

11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

MANUAL REGIONAL DE TFD
3ª edição revisada

Campo Mourão
Abril/2022

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO

2 MEIOS DE CONTATO ENTRE TFDs REGIONAL E MUNICIPAIS

3 SISTEMAS/MÉTODOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO TFD

4 SOLICITAÇÃO DE TFD

Fluxograma do TFD (Consultas) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão
Fluxogramas de Regulação de Consultas de Alta Complexidade para Linha de Cuidado Materno Infantil (Gestantes e Lactentes)
Deliberação que orienta as rotinas do TFD

5 PRIORIZAÇÃO DE PACIENTES

6 AGENDAMENTOS DE RETORNOS

7 FALTA ÀS CONSULTAS/EXAMES AGENDADOS

8 EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

- 8.1 Tomografia Computadorizada
- 8.2 Ressonância Magnética (RNM)
- 8.3 Ressonância Magnética (RNM) com Sedação
- 8.4 Cintilografia
- 8.5 Eletrofisiologia
- 8.6 Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)
- 8.7 Polissonografia
- 8.8 Exames Cardiológicos no SISNOR/Center Clínicas
 - 8.9.1 Outras orientações gerais sobre atendimentos no SISNOR (conforme reunião entre EAS e SMS em 08/11/21)

9 OUTRAS ESPECIALIDADES

- 9.1 Cardiologia Pediátrica
- 9.2 Tratamento Endovascular em Neurologia/Neurocirurgia
- 9.3 Implante Coclear
- 9.4 Iodoterapia (Não oncológica)

10 TFD INTERESTADUAL

11 DEMANDA JUDICIAL OU DE MINISTÉRIO PÚBLICO

12 CÓDIGO DE TRANSAÇÃO DO E-SAUDE

13 TABELA DE REFERÊNCIAS E FORMA DE ACESSO AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL ELETIVO DE CONSULTAS E EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NA 11ª REGIONAL DE SAÚDE

ANEXOS

1 APRESENTAÇÃO

A Área de Tratamento Fora de Domicílio da 11ª Regional de Saúde (TFD-11ªRS) tem como atribuições a coordenação regional do TFD Estadual e Interestadual e a Regulação do Acesso à Assistência **Ambulatorial Eletiva** de Consultas e Exames de **Média e Alta Complexidade**.

Visando nortear e orientar as pessoas que atuam nos TFDs Regional e Municipal foi criado este Manual que visa apresentar como se dá a organização, os fluxos e as referências em TFD. Esta é a 3ª edição revisada do manual que deverá ser permanentemente atualizado.

Dentre seus anexos, além de modelos de formulários, está a tabela que norteia sobre as referências pactuadas e forma de acesso para cada especialidade/atendimento Ambulatorial Eletivo de Consultas e Exames de Média e Alta Complexidade para os municípios da 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão.

Crislaine Raquel Ruppenthal Mantovani

2 MEIOS DE CONTATO ENTRE TFDS REGIONAL E MUNICIPAIS

O e-mail tfd11rs@sesa.pr.gov.br é o meio de contato oficial entre o TFD-11ªRS e os Municípios e Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EASs) e outras unidades da SESA como Regionais de Saúde e demais setores com os quais mantém algum contato. Da mesma forma, deve ficar definido quem são os contatos oficialmente instituídos nos TFDs Municipais e EAS aos quais são enviadas informações sobre os pacientes e a organização do sistema. A adoção de tal método de comunicação proporciona mais organização, segurança e um banco de dados oficial das ações relacionadas principalmente aos pacientes, visto que permanecem os registros de trâmites dos mesmos.

É importante ressaltar que, sempre que for enviado um e-mail deve ser mencionado o nome do paciente no assunto do e-mail para facilitar a localização posterior.

Também é imprescindível que, para eficiência do serviço o(s) responsável(is) pelo TFD municipal acesse(m) o e-mail o maior número de vezes possível pois algumas informações/orientações como por exemplo: agendamentos, adequações de cadastros, envio de documentos complementares... precisam ser respondidos o mais rápido possível para que o TFD-11ªRS possa tomar as medidas necessárias de forma mais ágil.

3 SISTEMAS/MÉTODOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO TFD

Atualmente há quatro maneiras oficiais de inserção dos pacientes da região em filas para TFD:

Quadro 1 – Sistemas e Métodos de Cadastro e Agendamento em TFD na 11ªRS

Sistema/Método	Região/Cidade de Destino	Quem gerencia?	Quem insere?	Quem agenda?
CARE (ou G-SUS)	Diversas Referências Pactuadas em PDR, PPI e por deliberações da CIB	SESA/Pr – Regionais de Saúde	Municípios	Municípios/Regionais
Email/Telefone/meio físico	Londrina	SMS Londrina	Municípios	Regulação SMS Londrina
SISREG	Maringá	SMS Maringá	11ª Regional de Saúde (a partir de dados enviados pelos Municípios)*	Regulação SMS Maringá
E-SAUDE	Curitiba	SMS Curitiba	11ª Regional de Saúde (a partir de dados enviados pelos Municípios)	Regulação SMS Curitiba

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

* A SMS de Campo Mourão, como município sede de região tem autonomia para uso deste sistema no agendamento de seus pacientes.

4 SOLICITAÇÃO DE TFD

No mês de Setembro de 2019 foi instituído na 11ª RS o “*Formulário de Solicitação de TFD*”, (utilizando uma ferramenta eletrônica do Google) pela qual as solicitações dos Municípios passaram a ser encaminhadas de forma oficial à Regional de Saúde. Este novo método trouxe muitas vantagens como: oficialização dos pedidos, minimização de erros de digitação, maior detalhamento de dados dos pacientes e das hipóteses diagnósticas (HD), agilização dos cadastros nos sistemas, um amplo banco de dados para pesquisa sobre: a quantidade, especialidades, agendamentos, tempo médio de espera, registros dos andamentos da solicitação. Além de construir uma planilha de dados para a Regional de Saúde este método gera um comprovante de solicitação - uma espécie de protocolo - para controle do Município. De setembro de 2019 até Março de 2022 já foram registradas quase 3.000 solicitações.

O(s) responsável(is) pelo TFD municipal tem total autonomia para lançar os dados pelo formulário mas ressalta-se que o ideal é que o paciente passe primeiramente pelo especialista (no Ciscomcam por exemplo ou nas outras referências em nossa região ou macroregião) e, caso necessite de TFD seja preenchida a Guia de Referência / Contra Referência ou Guia de TFD pelo especialista. Os modelos destes formulários estão ao final deste Manual.

Visando oficializar o fluxo de demandas de TFD na região, foi instituído pela Deliberação CIR 22, de Agosto de 2020 o Fluxograma do TFD (Consultas) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão:

Figura 1 – Deliberação CIR 22/2020



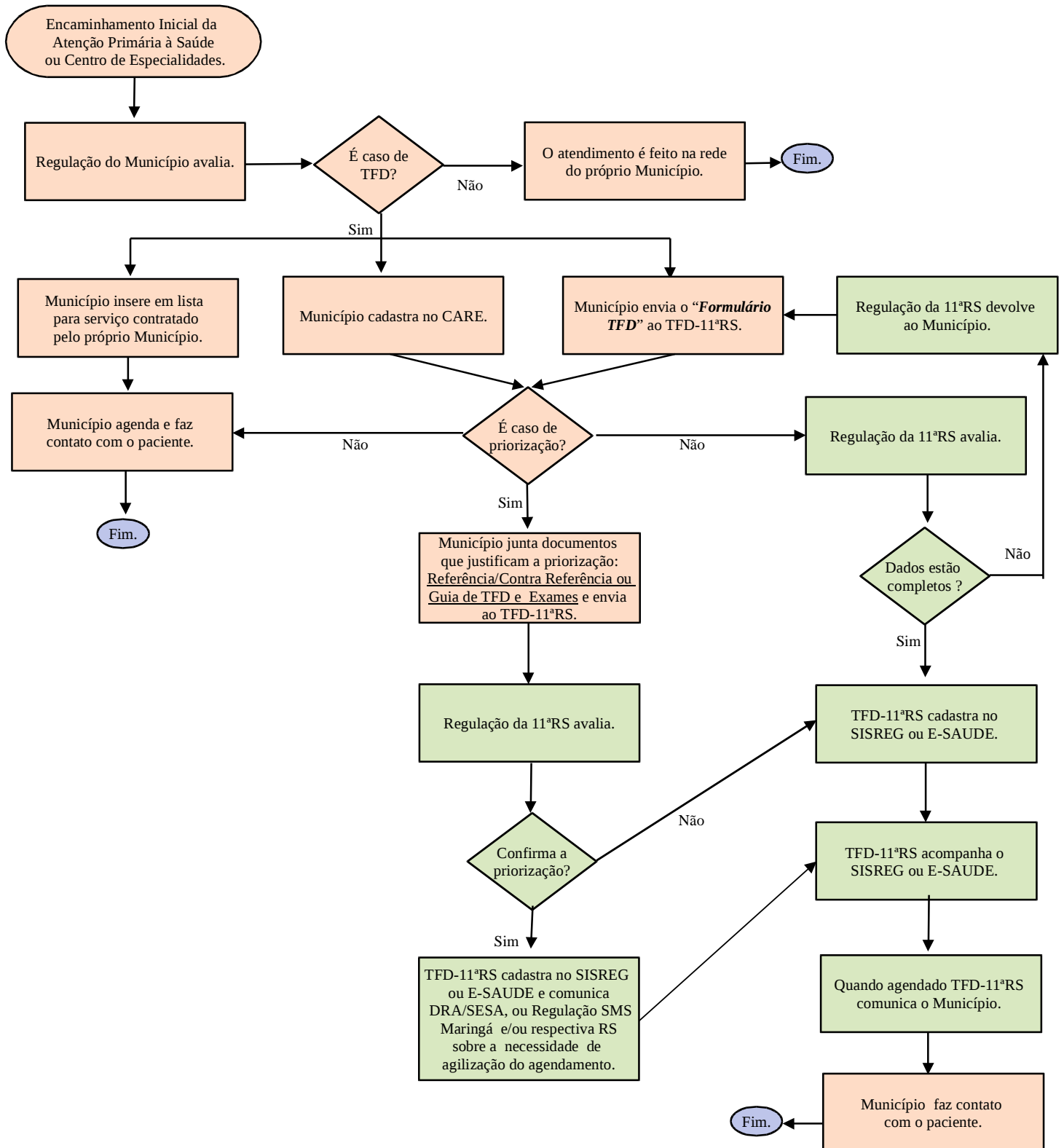
	COMISSÃO INTERGESTOR BIPARTITE REGIONAL – CAMPO MOURÃO 11ª REGIONAL DE SAÚDE CONSELHO REGIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CRESEMS	
DELIBERAÇÃO Nº 22 – 05/08/2020		
<p>A Comissão Intergestores Regional, considerando</p> <ul style="list-style-type: none">• Considerando que o setor de Tratamento Fora de Domicílio da 11ª Regional de Saúde tem como atribuição a coordenação e regulação do acesso estadual e interestadual à assistência ambulatorial eletiva de consultas e exames de média e alta complexidade e visando.• A estimulação de meios formais de comunicação entre os TFDs regional e municipais para o trâmite de demandas como os e-mails oficiais dos entes e o Formulário Eletrônico de Solicitação de TFD, instituído desde setembro de 2019,• A necessidade de se definir um fluxo e rotina oficial para encaminhamento de pacientes ao TFD Regional, bem como as responsabilidades de cada ente no processo de encaminhamento de demandas• Proporcionar mais transparência, agilização, organização, compartilhamento de dados e controle nas solicitações e devolutivas de demandas de TFD, Resolve: <p>Aprovar o “Fluxograma do TFD (Consultas) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão”</p>		
<hr/> Eurivelton Wagner Siqueira Diretor da 11ª Regional de Saúde Campo Mourão – Paraná	<hr/> Sara Caroline Beltrame Perez Presidente do Cresems 11ª RS Mamborê - Paraná	

Figura 2 - Fluxograma do TFD (Consultas) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão



Também foram instituídos os Fluxogramas de Regulação de Consultas de Alta Complexidade para Linha de Cuidado Materno Infantil (Gestantes e Lactentes) pela Deliberação 28/2020

Figura 3 – Deliberação CIR 28/2020



Logo of the Government of Paraná, Secretary of Health

Comissão Intergestores Bipartite Regional - Campo Mourão,
11ª RS
Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde -
CRESEMS

DELIBERAÇÃO N° 28 – 10/11/2020

A Comissão Intergestores Bipartite da 11ª RS, considerando:

- Que o setor de Tratamento Fora de Domicílio da 11ª Regional de Saúde tem como atribuição a coordenação e regulação do acesso estadual e interestadual à assistência ambulatorial eletiva de consultas e exames de média e alta complexidade;
- A estimulação de meios formais de comunicação entre os TFDs regional e municipais, Ambulatório de Atenção Especializada, Hospitais de referência e Unidade de Regulação de leitos Noroeste na Linha de Cuidado Materno Infantil;
- A necessidade de criar instrumentos para solicitação, organização, compartilhamento de dados e controle nas solicitações e devolutivas de demandas de TFD de gestantes e lactentes.

