

*Fazer Indicação  
sobre o pedido de  
questão*