TERMO DE REFERÊNCIA – AQUISIÇÂO

1. OBJETO:

1.1. Registro de preço de aquisição de FRALDAS GERIÁTRICAS para dispensação aos usuários do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS, de acordo com as quantidades e especificações descritas.

(x) Natureza Comum
( ) Natureza Especial

ITEM	CÓD. INTERNO	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	Qtde
01	115.001.112	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (P)**	Un.	8.900
02	115.001.111	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (M)**	Un.	37.000
03	115.001.110	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (G)**	Un.	119.300
04	115.001.113	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (XG)**	Un.	218.500

1.2. O objeto desta contratação não se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto N.º 10.818, de 27 de setembro de 2021.

1.3. Os itens objeto desta contratação são caracterizados como comuns, conforme elementos constantes no Estudo Técnico Preliminar.

1.4. VIGÊNCIA DA ATA E DOS CONTRATOS:

1.4.1. O prazo de validade da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura da ata, e estará integralmente condicionada às cláusulas deste Termo de Referência, independentemente de sua transcrição.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 1 de 21

1.4.2. Durante a vigência da Ata de Registro de Preços decorrente deste certame, fica vedada a adesão por parte de órgãos ou entidades da administração pública federal, estadual, distrital ou municipal, inclusive de outros municípios, bem como daqueles que não tenham manifestado formalmente interesse durante a fase de coleta de demandas.

1.4.3. A decisão pela unicidade da contratação ampara-se no planejamento estratégico desta unidade, o qual identificou que o objeto do presente Termo de Referência atende a necessidades específicas e exclusivas da Secretaria Municipal de Saúde, não havendo interesse público na abertura do certame para a participação de outros órgãos ou entidades de esferas federativas distintas.

1.4.4. A(s) contratação(ões) decorrente(s) da Ata de Registro de Preços terá(ão) prazo de **vigência de 06 (seis) meses**, contados da data da assinatura, a partir de quando as obrigações assumidas pelas partes serão exigíveis, podendo ser prorrogado conforme art. 105, da Lei 14.133/21.

1.5. DO LOCAL E CONDIÇÕES DE ENTREGA:

1.5.1. Os itens deverão ser entregues nos seguintes endereços: **Almoxarifado Central**, sito na Rua Abraão Matar, Nº 161, Santa Luzia, no Município de Três Lagoas/MS, conforme condições estabelecidas no **item 5** deste instrumento.

1.6. DA GARANTIA:

1.6.1. O prazo de garantia é aquele estabelecido na Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 2 de 21

2.1 O município de Três Lagoas está localizado no Estado do Mato Grosso do Sul, possuindo uma Área da Unidade Territorial de 10.217,071 km² (IBGE, 2024), uma população de 132.152 pessoas (IBGE, 2022) e uma Densidade Demográfica 12,93 habitante por quilômetro quadrado (IBGE, 2022).

2.2 Três Lagoas é sede da Macrorregião Costa Leste, abrangendo mais treze municípios divididos em duas microrregiões, sendo estes: Região Nordeste: Aparecida do Taboado, Cassilândia, Chapadão do Sul, Costa Rica, Inocência, Paraíso das Águas e Paranaíba abrangendo uma população de 160.563 habitantes e a Região Leste: Água Clara, Bataguassu, Brasilândia, Santa Rita do Pardo, Selvíria e Três Lagoas abrangendo uma população de 198.672 habitantes, sendo que juntas as duas regiões somam 359.235 habitantes (Resolução CIB/SES Nº 545/2024).

2.3 A aquisição de fraldas geriátricas para dispensação aos usuários do SUS justifica-se pela necessidade de proporcionar aos pacientes acamados e acometidos por patologias no município o devido cuidado, de modo a respeitar suas condições de saúde e a assegurar sua dignidade. O fornecimento de fraldas descartáveis, em conformidade com os protocolos estabelecidos, objetiva não apenas a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, mas também a otimização dos processos de cuidado diário.