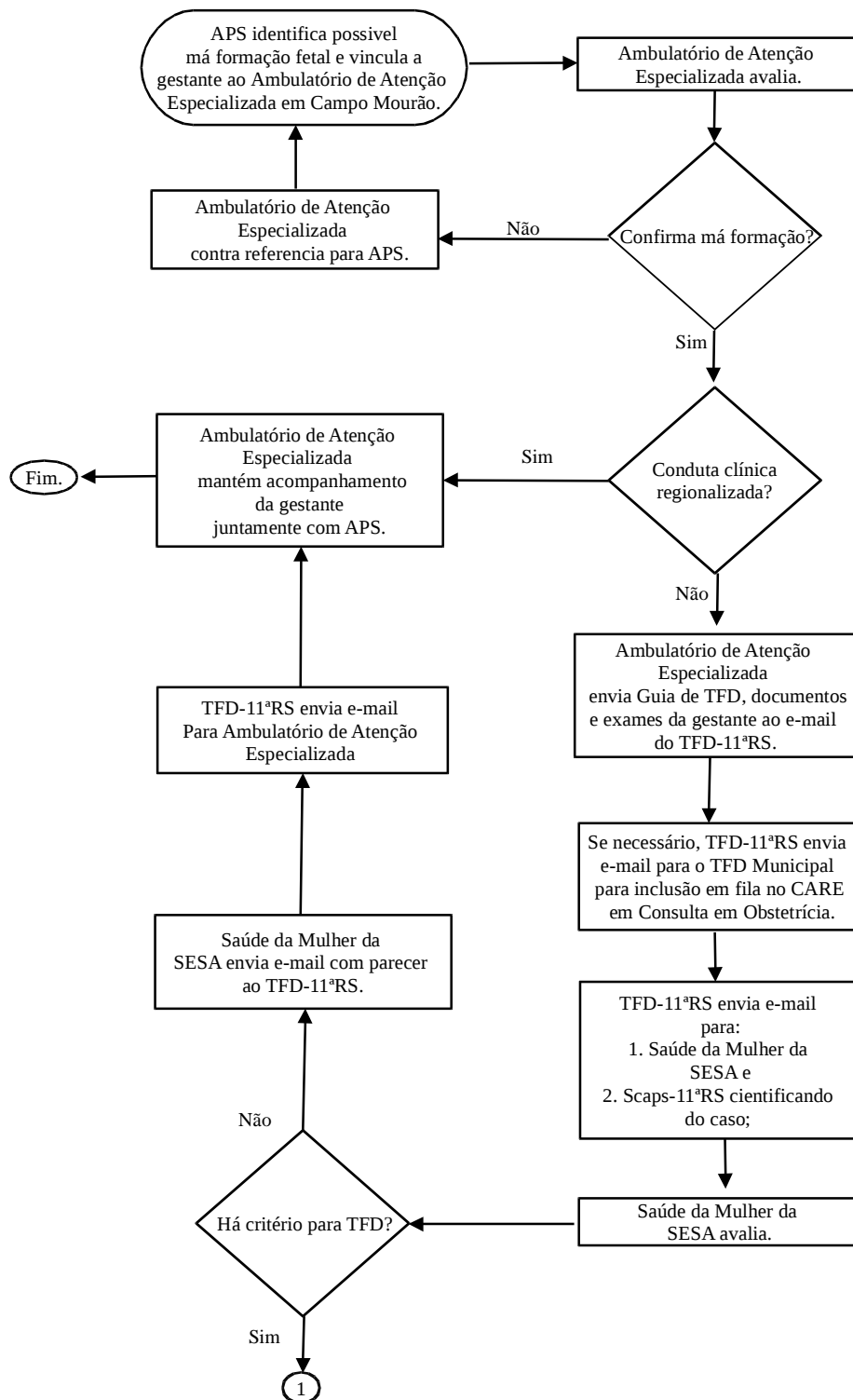
Resolve:

Aprovar os Fluxogramas de Regulação de Consultas de Alta Complexidade para Linha de Cuidado Materno Infantil (Gestantes e Lactentes) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão.


Eurivelton Wagner Siqueira
Diretor - 11RS/ SESA-PR
Campo Mourão – PR


Sara Caroline Beltrame Perez
Presidente do CRESEMS - 11RS/ SESA-PR
Campo Mourão – PR

Figura 4 – Fluxograma de Regulação de Consultas de Alta Complexidade para Linha de Cuidado Materno Infantil (Gestantes) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão (05/11/2020)



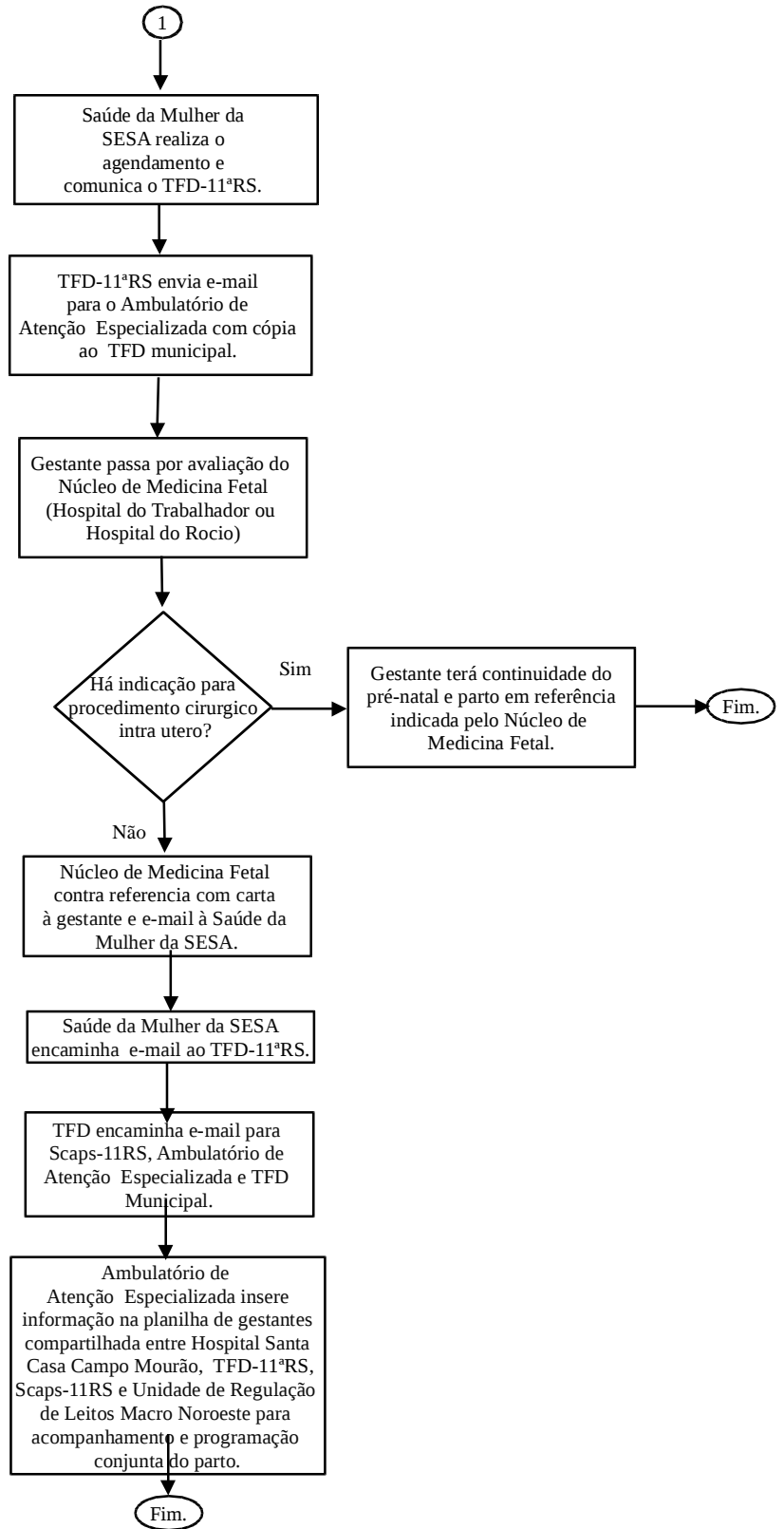
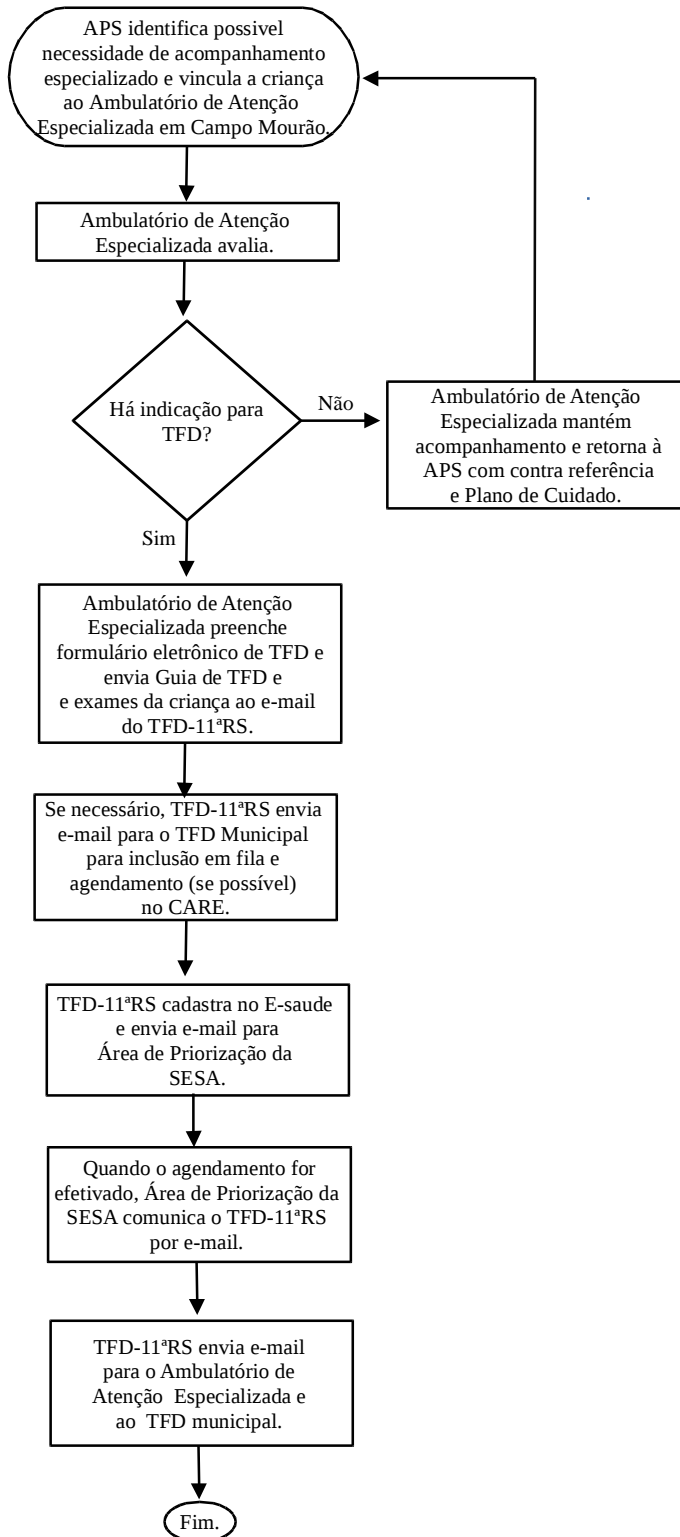




