



# **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS**

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AGENDAMENTO E PRIORIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS.**

**TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO**

**2024**



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AGENDAMENTO E PRIORIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS.

**NOVA LARANJEIRAS – 2024**

**Prefeito Municipal,**

Fábio Roberto dos Santos

**Vice Prefeito Municipal**

Celso Sampietro

**Secretária Municipal de Saúde**

Raquel Bones dos Reis Mufatto

**Coordenação do departamento de Tratamento fora do Domicílio**

Vanessa Pelegrino

**TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO  
2024**



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## Sumário

1. Rotina de agendamento e priorização de consultas e exames especializados ..... 4
2. Fluxo de agendamento e priorização de consultas e exames especializados.....5
3. Check List de agendamento e priorização de consultas e exames especializados.....6



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP  
02

DATA DA REVISÃO

18/11/2024

2024

Protocolo de agendamento e priorização de consultas e exames especializados

**Executante:** Toda Equipe

**Área:** Assistência à saúde

**Objetivo:** Estabelecer fluxo de agendamento e priorização de consultas e exames especializados.

### 1ª ETAPA DO PROCEDIMENTO

1. Paciente é direcionado à recepção;
2. Recepcionista acolhe e apresenta-se ao usuário;
3. Usuário expõe atividade que busca realizar no TFD (Consulta/Exame);
4. Recepção realiza identificação segura solicitando 03 marcadores (Nome, data de nascimento, nome da mãe);
5. Solicitar encaminhamento médico da UBS de referencia.
6. Recepção insere o usuário no sistema eletrônico conforme complexidade sendo eletiva media e alta complexidade, para qualquer assistência que o mesmo necessite.

### 2ª ETAPA PROCEDIMENTO

1. Preenchimento do check list (anexo);
2. Lista de espera fisica com assinatura
3. Agendamento relizado é entrado em contato com paciente.

### OBSERVAÇÕES

- A identificação correta e confirmação dos dados do usuário bem como atualizado contato e endereço devem ocorrer em todos os processos realizados dentro do TFD;

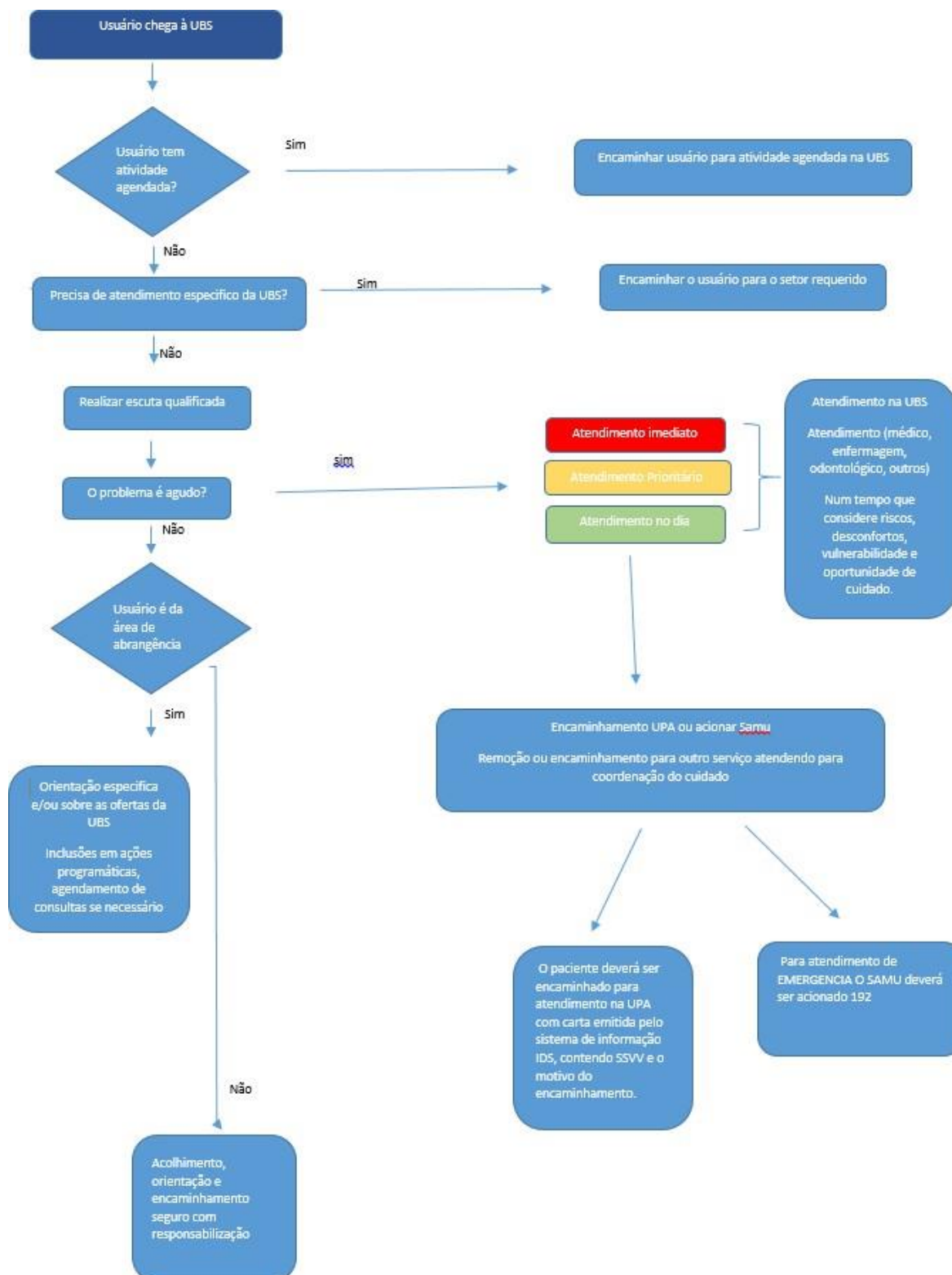


# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## Anexo II - Fluxo de atendimento APS

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:





# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206

## CHEKLIST

Checlist(documentos obrigatórios- anexar cópia)	
<input type="checkbox"/> Documentos de Identificação: RG e CPF ou CNH e Certidão de Nascimento	
<input type="checkbox"/> Comprovante de endereço	
<input type="checkbox"/> Laudo de Exames – justificativa Medica se ausente	
Origem: UBS _____	Especialidade:
Consórcio: _____ Hospital _____	
Nome (não abreviar):	
Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> outros.	Nascimento:     /     /
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indigena <input type="checkbox"/> Amarela	
Anamnese/ Exame Físico e Complementar:	
Diagnóstico provável:	CID:
Condução:	
Necessidade de Priorização: (Justificar)	
	<hr/> <b>Médico Solicitante</b> Ass. Carimbo.



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná  
Rua Anselmo Veronese N.º 65 – Centro CEP 85350-000  
e-mail: [saude@novalaranjeiras.pr.gov.br](mailto:saude@novalaranjeiras.pr.gov.br) - Fone: 42-3637-1206