2.4 O direito ao recebimento de fraldas descartáveis está vinculado ao Direito à Saúde, pois sua indisponibilidade gera agravamento moral e físico, com base na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7.º, especialmente nos incisos I, II, III e XVI que estabelecem, respectivamente, os princípios da **Universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, da **Integralidade de Assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, a **Preservação da Autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a **Atenção Humanizada**.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 3 de 21

2.5 Deve-se considerar ainda a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, em especial, o Art. 15, inciso V, parágrafo 2º, incumbe ao poder público fornecer às pessoas idosas, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

2.6 Lembra-se de que o fornecimento de fraldas aos cidadãos, cuja necessidade é motivada por doença, é competência da Política Pública de Saúde e não da Assistência Social, conforme disposto no Art. 1º da Resolução Nº 39, de 9 de dezembro de 2010, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde.

2.7 A estimativa das quantidades foi baseada no levantamento realizado pela Secretaria demandante, através dos elementos dispostos no Estudo Técnico Preliminar.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

3.1. A solução consiste na aquisição de fraldas descartáveis geriátricas, nos tamanhos P, M, G e XG, destinadas à dispensação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS.

3.2. Os produtos destinam-se a pacientes acamados ou com mobilidade reduzida, portadores de incontinência urinária e/ou fecal, que preencham os critérios estabelecidos no Protocolo Municipal de Dispensação de Fraldas Descartáveis, disposto no Manual do Serviço Social da Saúde (Anexo III) e possuam cadastro ativo no Setor Social da Secretaria Municipal de Saúde. A solução visa assegurar conforto, higiene, dignidade e proteção aos usuários, contribuindo para a prevenção de agravos decorrentes da ausência de cuidado adequado, tais como infecções, dermatites, lesões por pressão e demais

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 4 de 21

complicações correlatas, mediante fornecimento contínuo e regular, conforme a necessidade assistencial verificada.

3.3. A contratação será realizada por meio do Sistema de Registro de Preços (SRP), com formalização de Ata de Registro de Preços, nos termos dos Arts. 82 a 86 da Lei Nº 14.133/2021 e do Decreto Federal nº 11.462/2023. As aquisições ocorrerão de forma parcelada, conforme a demanda efetivamente verificada e a disponibilidade orçamentária, mediante emissão de nota de empenho e respectiva Autorização de Fornecimento, com adjudicação por item, correspondente a cada tamanho, ressaltando-se que a Administração não terá obrigação de contratar os quantitativos registrados.

3.4. Os produtos ofertados deverão ser fabricados por empresa detentora de Autorização de Funcionamento (AFE) e possuir notificação ou registro válido junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme o caso, nos termos da legislação sanitária vigente, sendo vedado o fornecimento de produtos vencidos, avariados, reembalados ou que apresentem indícios de violação da embalagem primária. As embalagens deverão conter rotulagem íntegra e legível, com indicação do fabricante, da data de fabricação, do prazo de validade e do lote.

3.5. Quanto à manutenção e à assistência técnica, estas não se aplicam ao objeto, por se tratar de bem de consumo descartável, de uso único, sem partes, mecanismos ou componentes que demandem tais serviços. Ainda assim, o fornecimento deverá assegurar a regularidade, a conformidade com as especificações técnicas e a qualidade dos produtos durante toda a vigência da Ata de Registro de Preços, garantindo a Administração as condições ofertadas na proposta, nos termos da Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo das obrigações de substituição, correção ou reposição, quando cabíveis, em caso de vícios, defeitos, avarias, irregularidades ou desconformidade com o edital, o Termo de Referência ou a proposta vencedora, sem ônus adicional para a contratante.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 5 de 21

4.1. O produto deverá se adequar as seguintes disposições:

4.1.1. O produto deverá ser entregue exatamente conforme solicitado e descrito neste instrumento, respeitando rigorosamente as especificações de embalagem, medida e quantidade determinadas.