Figura 5 – Fluxograma de Regulação de Consultas de Alta Complexidade para Linha de Cuidado Materno Infantil (Lactentes) na 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão (05/11/2020)



Em agosto de 2021 foi instituída a Deliberação CIR nº 17 que orienta ações para organização das filas e otimização as vagas ofertadas no TFD:

Figura 6 – Deliberação CIR 17/2021

	COMISSÃO INTERGESTOR BIPARTITE REGIONAL – CAMPO MOURÃO 11ª REGIONAL DE SAÚDE CONSELHO REGIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CRESEMS
DELIBERAÇÃO Nº 17 – 11/08/2021	
A Comissão Intergestores Bipartite Regional, considerando	
<ul style="list-style-type: none">• Que as Áreas de Tratamento Fora de Domicílio Municipais e Regional tem como atribuições a Regulação do Acesso à Assistência Ambulatorial Eletiva de Consultas e Exames de Média e Alta Complexidade Estadual e Interestadual;• Que as filas qualificadas subsidiam levantamentos mais confiáveis sobre as demandas reprimidas e à partir disto podem ser promovidas ações eficazes para solução do atendimento da demanda das especialidades de média e alta complexidade;• Que a emissão de documentos de encaminhamento médico devidamente instruídos e detalhados e que subsidiam as priorizações são essenciais para a justificação e agilização de agendamentos, quando for o caso;• Que o Ministério Público do Paraná, através de suas Promotorias de Justiça vem permanentemente orientando sobre a atualização das filas de pacientes nas especialidades de média e alta complexidade e a adoção de medidas que estabeleçam organização mediante a classificação de risco;• A necessidade de serem criados mecanismos para que as vagas disponibilizadas sejam aproveitadas em sua plenitude; Resolve:	
Aprovar:	
<p>Que as Áreas de Agendamento e de Tratamento Fora de Domicílio Regional e Municipais promovam a qualificação permanente das filas de pacientes nas especialidades de média e alta complexidade, fazendo a busca ativa de pacientes identificando aqueles que não precisam mais do atendimento registrando os contatos - ou tentativas de contatos - e oficializando os pacientes/municípios sobre sua retirada da fila. Da mesma forma, os pacientes que ainda precisarem do atendimento, passem por classificação de risco e os que devem ser priorizados tenham o devido encaminhamento para atendimento às necessidades de acordo com as ofertas disponibilizadas;</p> <p>Que as listas de pacientes em fila no CARE-Gsus sejam permanentemente atualizadas pelos municípios bem como mantidos os pacientes nas filas previstas no "Manual de TFD" disponibilizado pela Área de Tratamento Fora de Domicílio da 11ª Regional de Saúde;</p> <p>Definir que os pacientes que precisem de Tratamento Fora de Domicílio sejam encaminhados preferencialmente por médico especialista disponível na região ou macro região (ambulatorios municipais, Ciscocam, hospitais), através dos formulários: "Solicitação/Autorização de Tratamento Fora de Domicílio" ou "Referência/Contra Referência" devidamente preenchidos (modelos em anexo). Os formulários devem ser disponibilizados aos profissionais pelos serviços.</p> <p>Que, diante da desistência de comparecimento de paciente nos agendamentos realizados, seja formalizada a sua desistência através de um termo que deve ser mantido arquivado (digital ou fisico) no município e quando solicitado, enviado à Área de Tratamento Fora de Domicílio da 11ªRS. Caso o agendamento tenha sido feito pelo município no CARE a vaga seja imediatamente transferida ou devolvida ou que a Área de Tratamento Fora de Domicílio da 11ª Regional de Saúde seja comunicada em tempo hábil para realizar, quando possível, a transferência de paciente ou a devolução da vaga.</p>	
Eurivelton Wagner Siqueira Diretor da 11ª Regional de Saúde 	Marcelo Francisco de Mattos Presidente do CRESEMS 11ª Região de Saúde MARCELO FRANCISCO DE MATOS:065572479 64 <small>Assinado de forma digital por MARCELO FRANCISCO DE MATOS:06557247964 Dados: 2021.08.19 14:48:32 -03'00'</small>

5 PRIORIZAÇÃO DE PACIENTES

Sobre os pacientes que precisam ser priorizados, a SMS além de enviar o formulário eletrônico do TFD e/ou inserir na fila do CARE, de acordo com MEMO 39/2021 da Divisão de Regulação e Acesso – DRA / SESA (enviado aos municípios por e-mail em 16/08/21), deve ainda:

- Enviar por e-mail a solicitação/formulário de Referência e Contra-Referência, devidamente preenchido, justificando o encaminhamento do paciente à Atenção Ambulatorial Especializada;
- Anexar exames (se houver) que comprovem o diagnóstico;
- Anexar cópia de documentos pessoais, Cartão SUS, comprovante de endereço;

No e-mail enviado pelo município deve ser mencionado no campo "assunto" o nome do paciente e no corpo do e-mail um resumo, conforme sugerido abaixo:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Diagnóstico: Diagnóstico + História Clínica

O TFD-11^ªRS irá ainda juntar:

- Parecer do médico auditor da 11^ªRS;
- Justificar que não há referências regionais seguindo Plano Diretor de Regionalização (PDR) e outras pactuações regionais.
- Anexar cópia da Demanda Judicial, quando for o caso;
- Cadastrar o paciente em fila no E-SAUDE (sendo que para agendamento em EAS de Curitiba deve estar por um prazo mínimo de 72 horas, exceto no caso de Demanda Judicial de cumprimento menor de 05 (cinco) dias);

6 AGENDAMENTO DE RETORNOS

Os sistemas mencionados no quadro 1 na página 4, são utilizados para o agendamento de primeiro atendimento, sendo que os estabelecimentos possuem cotas para agendamentos de retornos. Para o agendamento de retornos o próprio paciente ou a SMS deve fazer contato direto com o próprio estabelecimento. Caso não tenha sucesso no agendamento a SMS pode enviar à 11^ªRS e-mail com o email anterior enviado ao EAS e/ou os dados das tentativas de contatos telefônico com dia e hora do contato, com quem falou e resposta ao pedido.

7 FALTA ÀS CONSULTAS/EXAMES AGENDADOS

Sobre paciente que falta ou desiste do atendimento, sugere-se que o município se respalde colhendo assinatura de que o paciente (ou seu responsável) sabe que a consulta foi agendada e, caso desista de ir à consulta, assine uma declaração de desistência (de próprio punho e no verso do próprio comprovante de agendamento mesmo). Isso é importante para preservar o município de uma possível alegação do paciente de que não foi avisado ou de que está se sentindo prejudicado.

Se for agendamento feito via TFD-11ªRS assim que souber que o paciente não poderá ir à consulta a SMS deve enviar via e-mail avisando para que haja tempo de substituição (se for possível) ou devolução da vaga para a regulação do sistema.

8 EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

8.1 Tomografia Computadorizada

Todos os municípios podem enviar solicitações para este exame que é realizado no **HOSPITAL DO ROCIO (ou HOSPITAL DO CENTRO) em Campo Largo** que é o contratado pela SESA. O **HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER em Campo Largo** também oferta Tomografia de Crânio (sem sedação) para crianças de 7 a 18 anos.

Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de inclusão em fila no CARE (**99.00.00.124-9 – GRUPO - TOMOGRAFIA**);
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11ªRS.
- É importante também enviar o formulário: **QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS DO SUS SEM PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS PARA A SUA REALIZAÇÃO**. (Veja modelo anexo deste Manual)

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que pode agendar o dia do exame no CARE.**

Figura 7 – Planilha para Envio no Email do TFD-11ªRS

ESTADO DO PARANÁ							
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE							
11ª RS – TFD							
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME							
Nº	Nome do Paciente	Idade	Exame*	Telefone paciente	Município	Data de envio	Obs
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

*especificar a área do exame: Crânio, Lombar, Joelho...

Fonte: TFD-11ªRS

-

8.2 Ressonância Magnética (RNM)

Os municípios de Boa Esperança, Campina da Lagoa, Juranda, Moreira Sales, Quarto Centenário, Rancho Alegre do Oeste, Roncador e Ubitatã estão pactuados para realizar agendamento de RNM no **INSTITUTO DE RADIOLOGIA CASCAVEL**. Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11^aRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de inclusão em fila no CARE (**99.00.00.220-2 – Grupo Ressonância**);
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11^aRS.
- É importante também enviar o formulário: **QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS DO SUS SEM PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS PARA A SUA REALIZAÇÃO**. (Veja modelo anexo deste Manual)

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que pode agendar o dia do exame no CARE.**

8.3 Ressonância Magnética (RNM) com Sedação

Todos os municípios podem enviar solicitações para este exame que é realizado na **CLÍNICA VIVA IMAGEM em Curitiba** onde são feitas RNM de Crânio, Coluna, Torácica, Lombar e Cervical. Para eventual agendamento em pacientes adultos, acima de 18 anos é necessário **ECOCARDIOGRAMA** e **PEDIDO MÉDICO JUSTIFICANDO O MOTIVO DA SEDAÇÃO**.

Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11^aRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de inclusão em fila no CARE (**99.00.00.220-2 – Grupo Ressonância**);
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- RG e CPF da mãe ou pai;
- Exames complementares prévios;
- Questionário Técnico
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11^aRS.

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados, os pedidos serão enviados para a Diretoria de Regulação e Acesso da SESA em Curitiba para agendamento e assim que o agendamento for efetivado, o TFD-11^aRS avisará o município. Os papéis (APAC, documentos e laudos de exames anteriores) já estarão na clínica onde será feito o exame).**

Orientações para Sedação/Anestesia em RNM:

0 a 2 anos de idade:

- Água 3 horas antes do exame;
- Leite materno 04 horas antes do exame;
- Leite (formula) 06 horas antes do exame;
- Alimentos sólidos 06 horas antes do exame.

Acima de 02 anos de idade, INCLUSIVE ADULTOS.

- JEJUM ABSOLUTO a partir das 23h00 da noite anterior ao exame;
EXEMPLO: exame agendado para dia 23, no dia 22 a partir das 23:00hs não comer e nem tomar nada.
- O não cumprimento dos procedimentos acima citados pode levar à não realização do exame.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Medicamento em uso deve ser mantido, sem interrupção para jejum - tomar medicamento preferencialmente sem água ou mínimo possível de água;

- É necessária a presença de um acompanhante, caso não esteja com acompanhante o exame poderá ser cancelado;
- A anestesia é realizada pelo médico anestesista;
- Após o exame: não dirigir, não praticar atividade física, não sair na rua sozinho e não exercer atividades que exigem muita atenção. Será puncionado um acesso venoso periférico;
- A recuperação pós-anestésica é em média de 30 minutos;
- Dúvidas esclarecer com o anestesista antes do exame.
- Pacientes acima de 40 anos com doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus ou cardiopatia devem ter avaliação e liberação cardiológica.
- Pacientes de alto risco com histórico de IAM, AVC e doenças neurológicas crônicas devem trazer um relatório médico em mãos.
- OBRIGATÓRIO ACOMPANHANTE.

8.4 Cintilografia

Não há pactuação formal para realização deste exame, mas os municípios, se precisarem, podem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11ªRS.
- É importante também enviar o formulário: QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS DO SUS SEM PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS PARA A SUA REALIZAÇÃO. (Veja modelo anexo deste Manual)

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que pode agendar o dia do exame junto ao prestador com o qual fez contato prévio.**

8.5 Eletrofisiologia (Adulto)

De acordo com o PDR 2015 o **HU de Londrina** é a referência pactuada para toda nossa região Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11ªRS.

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que encaminhará os papéis para o setor de: DRAS/TFD da SMS de Londrina (A/C Rubens) para avaliação da equipe de Regulação daquela SMS a qual fará a liberação para agendamento do procedimento e comunicará a data.**

8.6 Tomografia por Emissão de Póstrons (PET-CT)

Todos os municípios podem enviar solicitações para este exame que é realizado no **LABORATÓRIO SÃO CAMILO em Maringá** que é o contratado pela SESA. Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original (não esquecer de informar o número de celular no paciente);
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; (como por exemplo Biopsias, anátomo patológicos, estudo imuno-histoquímico...)

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos serão encaminhados à 15ª RS de Maringá que também procederá a regulação e, se estiver tudo certo, então serão encaminhados ao Laboratório São Camilo de Maringá que entrará em contato com o paciente informando o dia do agendamento do exame.**

8.7 Polissonografia

Todos os municípios podem enviar solicitações para este exame que é realizado **na Clínica IN NEURO em Curitiba** em clínica contratada pela SESA.

Para isso devem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo **de BPA(Boletim de Procedimento Ambulatorial)** em documento original (ver modelo do formulário no final deste Manual);
- Comprovante de inclusão em fila no CARE **(02.11.05.010-5 – Polissonografia)**;
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e

- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11ªRS.

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfdl1rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que pode agendar o dia do exame no CARE.**

Quadro 2 – Preparo para Exame/ Procedimento de Polissonografia

Lavar a cabeça com xampu neutro (sem usar creme, condicionador ou gel)
Barbear-se (somente para pacientes que não usam barba normalmente)
Não usar esmalte de cor escura
Trazer roupa bem confortável para dormir, sem elásticos nos punhos e tornozelos
Trazer travesseiro (caso não se sinta confortável usando outro) e objetos de uso pessoal
Manter o uso de medicamentos trazê-los para o laboratório no dia do exame (a suspensão deverá ser feita somente por solicitação médica prévia)
Se você estiver habituado ao uso de café puro, refrigerante ou cafeinados, é recomendável que os evite nas 24 horas que antecedem ao exame
Caso use cafeinados diariamente, evite mudar a quantidade no dia do exame
Não ingerir bebida alcoólica nas 48 horas que antecedem o exame
Em caso de gripe, tosse, febre, ou qualquer outra queixa que não seja freqüente e que possa atrapalhar o exame, o mesmo não poderá ser realizado (favor remarcar o exame)
<i>EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS: Trazer alimentos e fraldas (não será fornecida alimentação durante a noite, apenas no café da manhã).</i>
<i>Se a criança mama à noite, deve-se trazer a alimentação como na rotina de casa.</i>

Fonte: Clínica IN NEURO

8.8 Exames Cardiológicos no SISNOR/Center Clínicas:

HOLTER (02.11.02.004-4) e MAPA = Dopler (02.11.02.005-2) – São agendados pelas SMS via CARE

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (02.05.01.003-2) e TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO (02.11.02.006-0): para pacientes atendidos no SISNOR (e que foram agendados pelo CARE) devem ser agendados pelo SISNOR/Center Clínicas mas há algumas cotas destes exames que podem ser usadas pelos municípios para agendamento de pacientes que não foram anteriormente atendidos no SISNOR. Só enfatizamos que os pedidos para estes exames devem ser solicitados exclusivamente por médico cardiologista.

Quando for necessário solicitar o agendamento de algum destes exames acima deve ser enviado email para ecocardio@outlook.com.br com os seguintes dados do paciente:

Nome completo

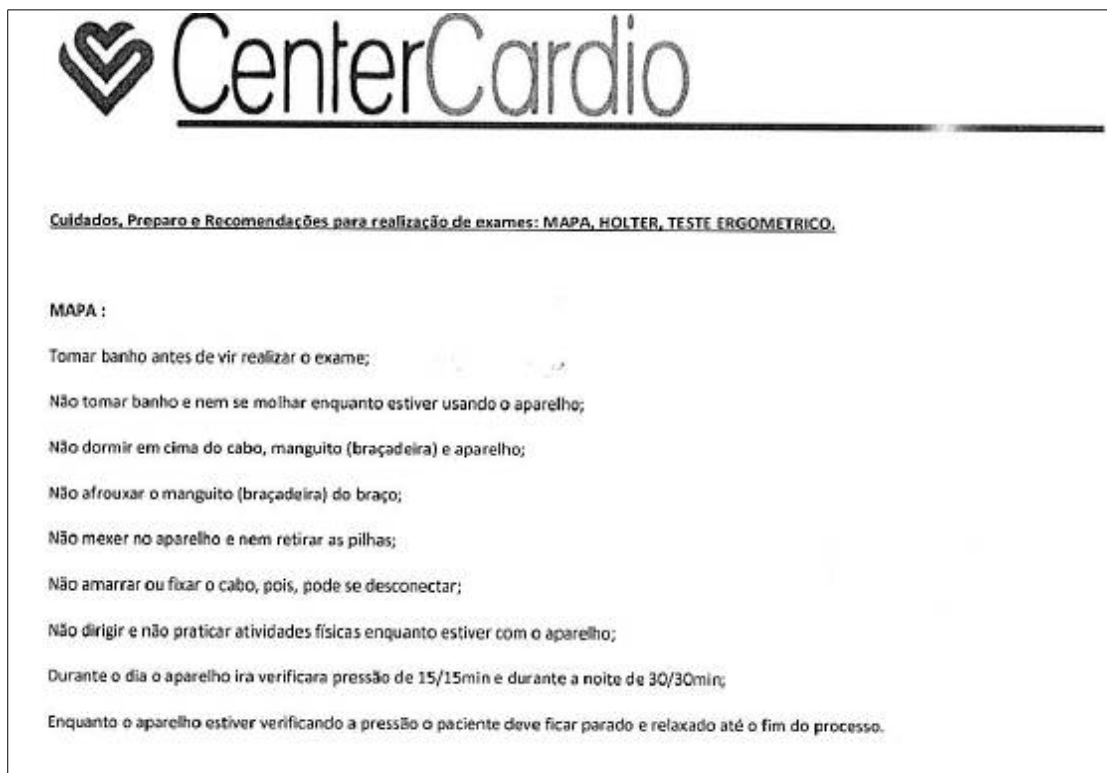
Data de nascimento

Número do prontuário do CARE

Número de telefone para contato

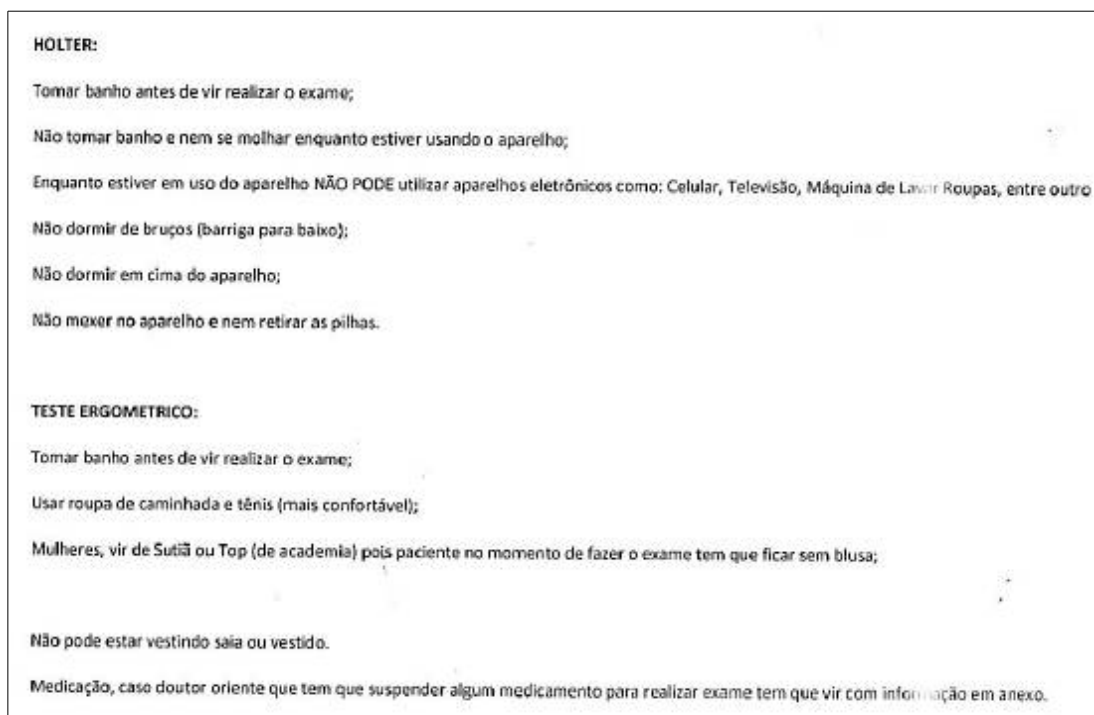
O SISNOR produziu um documento com as orientações detalhadas que segue:

Figura 8 – Orientações do SISNOR para exames (1ª parte)



Fonte: SISNOR-2021

Figura 9 – Orientações do SISNOR para exames (2ª parte)



Fonte: SISNOR-2021

8.9.1 Outras orientações gerais sobre atendimentos no Sisnor (conforme reunião entre EAS e SMS em 08/11/21)

Quantidade de ofertas de 1º atendimento e retorno: existe uma habilitação do SISNOR no Ministério da Saúde que define que devem ser realizadas por mês: 267 Consultas em Cardiologia; 100 Consultas em Cirurgia Vascular; 130 Ecocardiografia Transtorácica; 80 Teste de Esforço (Ergométrico); 30 Holter; e 80 M.A.P.A. (Dopler); que são divididos na proporção de 70% para primeiro atendimento (que são agendamentos feitos pelos próprios municípios) e 30% para retornos (que são agendamentos feitos pelo SISNOR). Foi lembrado que: se o paciente foi agendado para consulta médica via CARE-Gsus e o médico pediu um exame como o M.A.P.A por exemplo, é o SISNOR que deve agendar esse exame na sua cota de retornos.

Pacientes faltosos e aproveitamento de vagas: há demanda muito grande de pacientes faltosos e de vagas não aproveitadas, em especial estão sobrando vagas em cardiologia. Foi feito um levantamento junto ao CISCOCAM e identificou-se grande número de agendamentos em Consulta em Cardiologia que são pagas pelos municípios e estão sobrando vagas no CARE-Gsus que os municípios não precisam pagar. Sabe-se que há municípios nos quais o cardiologista atende no próprio município e isso facilita para os pacientes. Na especialidade de Consulta em Cirurgia Vascular as vagas são todas agendadas pelos municípios, por isso deve-se tomar cuidado com os pacientes faltosos. Sabe-se que muitas vezes o próprio agendador nem fica sabendo que o paciente faltou denotando a falta de compromisso do próprio paciente. A 11ªRS mensalmente fará o encaminhamento das listas dos pacientes faltosos para que os agendadores tenham subsídios para tomar as providências. Foi orientado a não manter em fila paciente que não precise e que, se possível, seja feita uma confirmação no dia anterior se o paciente vai à consulta/exame em especial na especialidade de cirurgia vascular. Foi sugerido que seja registrado em um termo assinado pelo paciente que ele se responsabiliza pela ausência à consulta/exame, ressaltando que esta rotina pode ter uma ação pedagógica pois o paciente passa a ter mais compromisso em avisar antecipadamente se irá faltar.

Remanejamento de cotas: Todo mês o SISNOR gera a oferta de agenda no CARE-Gsus. Cada município tem uma cota que é definida pelo sistema de forma per capita mas a Regional de Saúde consegue remanejar cotas. Por isso, se o município percebe que não consegue agendar por falta de cota, deve mandar um e-mail para que se faça o remanejamento: ou seja: vai ser transferida cota de um município que tem cota mas não tem paciente em fila e passar para outro município que está precisando. Foi ressaltado que, se for tirada cota de um município que não tinha paciente em fila mas de repente ‘apareceu’ um paciente novo para agendar, é só mandar e-mail para a 11ªRS que se faz o remanejamento da cota de novo e assim usa-se todas as cotas do mês de forma mais eficiente.

Agendamentos de retorno: para não usar as vagas de 1º atendimento para agendar retorno e os retornos devem ser agendados pelo SISNOR na sua cota. Então se eventualmente o paciente sair do consultório e ir embora sem passar na recepção do SISNOR, a SMS deve fazer contato com a equipe do SISNOR e pedir o agendamento do retorno na cota do SISNOR. Sobre pacientes que fizeram cirurgia, estes tem que passar por consulta de retorno e devem ser agendados pelo próprio SISNOR nas vagas de retorno. Para isso a SMS deve fazer contato com o SISNOR para o agendamento. Pacientes que consultaram e foi pedido vários exames, só depois que fizer todos os exames, fazer contato com o SISNOR para agendar o retorno.