4.1.2. O fornecedor ficará obrigado a realizar a troca em até 10 (dez) dias, sem ônus para o Município, de qualquer material que seja recusado, caso não atenda às especificações acordadas ou apresente defeitos.

4.1.3. Tanto o representante quanto o fabricante assumem plena responsabilidade pela qualidade e conformidade das fraldas geriátricas entregues, garantindo que o produto atenda às condições estabelecidas nas normas e regulamentações aplicáveis, incluindo os requisitos de segurança, saúde e adequação.

4.1.4. Todas as entregas de fraldas geriátricas que ocorrerem fora do prazo estabelecido, sem justificativa por escrito e previamente aceita pela administração, estarão sujeitas às penalidades previstas na legislação vigente, incluindo, mas não se limitando, a multas, suspensão de pagamentos ou rescisão contratual.

4.1.5. As fraldas geriátricas fornecidas deverão estar em conformidade com as normas e regulamentações técnicas vigentes, como a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) e outras que garantam a segurança e a qualidade do produto, atendendo às exigências do Ministério da Saúde e da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

4.1.6. As fraldas geriátricas entregues deverão ter prazo de validade mínimo de 12 meses a partir da data de entrega. O fornecedor deverá garantir que os produtos entregues estejam dentro do prazo

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 6 de 21

de validade, não podendo o Município receber material com data de validade inferior ao estipulado.

4.1.7. O fornecedor deverá garantir que as fraldas geriátricas sejam transportadas e armazenadas de maneira adequada, de modo a evitar danos ao produto. O material deverá ser entregue em condições perfeitas de uso, com embalagens intactas, sem sinais de deterioração, umidade ou qualquer tipo de comprometimento da qualidade do produto.

4.1.8. As fraldas deverão ser fornecidas em embalagens que protejam o produto de contaminação, garantindo que o material seja mantido em perfeitas condições de higiene e segurança até o momento da utilização. As embalagens devem ser identificadas de forma clara, contendo informações sobre a marca, tipo de fralda, número de unidades e data de fabricação.

4.1.9. O fornecedor deverá oferecer garantia conforme Código de Defesa do Consumidor para as fraldas geriátricas fornecidas, a contar da data da entrega, para cobrir defeitos de fabricação ou problemas relacionados à qualidade do produto. Em caso de falha, o fornecedor deverá realizar a troca do item defeituoso sem custos adicionais para o Município.

4.1.10. O fornecedor deverá manter um controle detalhado das entregas realizadas, disponibilizando relatórios periódicos que informem sobre a quantidade de fraldas entregues, o prazo de validade e o estoque disponível. O Município poderá solicitar a qualquer momento o inventário atualizado dos produtos entregues.

4.1.11. O fornecedor deverá comprovar sua capacidade logística para fornecer as fraldas geriátricas nas quantidades solicitadas dentro dos prazos estabelecidos. Caso haja falta de estoque ou incapacidade de fornecimento, o fornecedor deverá comunicar

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 7 de 21

imediatamente ao Município e fornecer um plano de ação para solução do problema, sob pena de rescisão contratual.

4.1.12. Caso o fornecedor forneça um lote de fraldas geriátricas que não atenda às especificações acordadas, o fornecedor deverá realizar a substituição do produto sem custos adicionais para o Município, dentro de um prazo máximo de 10 dias após a notificação da não conformidade.

4.1.13. O prazo de entrega dos produtos é de até 30 dias, contados da emissão da autorização de fornecimento.

4.1.14. Os produtos deverão ser entregues no Almoxarifado Central, sito na Rua Abraão Matar, 161, Santa Luzia, CEP. 79.600-160, no Município de Três Lagoas/MS, obedecendo aos critérios de quantidade conforme Autorização de Fornecimento.