Cadastro no CARE/Gsus: todos os pacientes devem ter seus cadastros atualizados de forma completa no sistema.

Horário de atendimento: Os pacientes devem estar presentes às 7 horas ou às 13 horas.

Paciente de maca: a SMS deve comunicar antecipadamente se o paciente é de maca para preparação da sala para atendimento deste paciente.

Paciente em aneurisma: não é para ir ao ambulatório mas é caso de internação imediata via Central de Leitos.

Paciente com pedido de risco cirúrgico: Quando faz o agendamento de consulta de 1º atendimento em Consulta em Cardiologia no CARE-Gsus automaticamente já é feito o ECG, que faz parte da pré consulta e não precisa ter comprovante de agendamento de ECG. Mas paciente encaminhado via CISCOMCAM, para consulta além de ter o boleto da consulta também deve ter o boleto de ECG.

Complexidade da Cirurgia Vascular: Foi relatado pelos municípios que pacientes agendados via CARE-Gsus, estão sendo contra-referenciados pelos médicos do SISNOR para para tratamento de varizes, curativos e espumas no CISCOMCAM conforme documentos apresentados pelas SMS. Foi enfatizado que além do SISNOR atender alta complexidade, deve atender média complexidade também e ficou da representante do SISNOR levar esta cobrança das SMS à administração do hospital para que seja informado à partir de quando serão realizados os procedimentos de cirurgia vascular como tratamento de varizes, curativos e espuma para pacientes agendados via CARE-Gsus. Os médicos serão orientados também para que os pacientes não sejam mais direcionados ao CISCOMCAM.

Ficou combinado finalmente que, qualquer situação que ocorra fora dos combinados tanto o SISNOR quanto as SMS devem contatar-se para resolução pontual dos casos sempre mencionando o(s) nome(s) do(s) paciente(s) e dados do dia do atendimento. Os contatos do SISNOR são: Telma: (69) 99395-7074 / Setor de Cardiovascular: (44) 98811-3043 (horário comercial)

9 OUTRAS ESPECIALIDADES

9.1 Cardiologia Pediátrica

Além do Hospital Waldemar Monastier (via CARE) e do Hospital Infantil Pequeno Príncipe (HIPP) (via E-saude) outra referência para atendimento de Cardiologia Pediátrica é Hospital Santa Casa de Londrina (Hospital Infantil Sagrada Família) sendo que é a SMS de Londrina que faz a gestão das vagas.

Para solicitação de vaga de Cardiologia Pediátrica em Londrina a criança já tem que ter passado por avaliação de médico cardiologista e ter exames diagnósticos que comprovem a comorbidade cardíaca. Deverá ser preenchido o documento “SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO/GUIA PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD” que está anexado ao final deste Manual.

Este documento deverá primeiramente ser encaminhado (em forma física) ao TFD da 11ª Regional de Saúde juntamente com cópia de:

- RG da criança (ou da Certidão de Nascimento),
- CPF da criança (se houver),
- Cartão Nacional do SUS atualizado,
- Comprovante de Endereço (água ou luz, etc),
- Cópias dos Exames e Laudos recentes que comprovem o diagnóstico de cardiopatia.

Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que encaminhará os papéis para o setor de: DRAS/TFD da SMS de Londrina (A/C Rubens) para avaliação da equipe de Regulação daquela SMS a qual fará a liberação para agendamento do procedimento e comunicará a data.

9.2 Tratamento Endovascular em Neurologia/Neurocirurgia

As referências são a Santa Casa ou o HU de Londrina e para isso a guia de TFD deve ser enviada à 11ªRS junto com os seguintes documentos (tudo em meio físico):

- RG e CPF da paciente
- Cartão Nacional do SUS atualizado,
- Comprovante de Endereço (água ou luz, etc),
- Cópias dos Exames e Laudos recentes que comprovem o diagnóstico.

Após avaliados e autorizados pelo médico auditor da 11ªRS estes documentos serão devolvidos na caixinha do município que os encaminhará (em meio físico) para o setor de: DRAS/TFD da SMS de Londrina (A/C Rubens) para avaliação da equipe de Regulação daquela SMS a qual fará a liberação para agendamento do procedimento e comunicará a data.

9.3 Implante Coclear

Todos os municípios podem encaminhar pacientes para este procedimento que é realizado no **Hospital Universitário de Maringá (HUM)** ou então agendar via CARE no código 99.00.00.283-0 (CONSULTA EM IMPLANTE COCLEAR) para agendamento no **Hospital Angelina Caron**.

Para os que preferem encaminhar ao HUM devem seguir estas orientações conforme abaixo:

- **O paciente deve ser portador de deficiência auditiva severa a profunda bilateral (com exame audiológico)**
- **Ser usuário ou já ter usado aparelho auditivo (AASI), (exceto crianças abaixo de um ano)**
- **Comunicar-se preferencialmente por linguagem oral (exceto crianças que ainda não desenvolveram linguagem pela idade precoce).**

O encaminhamento deve ser feito por médico otorrinolaringologista do SUS sendo triado por um serviço de avaliação auditiva. Caso haja indicação de otorrinolaringologista da rede privada, o encaminhamento deve ser validado pelo clínico ou pediatra da PSF / UBS.

Se o município verificar que o caso se adequa aos requisitos acima e quer agendar no HUM envia dados pelo Formulário de Solicitação de TFD e o TFD-11ªRS faz o cadastro no SISREG, sistema gerenciado pela SMS de Maringá para agendamento deste procedimento.

Os critérios utilizados para encaminhamento de pacientes no ambulatório de implante coclear serão observados e reavaliados pelo profissional médico do ambulatório do HUM, sendo o paciente submetido a exames específicos para ser definida a indicação ou não do implante coclear.

9.4 Iodoterapia (Não oncológica)

Os municípios, se precisarem, podem enviar os seguintes documentos ao TFD-11ªRS para autorização:

- Laudo para Solicitação/APAC original;
- Comprovante de endereço atualizado;
- CNS, RG e CPF do paciente;
- Exames complementares prévios; e
- Outros documentos/informações que eventualmente forem solicitados pelo médico regulador da 11ªRS.
- Comprovante de inclusão em fila no CARE **(99.00.00.291-1 – Consulta em Iodoterapia)**;

Os dados dos pacientes devem ainda ser enviados por uma planilha para tfd11rs@sesa.pr.gov.br para conferência e confirmação de recebimento. **Após avaliados e autorizados os pedidos são devolvidos na caixa do município que pode agendar o dia do procedimento junto ao prestador com o qual fez contato prévio.**

Para tirar dúvidas no Honpar pode falar com 43- 3275-0390 ou 43- 99684-8064 (Whats app) ou email medicinanuclear@honpar.com.br.

10 TFD INTERESTADUAL

Trata-se do custeio de transporte e despesas do paciente (e acompanhante caso necessário), que faz tratamento de saúde em outro estado. Tem como base legal a Portaria da SAS/MS nº 055/99, de 25 de fevereiro de 1999 e a Deliberação CIB-Pr nº 381 – 22/10/2014 define os valores de ajuda de custo.

Para dar entrada ao pedido de TFD interestadual ou alterar informações como (local de atendimento, forma de transporte, necessidade de acompanhante...) são necessários os seguintes documentos:

- Ofício da SMS solicitando a inclusão/permanência no TFD;
- Guia TFD preenchida de forma legível e completa por Médico da Rede Pública, credenciado ou autorizado para pacientes do SUS no Estado do Paraná e assinada pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde;
- Documento oficial que comprove a data de agendamento da consulta fornecida pelo hospital ou ambulatório que realizará o atendimento especializado via SUS;
- Cópia de comprovante de residência atualizado (máximo 60 dias);
- Cópia da documentação pessoal do paciente com foto (RG e CPF) e se for menor certidão de nascimento e documentos do responsável legal;
- Cópia Cartão Nacional do SUS do paciente;
- Cópia da documentação pessoal do acompanhante com foto (Quando houver indicação de acompanhante)
- Se o médico indicar transporte aéreo na guia de TFD, deve ainda ser preenchido um formulário de solicitação.

Os documentos acima devem ser enviados de forma digital no formato PDF ao e-mail: tfd11rs@sesa.pr.gov.br.

Será criado um processo digital enviado à Comissão Estadual Central de Tratamento Fora de Domicílio para análise. Caso aprovado, as passagens e ajuda de custo serão repassadas ao paciente através do Setor Financeiro da Regional de Saúde.

Quando o paciente já está no EASem tratamento a solicitação de retorno deve ser efetuada pela Assistência Social do local de atendimento do paciente ou pelo próprio paciente (com a devida documentação de liberação/alta). Deverá ser encaminhada no email area.passagens@sesa.pr.gov.br até às 16h do dia da solicitação para que a mesma possa ser atendida no mesmo dia, havendo é claro, disponibilidade de voos para isso. Os pedidos que chegarem após esse horário serão atendidos no primeiro dia útil seguinte. A razão disso é o tempo necessário para providenciar as passagens. Como a APAS (Área de Passagens da SESA) não atende somente pacientes e não trabalha em regime de plantão, precisa desse tempo para organizar, providenciar, emitir as passagens e avisar as Regionais de Saúde/ Serviços Sociais dos EAS e essas, por sua vez, avisar os pacientes. Sendo assim, orientar os pacientes antes de viajar sobre esse procedimento para o retorno, pedindo que os mesmos avisem os locais de atendimento sobre essa situação se forem esses os responsáveis por solicitarem o retorno. Se acharem necessário, entreguem por escrito essas instruções aos pacientes.

A regulação do fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade é regulamentada pela PORTARIA SAS Nº 258, DE 30 DE JULHO DE 2009 e feita por um sistema chamado CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade e maiores informações podem ser obtidas em: <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac/app/publica.jspx>

11 DEMANDA JUDICIAL OU DE MINISTÉRIO PÚBLICO

Quando a 11ª RS receber demanda do Ministério Público ou Ordem Judicial será feita orientação para que a SMS envie os dados no Formulário Eletrônico para cadastro no Sisreg ou E-saude e/ou para a própria SMS cadastrar no CARE-Gsus.

12 CÓDIGO DE TRANSAÇÃO DO ESAUDE

O Código e Transação ou CT é o comprovante do agendamento do paciente no sistema Esaude (veja figura 10) . Então, para o paciente ser atendido em estabelecimento de Curitiba ele precisa que a SMS de Curitiba emita um CT. Para isso a SMS deve enviar os dados do paciente no Formulário do TFD para que seja inserido na fila do Esaude. Lembramos que é a SMS de Curitiba que faz a regulação ou seja: a avaliação se aceita ou não o paciente ser tratado em estabelecimento daquela cidade. Isso precisa ser deixado bem claro para o paciente. Finalmente ressaltamos que dependendo ainda da especialidade, às vezes por não pactuação entre os gestores, o sistema Esaude nem nos permite inserir o paciente em fila.

Figura 10 – CT no Comprovante de Agendamento do Esaude

CURITIBA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	SUS
Usuário:		Dt. de Nascimento: 30/08/2020	Idade: 1 ANO(S)
Mãe:		Cartão Nacional: 701009885088299	
Sexo: MASCULINO		Raça/Cor: SEM INFORMACAO	
Município de Residência:		UMS Responsável: 11ª REGIONAL DE SAUDE CAMPO	
Endereço: RUA PARAIBA, 160, CENTRO, 87330000		Telefone(s): (44) 991656240	
Encaminhamento para Outros Profissionais			
CBO:	MEDICO CIRURGIAO PEDIATRICO		
Área de atuação:	CIRURGIA PEDIÁTRICA GERAL		
Estabelecimento de Saúde Solicitante:	11ª REGIONAL DE SAUDE CAMPO MOURAO		
Diagnóstico			
Primário:			
Motivo de Referência: NC 030921 paciente com síndrome genética em investigação, apresenta: criptorquidia à esquerda e hidrocele comunicante a direita. AVALIAÇÃO CIRURGICA			
Exame Complementar já realizado:			
Terapêutica Utilizada:			
CURITIBA, 01 de Outubro de 2021			
		CRISLAINE RAQUEL RUPPENTHAL MANTOVANI AGENDAMENTO ADMINISTRATIVO	
Autorização de Consulta Código de Transação : 2021/69994516			
Estabelecimento Realizador: HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE			
Endereço: BRIGADEIRO FRANCO nº2700 Bairro AGUA VERDE			
Fone: ()			
CBO:	MEDICO CIRURGIAO PEDIATRICO		
Área de atuação:	CIRURGIA PEDIÁTRICA GERAL		
Profissional:	FERNANDO ANTONIO BERSANI AMADO		
Data: 05/10/2021	Horário: 10:00	Favor comparecer 20 minutos antes do horário.	

13 TABELA DE REFERÊNCIAS E FORMA DE ACESSO AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL ELETIVO DE CONSULTAS E EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NA 11ª REGIONAL DE SAÚDE

As informações do quadro a seguir é meramente **orientativa** e não tem caráter normativo. As informações foram coletadas nos documentos como pactuações/deliberações /normativas/memorandos e também nos sistemas que são usados para cadastro em fila até 31/03/22 e as referências e formas de encaminhamento podem ser alteradas a qualquer momento.

É importante destacar ainda que os sistemas CARE e Esaude até permitem inserir pacientes em filas de algumas especialidades no entanto não é garantido que ocorra o agendamento.

Quadro 3 - Especialidades para TFD: referências e forma de acesso

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
ALERGIA E IMUNOLOGIA - Geral	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ºRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mão não há garantias de agendamento
AVALIAÇÃO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	Araruna, Barbosa Ferraz, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Luiziana, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Campo Mourão	CLINICA DE FONOAUDIOLOGIA E INSTITUTO DE AUDIÇÃO SC LTDA EM MARINGÁ	Município envia dados via planilha compartilhada e TFD11ºRS cadastra no Sisreg (SMS Campo Mourão tem acesso exclusivo no Sisreg)	PDR 2015 e Deliberação CIB 23-2021 As solicitações para este atendimento deverão ser exclusivamente por uma planilha compartilhada entre o TFD/Agendamento municipal e o TFD-11ºRS. (O SID 17452891-3 está tratando de Iretama)
	Moreira Sales, Juranda, Goioerê, Ubiratã, Nova Cantu, Rancho Alegre do Oeste, Janiópolis, Boa Esperança, Quarto Centenário, Campina da Lagoa, Altamira do Paraná, Roncador Mamborê	CAC (CENTRO AUDITIVO CASCAVEL)	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 02.11.07.004-1 AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	Na agenda aparece como: Logoaudiometria Imitanciomtria Para aparelho auditivo
	Moreira Sales, Juranda, Goioerê, Ubiratã, Nova Cantu, Rancho Alegre do Oeste, Janiópolis, Boa Esperança, Quarto Centenário, Campina da Lagoa, Altamira do Paraná, Roncador Mamborê	CAC (CENTRO AUDITIVO CASCAVEL)	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 02.11.05.011-3 POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA)	BERA=Alguns médicos ainda prescrevem como: Audiometria de Tronco Encefálico. Na agenda aparece como: Avaliação Comportamental Os pacientes para BERA no CAC devem ser encaminhados sempre por Otorrino conforme e-mail enviado em 24/05/21
BARIÁTRICA-OBESIDADE MORBIDA	11ª Regional de Saúde	UOPECCAN – UMUARAMA ou ISCAL - UMUARAMA	Inicialmente Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) em 99.00.00.380-2 CONSULTA EM LINHA DE CUIDADO - OBESIDADE No segundo momento, conforme o Fluxo 1 de encaminhamento, a SMS insere em fila de CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA 99.00.00.173-7 junto com anexos II, III e IV para regulação da 11ºRS	Resolução SESA 225 /2020 Memo Circular 03-2021 CRASS-DGS-SESA

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
CARDIOLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	SISNOR – CENTER CLÍNICAS – CAMPO MOURÃO HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.033-1 - CONSULTA EM CARDIOLOGIA	SISNOR é Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; HONPAR é um Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Para o Sisnor pode agendar a partir de 14 anos conforme email 25/10/21 Memo Circular 07/2019-DGS-SESA sobre Honpar CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21
		CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mão não há garantias de agendamento
	Campina Da Lagoa, Boa Esperança, Roncador, Farol, Nova Cantu, Juranda, Quarto Centenário, Rancho Alegre D' oeste, Ubirata, Altamira Do Parana	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANA HOSPITAL DE ENSINO SAO LUCAS CASCAVEL HOSPITAL DO CORACAO DE CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.033-1 - CONSULTA EM CARDIOLOGIA	
CARDIOVASCULAR (CIRURGIA CARDIOVASCULAR)	Campina Da Lagoa, Altamira Do Parana , Farol, Quarto Centenário, Nova Cantu, Rancho Alegre D' oeste, Roncador, Juranda, Ubirata, Boa Esperança,	HOSPITAL UNIVERSITARIO OESTE DO PARANA DE CASCAVEL HOSPITAL DO CORACAO DE CASCAVEL HOSPITAL DE ENSINO SAO LUCAS DE CASCAVEL)	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.248-2 CONSULTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR	
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA CASA DE LONDRINA (HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA)	Ver orientações na página 21 deste Manual do TFD	
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER - CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.201-6 - CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	
		HIPP – HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e e-mail com contra referência médica para tfd11rs@sesa.pr.gov.br e TFD11*RS cadastra no Esaude	
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO GERAL	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mão não há garantias de agendamento

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
CIRURGIA GERAL	Araruna	Hospital Regional Cristo Rei de Astorga	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.040 - 4 CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	e-mail 15*RS de 25/06/21
CIRURGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER - CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.035-8 CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	
CIRURGIA PLÁSTICA ADULTO e PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR – CURITIBA HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR – CAIF	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 03.01-.01.004-8 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção especialidade (EXCETO MÉDICO)	Para Prótese Facial Reconstructiva (ver e-mail enviado em 23/02/21)
CIRURGIA TORÁCICA ADULTO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	
CIRURGIA VASCULAR	Araruna	HOSPITAL CRISTO REI - ASTORGA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.037-4 - CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR	
	Engenheiro Beltrão, Fênix, Barbosa Ferraz, Corumbataí Do Sul, Quinta Do Sol	SANTA CASA DE ENGENHEIRO BELTRÃO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.037-4 - CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR	
	11ª Regional de Saúde	SISNOR – CENTER CLÍNICAS – CAMPO MOURÃO HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.037-4 - CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR	SISNOR é Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; HONPAR é um Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Memo Circular 07/2019-DGS-SESA CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
CIRURGIA ENDOVASCULAR - CARDIOVASCULAR	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Sisreg (SMS Campo Mourão tem acesso exclusivo no Sisreg)	Para Aneurisma da Aorta Abdominal
CIRURGIA ENDOVASCULAR – NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	11ª Regional de Saúde	SANTA CASA DE LONDRINA HUM LONDRINA	Ver orientações na página 21 deste Manual do TFD	PDR 2015
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER - CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.202-4 CONSULTA EM DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	
DERMATOLOGIA – HANSENÍASE	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - PIRAQUARA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.057-9 CONSULTA EM HANSENÍASE	MANUAL DE CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA DO PARANÁ
ELETROFISIOLOGIA (ADULTO)	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ - LONDRINA	Ver orientações na página 16 deste Manual do TFD	PDR 2015
ELETROFISIOLOGIA (PEDIÁTRICA)	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	PDR 2015
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.195-8 CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
ENDOCRINOLOGIA ADULTO		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS - CURITIBA HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS - CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
FISSURADO LABIO PALATAL	11ª Regional de Saúde	CAIF/ HOSPITAL DO TRABALHADOR - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
GASTROENTEROLOGIA ADULTO – DOENÇAS DO FÍGADO		HOSPITAL SAO VICENTE – CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra em Gastro/ Doenças do Fígado no Esaude	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.269-5 CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA/ NUTROLOGIA PEDIÁTRICA	
		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
GENÉTICA PEDIÁTRICA – DOENÇAS RARAS	11 ^a Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e Guia de TFD/Referência e Contra referencia por email e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	Deliberação CIB 23/2021(p.33) * Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
GENÉTICA ADULTO - DOENÇAS RARAS		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e Guia de TFD/Referência e Contra referencia por email e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	Deliberação CIB 23/2021(p.33) * Sistema atualmente NÃO permite a inclusão em fila
GINECOLOGIA – CIRURGIA GINECOLÓGICA	11 ^a Regional de Saúde	HOSPITAL ANGELINA CARON - CAMPINA GRANDE DO SUL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.067-6 – CONSULTA EM GINECOLOGIA	
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA		
HEMATOLOGIA ADULTO (NÃO ONCOLÓGICA)	11 ^a Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
HEMATOLOGIA PEDIÁTRICO (NÃO ONCOLÓGICA)		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11 ^{RS} cadastra no Esaude	
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.270-9 - CONSULTA EM HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	
HEPATOLOGIA ADULTO	11 ^a Regional de Saúde	HOSPITAL SAO VICENTE – CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11 ^{RS} cadastra em Gastro/ Doenças do Fígado no Esaude	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
INFECTOLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
INFECTOLOGIA PEDIATRICA		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus)	
HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO		99.00.00.271-7 CONSULTA EM INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA		
IODOTERAPIA (NÃO ONCOLOGICA)	11ª Regional de Saúde	HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus)	Ver orientações na página 16 deste Manual do TFD
			99.00.00.291-1 CONSULTA EM IODOTERAPIA	
IMPLANTE COCLEAR	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Sisreg (SMS Campo Mourão tem acesso exclusivo no Sisreg)	Ver orientações na página 21 deste Manual do TFD
		HOSPITAL ANGELINA CARON	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus)	
			99.00.00.283-0 CONSULTA EM IMPLANTE COCLEAR	
NEFROLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	INSTITUTO DO RIM CAMPO MOURÃO		PDR 2015 (p.194)
		CLINICA CAJURU	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	PDR 2015 (p.194)
		CLINICA DE DOENCAS RENAIAS,		* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		CLINICA EVANGELICO,		
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS,		
HOSPITAL SANTA CASA				
HOSPITAL SAO VICENTE - CURITIBA				
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	PDR 2015 (p.194)
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus)	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
			99.00.00.205-9 CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
NEUROLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL METROPOLITANA DE SARANDI HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.049-8 CONSULTA EM NEUROLOGIA	PDR 2015 (p.196) Memo Circular 07/2019-DGS-SESA CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS – CURITIBA HOSP. UNIVERSITÁRIO CAJURU - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
NEURO EPILEPSIA	11ª Regional de Saúde	HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) CONSULTA EM NEUROEPILEPSIA 99.00.00.197-4	CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.196-6 CONSULTA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	
		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
NEUROLOGIA MUSCULAR PEDIÁTRICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL ANGELINA CARON - CAMPINA GRANDE DO SUL	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.214-8 CONSULTA EM NEUROLOGIA MUSCULAR E envia e-mail com contra referência(s) médica(s) para tfd11rs@sesa.pr.gov.br	
NEUROLOGIA MUSCULAR ADULTO	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS – CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
NEUROCIRURGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL METROPOLITANA DE SARANDI	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.039-0 CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	PDR 2015 (p.196)
		HONPAR - ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.049-8 CONSULTA EM NEUROLOGIA	Memo Circular 07/2019-DGS-SESA CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21
		HOSPITAL SÃO VICENTE – CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento

NEUROLOGIA - TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL METROPOLITANA DE SARANDI	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.039-0 CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	PDR 2015 (p.198)
NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.272-5 CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA	
		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
OFTALMOLOGIA / GLAUCOMA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL DE OLHOS DE UMUARAMA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 03.01.01.010-2 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiação DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	Deliberação CIB-Pr 12/2020
OFTALMOLOGIA GERAL	11ª Regional de Saúde	HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS LONDRINA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.051-0 CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS – CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		HOSPITAL DA VISÃO - CURITIBA		
		HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA HOSPITAL DE OLHOS DO PARANÁ – CURITIBA		
OFTALMOLOGIA RETINA	11ª Regional de Saúde	HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS LONDRINA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.348-9 CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA	Memo Circ 09/2022 DGS
OFTALMOLOGIA GERAL PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	CRAID -CURITIBA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.051-0 CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	Excetuam-se: glaucoma e catarata congênita, trauma, emergência, mapeamento de retina, dilatação de pupila anterior em menos de 6 meses conf e-mail de 21/12/20
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS – CURITIBA HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE – CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS LONDRINA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.051-0 CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	Não há formalização mas nota-se que tem ocorrido atendimentos para crianças