4.2. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (P)** Fralda descartável de uso adulto, uso diurno e noturno e formato anatômico, indicada para casos de incontinência urinária/fecal severa, dotada de indicador de umidade, barreiras laterais antivazamento, elástico ao redor das pernas, gel superabsorvente que proporcione segurança e proteção durante todo o tempo de uso do produto, contendo no mínimo 04 (quatro) fitas adesivas reposicionáveis para o máximo de ajuste. **COMPOSIÇÃO MÍNIMA:** camada interna de não tecido, flocos de gel superabsorventes para maior rapidez na absorção e retenção de líquido reduzindo a umidade (gel seco), sistema para melhor distribuição e transferência do líquido (camada de transferência); cobertura hipoalergênica que permite a	UN

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 8 de 21

	passagem rápida dos líquidos proporcionando proteção à pele; indicador de umidade, que altera de cor em contato com a urina, sem necessidade de abrir e fechar a fralda; camada externa com toque suave, fios de elastano, barreiras protetoras que ajudam a prevenir vazamentos, adesivo termoplástico e fitas adesivas para fixação; absorção mínima de 400 ml, para **INCONTINÊNCIA SEVERA**, indicada para utilização em pessoas aproximado de 30 a 40 kg (ou superior) e cintura entre 50 a 80cm (ou superior). **APRESENTAÇÃO:** acondicionado em embalagem original de fábrica, contendo externamente especificação do produto, informações do fabricante, data de fabricação e prazo de validade. Pacotes com no máximo 30 unidades.	
2	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (M)** Fralda descartável de uso adulto, uso diurno e noturno e formato anatômico, indicada para casos de incontinência urinária/fecal severa, dotada de indicador de umidade, barreiras laterais antivazamento, elástico ao redor das pernas, gel superabsorvente que proporcione segurança e proteção durante todo o tempo de uso do produto, contendo no mínimo 04 (quatro) fitas adesivas reposicionáveis para o máximo de ajuste. **COMPOSIÇÃO MÍNIMA:** camada interna de não tecido, flocos de gel superabsorventes para maior rapidez na absorção e retenção de líquido reduzindo a umidade (gel seco), sistema para melhor distribuição e transferência do líquido (camada de transferência); cobertura hipoalergênica que permite a passagem rápida dos líquidos proporcionando proteção à pele; indicador de umidade, que altera de cor em contato com a urina, sem necessidade de abrir e fechar a fralda; camada externa com toque suave, fios de elastano, barreiras protetoras que ajudam a prevenir vazamentos, adesivo termoplástico e fitas adesivas para fixação; absorção mínima de 500 ml, para **INCONTINÊNCIA SEVERA** indicada para utilização em pessoas com peso aproximado de 40 a 70 kg, cintura aproximada de 80 a 110 cm (ou superior). **APRESENTAÇÃO:** acondicionado em embalagem original de	UN

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 9 de 21

	fábrica, contendo externamente especificação do produto, informações do fabricante, data de fabricação e prazo de validade. Pacotes com no máximo 30 unidades.	
3	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (G)** Fralda descartável de uso adulto, uso diurno e noturno e formato anatômico, indicada para casos de incontinência urinária/fecal severa, dotada de indicador de umidade, barreiras laterais antivazamento, elástico ao redor das pernas, gel superabsorvente que proporcione segurança e proteção durante todo o tempo de uso do produto, contendo no mínimo 04 (quatro) fitas adesivas reposicionáveis para o máximo de ajuste. **COMPOSIÇÃO MÍNIMA:** camada interna de não tecido, flocos de gel superabsorventes para maior rapidez na absorção e retenção de líquido reduzindo a umidade (gel seco), sistema para melhor distribuição e transferência do líquido (camada de transferência); cobertura hipoalergênica que permite a passagem rápida dos líquidos proporcionando proteção à pele; indicador de umidade, que altera de cor em contato com a urina, sem necessidade de abrir e fechar a fralda; camada externa com toque suave, fios de elastano, barreiras protetoras que ajudam a prevenir vazamentos, adesivo termoplástico e fitas adesivas para fixação; absorção mínima de 600 ml, para **INCONTINÊNCIA SEVERA** indicada para utilização em pessoas com peso de 70 a 90kg e cintura entre 115 a 150cm (ou superior). **APRESENTAÇÃO:** acondicionado em embalagem original de fábrica, contendo externamente especificação do produto, informações do fabricante, data de fabricação e prazo de validade. Pacotes com no máximo 30 unidades.	UN
4	**FRALDA DESCARTÁVEL - GERIÁTRICA (XG)** Fralda descartável de uso adulto, uso diurno e noturno e formato anatômico, indicada para casos de incontinência urinária/fecal severa, dotada de indicador de umidade, barreiras laterais antivazamento, elástico ao redor das pernas,	UN