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
ONCOLOGIA – CIRURGIA E CLÍNICA	Campina da Lagoa, Janiópolis Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Ubiratã	CEONC - CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	Deliberações CIB/PR nº 149/2019 e 11/2020
	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Goioerê	HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA – CAMPO MOURÃO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	
ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	Campina da Lagoa, Janiópolis, Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Ubiratã	UOPECCAN – CASCAVEL CEONC CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.279-2 CONSULTA EM RADIOTERAPIA	
	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Goioerê	HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA – CAMPO MOURÃO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	
ONCOLOGIA - HEMATOLOGIA	Altamira do PR, Barbosa Ferraz, Campina da Lagoa, Iretama, Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre, Roncador e Terra Boa, Ubiratã	UOPECCAN - CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	
	Araruna, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Farol, Fenix, Janiópolis, Luiziana, Mamborê, Peabiru e Goioerê	UOPECCAN - UMUARAMA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	
	Engenheiro Beltrão	HOSPITAL DO CÂNCER - MARINGÁ	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Sisreg	
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	UOPECCAN - CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.273-3 CONSULTA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	Deliberações CIB/PR nº 149/2019 e 11/2020
ONCOLOGIA - BRAQUITERAPIA	11ª Regional de Saúde	UOPECCAN – CASCAVEL CEONC CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
ONCOLOGIA - IODOTERAPIA	Campina da Lagoa, Janiópolis Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Uiratã	UOPECCAN – CASCAVEL CEONC CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	Deliberações CIB/PR nº 149/2019 e 11/2020
	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Goioerê		Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA e envia email ao TFD 11RS com contra referência do médico oncologista clínico e laudos de exames. O TFD da 11ª irá solicitar à 10ªRS a abertura de agenda extra.	
ONCOLOGIA - CÂNCER RARO	Campina da Lagoa, Janiópolis Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Uiratã	UOPECCAN - CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA	Deliberações CIB/PR nº 149/2019 e 11/2020
	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Goioerê		Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.163-0 CONSULTA EM ONCOLOGIA e envia email ao TFD 11RS com contra referência do médico oncologista clínico e laudos de exames. O TFD da 11ª irá solicitar à 10ªRS a abertura de agenda extra.	
ORTOPEDIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	HONPAR – ARAPONGAS	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.045-5 CONSULTA EM ORTOPEDIA	Memo Circular 07/2019-DGS-SESA CE nº 10 com orientações do Honpar enviado em e-mail de 01/09/21 Para doenças da coluna para o Honpar cadastrar em Consulta em Neurologia
		UOPECCAN -UMURARAMA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.045-5 CONSULTA EM ORTOPEDIA	Para saber as subespecialidades médicos de ortopedia do Uopeccan Umuarama ver e-mail enviado em 08/10/21
		HOSPITAL SANTA RITA DE MARINGÁ HOSPITAL SANTA CASA DE MARINGÁ	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Sisreg (SMS Campo Mourão tem acesso exclusivo no Sisreg)	*AGENDAMENTO SOMENTE PARA PACIENTES COM ANO FINAL: 3 - 4 - 8 - 9 SÃO AGENDADOS PARA HOSPITAL SANTA RITA 1 - 2 - 5 - 6 SÃO AGENDADOS PARA HOSPITAL SANTA CASA
		DIVERSOS EAS EM CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	É comum a SMS de Curitiba bloquear a inclusão de novos pacientes nesta especialidade e não há garantias de agendamento

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.274-1 CONSULTA EM ORTOPIEDIA PEDIÁTRICA	
		HOSPITAL SANTA RITA DE MARINGÁ HOSPITAL SANTA CASA DE MARINGÁ	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Sisreg (SMS Campo Mourão tem acesso exclusivo no Sisreg)	Ver PDR 2015 *PACIENTES COM ANO FINAL: 3 - 4 - 8 - 9 SÃO AGENDADOS PARA HSR 1 - 2 - 5 - 6 SÃO AGENDADOS PARA SANTA CASA
		COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS COMPLEXO HOSPITALAR DO TRABALHADOR HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	CRUZ VERMELHA HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU INSTITUTO MADALENA SOFIA (só tratamento clínico)	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA		CRUZ VERMELHA HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU INSTITUTO MADALENA SOFIA (só tratamento clínico)	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.203-2 CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA	


Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
PNEUMOLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE - CURITIBA		
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER - CAMPO LARGO	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.198-2 CONSULTA EM PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	
POLISSONOGRAFIA	11ª Regional de Saúde	CLÍNICA IN NEURO - CURITIBA	Ver orientações da página 17 deste Manual do TFD	
PET-CT	11ª Regional de Saúde	LABORATÓRIO SÃO CAMILO - MARINGÁ	Ver orientações da página 16 deste Manual do TFD	
PSIQUIATRIA INFANTIL	11ª Regional de Saúde	CRAID - CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO DEFICIENTE CURITIBA	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.042-0 CONSULTA EM PSIQUIATRIA	Crianças de 0 a 17 anos
REABILITAÇÃO FÍSICA	11ª Regional de Saúde	FAG (FACULDADE ASSIS GURGACZ) CASCAVEL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 03.01.07.012-1 TRATAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO FÍSICA (1 TURNO PACIENTE-DIA - 20 ATENDIMENTOS-MÊS).	PDR 2015 (p.90) e Deliberação CIB -Pr 23/2021 (p.23)
		RESTAURAR /CISCOMCAM- SMS CAMPO MOURÃO		
		CHR - CENTRO HOSPITALAR DE REABILITAÇÃO CURITIBA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 03.01-.01.004-8 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção especialidade (EXCETO MÉDICO)	Para Prótese Facial Reconstructiva (ver e-mail enviado em 23/02/21) Inclui: Prótese Ocular e Prótese Palpebral
		CHR - CENTRO HOSPITALAR DE REABILITAÇÃO CURITIBA	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.058-7 - CONSULTA EM FISIATRIA - REABILITAÇÃO FÍSICA e envia comprovante de fila para o TFD11*RS que faz contato com a Área de Priorização para análise desse for o caso, agendamento	Somente para casos de TFD Interestadual

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	Juranda, Quarto Centenário, Campina da Lagoa, Roncador, Ubiratã, Moreira Sales, Rancho Alegre do Oeste, Boa Esperança	INSTITUTO DE RADIOLOGIA CASCAVEL	Ver orientações na página 14 deste Manual do TFD	SID nº 15.743.198-6
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO	11ª Regional de Saúde	CLÍNICA VIVA IMAGEM - CURITIBA	Ver orientações página 14 deste Manual do TFD	
REUMATOLOGIA ADULTO	11ª Regional de Saúde	COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA		HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
		HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra no CARE (Gsus) 99.00.00.276-8 CONSULTA EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	
TOMOGRAFIA	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL DO CENTRO / HOSPITAL DO ROCIO – CAMPO LARGO HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Ver orientações página 13 deste Manual do TFD	Tomografia de Crânio (sem sedação) para crianças de 7 a 18 anos.
TRANSPLANTE DE MEDULA - AUTOGÊNICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ - LONDRINA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.332-2 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (AUTOGÊNICO)	
TRANSPLANTE DE MEDULA - ALOGÊNICO - NÃO APARENTADO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL DE CLINICAS DA UFPR HOSPITAL NOSSA SRA DAS GRACAS HOSPITAL ERASTO GARTNER HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
TRANSPLANTE DE MEDULA - ALOGÊNICO - APARENTADO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL DE CLINICAS DA UFPR HOSPITAL NOSSA SRA DAS GRACAS HOSPITAL ERASTO GARTNER HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	
		HOSPITAL ANGELINA CARON CAMPINA GRANDE DO SUL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.333-0 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (ALOGÊNICO APARENTADO)	
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO - ADULTO	11ª Regional de Saúde	SANTA CASA DE LONDRINA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.323-3 CONSULTA EM TRANSPLANTE CARDÍACO (ADULTO)	
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO - PEDIÁTRICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE DE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	
TRANSPLANTE DE CÓRNEA (Ceratocone/Anel de Ferrara)	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ	Município cadastra no CARE (Gsus) e envia número do prontuário e formulário de Transplante ao e-mail hum-ssamb@uem.br	
TRANSPLANTE DE FIGADO -ADULTO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA RITA	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.325-0 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE FÍGADO (ADULTO)	
TRANSPLANTE DE FIGADO -PEDIÁTRICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE DE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11*RS cadastra no Esaude	
TRANSPLANTE DE PULMÃO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL ANGELINA CARON CAMPINA GRANDE DO SUL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.331-4 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE PULMÃO	
TRANSPLANTE DE RIM - ADULTO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA RITA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.327-6 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE RIM (ADULTO)	

Especialidade	População	Referências	Sistema/Forma de Agendamento /Código do procedimento	Observações
TRANSPLANTE DE RIM - PEDIÁTRICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE DE CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
TRANSPLANTE DE RIM E PÂNCREAS	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL ANGELINA CARON CAMPINA GRANDE DO SUL	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus)	
		MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO – CAMPO LARGO	99.00.00.329-2 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE PÂNCREAS	
TRANSPLANTE DE RIM E PÂNCREAS	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL ERASTO GARTNER	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	
		HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA		
TRANSPLANTE DE PÂNCREAS	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL ANGELINA CARON CAMPINA GRANDE DO SUL MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.330-6 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE PÂNCREAS/RIM	
TRANSPLANTE DE TECIDO MÚSCULO ESQUELÉTICO	11ª Regional de Saúde		Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.336-5 CONSULTA EM TRANSPLANTE DE TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO	
TRANSEXUALIZAÇÃO	11ª Regional de Saúde	CRE - METROPOLITANO CURITIBA	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
UROLOGIA GERAL	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU	Município envia dados pelo Formulário Eletrônico de TFD e TFD11ªRS cadastra no Esaude	* Sistema permite a inclusão em fila, mas não há garantias de agendamento
UROLOGIA PEDIÁTRICO	11ª Regional de Saúde	HOSPITAL INFANTIL VALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Município cadastra e agenda no CARE (Gsus) 99.00.00.035-8 CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	O agendamento deve ser direcionado para os médicos Dr Ayrton Alves Aranha e Dr Wilmington Cosenza conf e-mail de 23/02/22

Anexos

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	<i>fls. 1/2</i>
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
		Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF
		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE.
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO
			36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO		41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - CNES	

**QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS
ESPECIALIZADOS DO SUS SEM PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADOS PARA A SUA
REALIZAÇÃO.**

NOME DO PACIENTE: _____
IDADE: _____ SEXO: _____

DIAGNÓSTICO _____
PROVISÓRIO () DEFINITIVO ()

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
MÉDICO ASSISTENTE DA REDE PÚBLICA DO SUS QUE SOLICITOU O EXAME/PROCEDIMENTO:
NOME: _____

CRM/ESPECIALIDADE: _____ / _____

EXAME/PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

PERGUNTAS:

Existem evidências de literatura que possam caracterizar a indicação do exame/procedimento solicitado como imprescindível para o adequado atendimento do caso?

- () Não
() Sim. Citar: _____

O exame/procedimento solicitado pode ser substituído por outro ou por um conjunto de outros de maior acessibilidade, através do SUS, sem prejuízo para o paciente?

- () Sim. Qual (ais) _____

() Não. Por que? _____

A conduta a ser adotada no caso em questão, será alterada em função do resultado do exame/procedimento solicitado?

- () Não
() Sim. Porque? _____

O prognóstico do paciente poderá piorar caso o exame/procedimento solicitado não venha a ser realizado?

- () Não.
() Sim. Por que? _____

OBSERVAÇÕES:

_____, _____ de _____ de _____
(Município)

Assinatura do Médico solicitante/Carimbo

SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO/GUIA PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

NOME DO PACIENTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
CNS:	TELEFONE:
RESIDÊNCIA:	
PROFISSÃO:	DATA DO NASCIMENTO:
NOME DO ACOMPANHANTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
RESIDÊNCIA:	RELAÇÃO COM O PACIENTE:
LAUDO MÉDICO	
DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID 10:
CARÁTER DO ATENDIMENTO HOSPITALAR AMBULATORIAL	
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	
2 – EXAME FÍSICO:	
3 – DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:	
4 – EXAME(S) COMPLEMENTARE(S) REALIZADO(S)	
5 – TRATAMENTO(S) REALIZADO(S):	
6 – TRATAMENTO/EXAME INDICADO:	
7 – DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	
8 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE:	


9- JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:
10- JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:
11 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: (JUSTIFICAR) RODOVIÁRIO AÉREO AMBULÂNCIA JUSTIFIQUE:

ASSINATURA / PROFISSIONAL SOLICITANTE

LOCAL E DATA:	ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL
---------------	-------------------------------------

AUTORIZAÇÃO DO TFD REGIONAL

APROVAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE () AUTORIZADO () NÃO AUTORIZADO						
_____ _____						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">LOCAL E DATA</td> <td style="width: 50%; border: none;">ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO</td> </tr> </table>	LOCAL E DATA	ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO				
LOCAL E DATA	ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">PARECER DA _____ RS</td> <td style="width: 33%; border: none;">AUTORIZADO</td> <td style="width: 33%; border: none;">NÃO AUTORIZADO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;">AGENDADO PARA (Data, hora, local. Endereço) _____</td> </tr> </table>	PARECER DA _____ RS	AUTORIZADO	NÃO AUTORIZADO	AGENDADO PARA (Data, hora, local. Endereço) _____		
PARECER DA _____ RS	AUTORIZADO	NÃO AUTORIZADO				
AGENDADO PARA (Data, hora, local. Endereço) _____						
RETORNE AO ÓRGÃO SOLICITANTE:						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">LOCAL E DATA</td> <td style="width: 50%; border: none;">ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL</td> </tr> </table>	LOCAL E DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL				
LOCAL E DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL					
NECESSIDADE DE RETORNO SIM NÃO						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">LOCAL E DATA</td> <td style="width: 50%; border: none;">ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL</td> </tr> </table>	LOCAL E DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL				
LOCAL E DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL					

 SUS Sistema Único de Saúde	ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde Instituto de Saúde do Paraná
Solicitação/Autorização de Tratamento Fora do Domicílio	
Nome do Paciente:	Documento de Identidade:
Residência:	
Profissão:	Data do nascimento:
Nome do Acompanhante:	Documento de Identidade:
Residência:	Relação com o paciente:
LAUDO MÉDICO	
1 - Histórico da doença atual:	
2 - Exame físico:	
- Diagnóstico Provável:	CID
- Exames(s) complementar(es) realizado(s), anexar cópia(s):	
- Tratamento(s) realizado(s)	
- Tratamento/exame indicado:	
- Duração provável do tratamento:	

Gratuito - 2023-12-13

- Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/ exame na localidade:		
- Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:		
- Justificar em caso de necessidade de acompanhante:		
- Transporte recomendável:		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 50%;">LOCAL, DATA</td> <td style="border: none; width: 50%; text-align: right;">MÉDICO ASSISTENTE CARIMBO</td> </tr> </table>	LOCAL, DATA	MÉDICO ASSISTENTE CARIMBO
LOCAL, DATA	MÉDICO ASSISTENTE CARIMBO	

AUTORIZAÇÃO DO TFD			
Aprovação do gestor local (SMS ou regional de saúde) _____			
Encaminhada a _____			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 50%;">LOCAL, DATA</td> <td style="border: none; width: 50%; text-align: right;">ASSINATURA/CARIMBO</td> </tr> </table>		LOCAL, DATA	ASSINATURA/CARIMBO
LOCAL, DATA	ASSINATURA/CARIMBO		
Parecer da _____ RS <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Não autorizado			
Agenda para (data, hora, local, endereço) _____			
Retorno ao órgão solicitante: _____			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 50%;">LOCAL, DATA</td> <td style="border: none; width: 50%; text-align: right;">ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL</td> </tr> </table>		LOCAL, DATA	ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL
LOCAL, DATA	ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL		

Necessidade de retorno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Data provável do retorno _____			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 50%;">LOCAL, DATA</td> <td style="border: none; width: 50%; text-align: right;">ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE</td> </tr> </table>		LOCAL, DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
LOCAL, DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE		

MODELO DE OFICIO PARA ENCAMINHAMENTO PARA TFD INTERESTADUAL

Cidade, XXX de XXXX de XXXXX


À 11ª Regional de Saúde.

Vimos por meio deste solicitar a inclusão - permanência de XXXX , CPF nº XXXX no sistema de Tratamento Fora de Domicílio Interestadual para tratamento de (detalhar o tratamento que a pessoa fará) no (nome do estabelecimento) na cidade de XXXXX.

O(a) mesmo(a) tem o próximo agendamento para ___/___/___ às ___ hs e conforme indicação médica na Guia de TFD, ele(a) (não) necessita de acompanhante.

Garantimos que não há neste município, nem na região de saúde e nem no estado do Paraná o tratamento que este (a) paciente necessita por isso encaminhamos para TFD interestadual.

Secretário(a) Municipal de Saúde
(Carimbo e assinatura)

 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
REFERÊNCIA		
PACIENTE	Nome:	F. Familiar (geral)
		Idade: Sexo:
DE	Unidade de Saúde:	Fonte:
	Nome e n.º do CR do Profissional (carimbo)	Data:
PARA	Especialidade:	Data da Consulta / /
	Nome do Profissional	Hora:
	Local do Encaminhamento:	
História clínica (dirigida à causa do encaminhamento)		
Exame Físico:		
Resultados de exames complementares já realizados (com data):		
Impressão Diagnóstica:		
Terapêutica já utilizada (com posologia):		
Solicitações:		

Gráfica Modelo - Telefone (44) 3523-2275

CONTRA-REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico provisório

Diagnóstico definitivo:

Investigação diagnóstica - exames complementares solicitados:

Terapêutica prescrita com posologia:



Retorno em: dias
 meses
 anos

Desnecessário retorno:

Solicitações:

Nome e n.º CR do Profissional (carimbo)

Data:

 	<h2 style="margin: 0;">BPA-I</h2> <p style="margin: 0;">Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados</p>																																								
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</td> <td style="border: none; text-align: right;">CNES</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> </table>		NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>																																				
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES																																								
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>																																								
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</td> <td colspan="3" style="border: none;">NOME DO PROFISSIONAL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td colspan="3" style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">CBO</td> <td style="border: none;">MESIÁRIO</td> <td style="border: none;">EQUIPE</td> <td style="border: none;">FOLHA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> </tr> </table>		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL			<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>			CBO	MESIÁRIO	EQUIPE	FOLHA	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>																								
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL																																								
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																								
CBO	MESIÁRIO	EQUIPE	FOLHA																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>																																						
SEQUÊNCIA 1																																									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</td> <td colspan="3" style="border: none;">NOME DO PACIENTE</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td colspan="3" style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SEXO</td> <td style="border: none;">DATA DE NASCIMENTO</td> <td style="border: none;">NACIONALIDADE</td> <td style="border: none;">RAÇA/COR</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. </td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ETNIA</td> <td style="border: none;">CEP</td> <td colspan="2" style="border: none;">CÓD. IBGE MUNICÍPIO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">CÓD. LOGRADOURO</td> <td style="border: none;">ENDEREÇO</td> <td style="border: none;">NÚMERO</td> <td style="border: none;">COMPLEMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 35%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">BAIRRO</td> <td style="border: none;">DDD</td> <td style="border: none;">TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE</td> <td style="border: none;">E-MAIL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 25%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 50%;" type="text"/></td> </tr> </table>		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE			<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>			SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO		<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>		CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>	BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE																																								
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																								
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR																																						
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>																																						
ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO																																							
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																							
CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>																																						
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL																																						
<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>																																						
PROCEDIMENTO REALIZADO																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">DATA DO ATENDIMENTO</td> <td style="border: none;">CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td> <td style="border: none;">QTDE.</td> <td style="border: none;">CNPJ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SERVIÇO</td> <td style="border: none;">CLASS</td> <td style="border: none;">CID</td> <td style="border: none;">CARATER DE ATENDIMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Nº DA AUTORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> </table>		DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>				Nº DA AUTORIZAÇÃO				<input style="width: 60%;" type="text"/>																
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO																																						
<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																						
			Nº DA AUTORIZAÇÃO																																						
			<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
SEQUÊNCIA 2																																									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</td> <td colspan="3" style="border: none;">NOME DO PACIENTE</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td colspan="3" style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SEXO</td> <td style="border: none;">DATA DE NASCIMENTO</td> <td style="border: none;">NACIONALIDADE</td> <td style="border: none;">RAÇA/COR</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. </td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ETNIA</td> <td style="border: none;">CEP</td> <td colspan="2" style="border: none;">CÓD. IBGE MUNICÍPIO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">CÓD. LOGRADOURO</td> <td style="border: none;">ENDEREÇO</td> <td style="border: none;">NÚMERO</td> <td style="border: none;">COMPLEMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 35%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">BAIRRO</td> <td style="border: none;">DDD</td> <td style="border: none;">TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE</td> <td style="border: none;">E-MAIL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 25%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 50%;" type="text"/></td> </tr> </table>		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE			<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>			SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO		<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>		CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>	BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE																																								
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																								
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR																																						
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>																																						
ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO																																							
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																							
CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>																																						
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL																																						
<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>																																						
PROCEDIMENTO REALIZADO																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">DATA DO ATENDIMENTO</td> <td style="border: none;">CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td> <td style="border: none;">QTDE.</td> <td style="border: none;">CNPJ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SERVIÇO</td> <td style="border: none;">CLASS</td> <td style="border: none;">CID</td> <td style="border: none;">CARATER DE ATENDIMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Nº DA AUTORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> </table>		DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>				Nº DA AUTORIZAÇÃO				<input style="width: 60%;" type="text"/>																
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO																																						
<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																						
			Nº DA AUTORIZAÇÃO																																						
			<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
SEQUÊNCIA 3																																									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</td> <td colspan="3" style="border: none;">NOME DO PACIENTE</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td colspan="3" style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SEXO</td> <td style="border: none;">DATA DE NASCIMENTO</td> <td style="border: none;">NACIONALIDADE</td> <td style="border: none;">RAÇA/COR</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. </td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ETNIA</td> <td style="border: none;">CEP</td> <td colspan="2" style="border: none;">CÓD. IBGE MUNICÍPIO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">CÓD. LOGRADOURO</td> <td style="border: none;">ENDEREÇO</td> <td style="border: none;">NÚMERO</td> <td style="border: none;">COMPLEMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 35%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">BAIRRO</td> <td style="border: none;">DDD</td> <td style="border: none;">TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE</td> <td style="border: none;">E-MAIL</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 25%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 50%;" type="text"/></td> </tr> </table>		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE			<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>			SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO		<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>		CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>	BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE																																								
<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																								
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR																																						
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>																																						
ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO																																							
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																							
CÓD. LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 35%;" type="text"/>																																						
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL																																						
<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>																																						
PROCEDIMENTO REALIZADO																																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">DATA DO ATENDIMENTO</td> <td style="border: none;">CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td> <td style="border: none;">QTDE.</td> <td style="border: none;">CNPJ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 5%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">SERVIÇO</td> <td style="border: none;">CLASS</td> <td style="border: none;">CID</td> <td style="border: none;">CARATER DE ATENDIMENTO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 70%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Nº DA AUTORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> </table>		DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>				Nº DA AUTORIZAÇÃO				<input style="width: 60%;" type="text"/>																
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ																																						
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 5%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO																																						
<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 70%;" type="text"/>																																						
			Nº DA AUTORIZAÇÃO																																						
			<input style="width: 60%;" type="text"/>																																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</td> <td style="border: none;">CARIMBO</td> <td style="border: none;">RUBRICA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">DATA / /</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> </table>	RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CARIMBO	RUBRICA	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	DATA / /			<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL</td> <td style="border: none;">CARIMBO</td> <td style="border: none;">RUBRICA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 10%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">DATA / /</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> </table>	GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	CARIMBO	RUBRICA	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	DATA / /																								
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CARIMBO	RUBRICA																																							
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>																																							
DATA / /																																									
GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	CARIMBO	RUBRICA																																							
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>																																							
DATA / /																																									