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 10 de 21

	gel superabsorvente que proporcione segurança e proteção durante todo o tempo de uso do produto, contendo no mínimo 04 (quatro) fitas adesivas reposicionáveis para o máximo de ajuste. **COMPOSIÇÃO MÍNIMA:** camada interna de não tecido, flocos de gel superabsorventes para maior rapidez na absorção e retenção de líquido reduzindo a umidade (gel seco), sistema para melhor distribuição e transferência do líquido (camada de transferência); cobertura hipoalergênica que permite a passagem rápida dos líquidos proporcionando proteção à pele; indicador de umidade, que altera de cor em contato com a urina, sem necessidade de abrir e fechar a fralda; camada externa com toque suave, fios de elastano, barreiras protetoras que ajudam a prevenir vazamentos, adesivo termoplástico e fitas adesivas para fixação; absorção mínima de 800 ml, para **INCONTINÊNCIA SEVERA** indicada para utilização em pessoas com peso acima de 90kg e cintura entre 120 a 165cm (ou superior). **APRESENTAÇÃO:** acondicionado em embalagem original de fábrica, contendo externamente especificação do produto, informações do fabricante, data de fabricação e prazo de validade. Pacotes com no máximo 30 unidades.	

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

5.1. O prazo de entrega dos itens é de até **30 (trinta) dias corridos**, contados da Autorização de Fornecimen, em remessa parcelada, conforme solicitação da Contratante:

5.1.1. Caso não seja possível a entrega na data assinalada, a empresa deverá comunicar as razões respectivas com pelo menos **15 (quinze) dias** de antecedência para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 11 de 21

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO QUE DESCREVE COMO A EXECUÇÃO DO OBJETO SERÁ ACOMPANHADA E FISCALIZADA:

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei Nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.3. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.4. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

6.5. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei Nº 14.133, de 2021, Art. 117, caput).

6.6. O(s) fiscal(is) do contrato acompanhará(ão) a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 12 de 21

7. CRITÉRIO DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO:

7.1. RECEBIMENTO DO OBJETO:

7.1.1. Os itens serão recebidos provisoriamente, de forma sumária, no ato da entrega, juntamente com a nota fiscal ou instrumento equivalente, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

7.1.2. Os itens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de **10 (dez) dias**, a contar da notificação da Contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.1.3. O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de **10 (dez) dias**, a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento equivalente pela Administração, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo detalhado.

7.1.4. O prazo para recebimento definitivo poderá ser excepcionalmente prorrogado, de forma justificada, por igual período, quando houver necessidade de diligências para a aferição do atendimento das exigências contratuais.

7.1.5. O prazo para a solução, pelo Contratado, de inconsistências na execução do objeto ou de saneamento da nota fiscal ou de instrumento equivalente, verificadas pela Administração durante a análise prévia à liquidação de despesa, não será computado para os fins do recebimento definitivo.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 13 de 21

7.1.6. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do item nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

7.2. DO PAGAMENTO:

7.2.1. O pagamento será efetuado de acordo com o fornecimento, no prazo de até **30 (trinta) dias** mediante apresentação da Nota Fiscal ou documento equivalente, devidamente atestada, juntamente das certidões de regularidade fiscal em plena validade, previstas na Lei Nº 14.133/2021.

7.2.2. A Contratada deverá obrigatoriamente encaminhar os seguintes documentos quando da entrega:

7.2.2.1. Nota Fiscal ou documento equivalente gerada de acordo com o fornecimento das quantidades de itens entregues e solicitados na Autorização de Fornecimento.

7.2.2.2. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e/ou Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da Lei.

7.2.2.3. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao FGTS, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei.

7.2.2.4. Prova de regularidade perante a Justiça do Trabalho.

7.2.3. A falta de um dos documentos dispostos na Lei Federal Nº 14.133/2021 e suas alterações, poderá implicar no não recebimento.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 14 de 21

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

8.1 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de **LICITAÇÃO**, com adoção do critério de julgamento pelo **MENOR PREÇO POR ITEM**.

8.2 DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

8.2.1 Autorização de Funcionamento da Licitante, do Distribuidor e/ou do Fabricante, emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

8.2.2 Caso a Autorização de Funcionamento do Distribuidor e/ou do Fabricante esteja vencida, será aceito protocolo de solicitação de renovação desde que tenha sido requerido junto a ANVISA/Ministério da Saúde no prazo mínimo de 60 (sessenta) a 90 (noventa) dias do vencimento.

8.2.3 Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual

8.2.3.1 Caso a empresa não possua alvará sanitário por estar dispensada legalmente da exigência ou por não se enquadrar em atividades sujeitas a tal fiscalização, deverá apresentar documento oficial equivalente que comprove sua regularidade sanitária, tais como:

8.2.3.1.1 Certificado de Regularidade Técnica (CRT) emitido por órgão competente.

8.2.3.1.2 Declaração de Dispensa de Licenciamento Sanitário, expedida pela autoridade sanitária local.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 15 de 21

8.2.3.1.3 Certificado de Cadastro no Sistema de Vigilância Sanitária (se aplicável).

8.2.3.1.4 Autorização de Funcionamento emitida por órgão regulador do segmento (ex.: ANVISA, para produtos sujeitos à vigilância federal).

8.2.3.1.5 Laudo técnico ou relatório de vistoria que ateste a conformidade sanitária do estabelecimento.

8.2.3.1.6 Lei, Decreto ou Medida Provisória que isente a empresa de tal licenciamento.

8.2.4 Caso o Alvará Sanitário esteja vencido, será aceito protocolo de solicitação de renovação, desde que tenha sido requerido no prazo mínimo que anteceder o vencimento constante na legislação sanitária Municipal/Estadual ou Distrital da sede da empresa.

8.2.5 Comprovação dos registros dos produtos licitados ou da notificação ou da dispensa do registro, no Ministério da Saúde/ANVISA, devendo constar à validade (dia/mês/ano), por meio de:

8.2.5.1 Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicado no D.O.U., grifando o número relativo a cada produto cotado ou Cópia emitida eletronicamente através do sítio da Agência Nacional da Vigilância Sanitária.

8.2.5.2 Estando o registro vencido, a licitante deverá apresentar cópia autenticada e legível do protocolo da solicitação de sua revalidação, acompanhada de cópia do registro vencido, desde que a revalidação do registro tenha sido requerida no primeiro semestre do último ano do quinquênio

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 16 de 21

de sua validade, nos termos e condições previstas no § 6º do artigo 12 da Lei nº. 6.360/76, de 23 de setembro de 1976. A não apresentação do registro ou do protocolo do pedido de revalidação implicará na desclassificação do item cotado ou;

8.2.6 Cópia da Declaração de notificação ou do Certificado de Dispensa de Registro do produto emitido pela Agência Nacional da Vigilância Sanitária.

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

9.1. O custo estimado da contratação possui caráter sigiloso e será tornado público apenas e imediatamente após o julgamento das propostas.

9.1.1. A administração opta por não divulgar os valores referenciais. O sigilo do valor de referência é um auxiliar útil à Administração na busca pela proposta mais vantajosa, visto que, a depender da concorrência existente em razão do objeto, eventual divulgação poderia fazer o licitante se restringir a obedecer ao limite estabelecido, afastando eventual negociação efetivamente proveitosa. Assim, a ânsia em maximizar a obtenção de oferta mais proveitosa justifica, por si só, que a informação quede restrita aos autos do processo administrativo, em anexo complementar, conforme possibilita o Art. 24 da Lei Nº 14.133/2021.

9.1.2. Destarte, a divulgação do orçamento pode comprometer uma das finalidades do procedimento licitatório, a seleção da proposta mais vantajosa, de modo que a avaliação dos princípios administrativos incutidos no certame de faça necessária, em especial quando de eventual requerimento de divulgação.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 17 de 21

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

10.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do Município deste exercício, na dotação abaixo discriminada:

Recursos Orçamentários: 02.07.01.10.302.0010.2028.0000 – Especialidades e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
Fonte: 1.500.1002
Natureza da Despesa: 3.3.90.32.00 – Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita
Ficha: 1082

11. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

11.1. DA APRESENTAÇÃO DE CATÁLOGOS E ENVIO DE AMOSTRAS:

11.1.1. A(s) empresa(s) licitante(s) deverá(ão) anexar juntamente à sua PROPOSTA DE PREÇOS, **catálogos/ficha técnica do produto, laudo técnico de capacidade de absorção, laudo microbiológico e dermatológico ou na ausência destes, qualquer documento oficial do fabricante**, devidamente identificado, contendo de forma detalhada, especificações técnicas suficientes para subsídio à análise de aceitabilidade dos itens.

11.1.2. Será exigido do licitante classificado em primeiro lugar a apresentação de amostra do item arrematado, que deverá ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde no endereço Rua:João Silva, nº939 – Centro – Três Lagoas – MS – CEP;79600-010 no prazo máximo de até 24 (vinte e quantro) horas (data de postagem) após o resultado do certame.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 18 de 21

11.1.3. As amostras apresentadas para análise deverão estar em embalagem original do fabricante corretamente identificadas com o nome do licitante responsável pelo envio, o número do pregão, e do item a que se refere.

11.1.4. A amostra será analisada por representante da Secretaria Municipal de Saúde, que emitirá laudo motivado acerca do produto apresentado realizando os procedimentos necessários para a adequada verificação da amostra apresentada.

11.1.5. Serão avaliadas nesta fase:

11.1.5.1. Embalagem

11.1.5.1.1. Deve ser em pacotes íntegros.

11.1.5.1.2. Possuir dados de identificação do fabricante e do fornecedor.

11.1.5.1.3. Informar a procedência do produto.

11.1.5.1.4. Informar número de lote, data de fabricação e validade.

11.1.5.1.5. Informar nome do responsável técnico.

11.1.5.1.6. Pacotes com no máximo 30 unidades.

11.1.5.2. Produto:

11.1.5.2.1. Fidelidade de tamanho (se está de acordo com a ficha técnica do produto).

11.1.5.2.2. Adequação anatômica.

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 19 de 21

11.1.5.2.3. Fixação.

11.1.5.2.4. Presença de indicador de umidade.

11.1.5.2.5. Capacidade de absorção : a equipe, se utilizando da premissa que a micção é o ato de expelir urina, voluntariamente ou não, sendo que capacidade média da bexiga de um adulto é de 700 a 800 ml, mas o estímulo é percebido a partir de 270 - 310 ml, em condições habituais a bexiga é esvaziada entre 5 e 8 dentro de 24 horas, considerando esses dados e o fato de que a composição da urina é 95% de água, o teste de absorção é realizado com a distribuição de 200ml de água sobre a fralda com intervalo de 4 horas para os tamanhos P e M e 300ml para os tamnhos G e XG, onde a fralda para ser aprovada necessita resistir no mínimo a duas aplicações e não apresentar grumos no gel absorvente.

Três Lagoas/MS, na data da assinatura digital.

Documento assinado digitalmente
gov.br
THAIS FIGUEIREDO BINI DE ASSIS OTTONI
Data: 09/11/2026 14:46:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Thais Figueiredo Bini de Assis
Servidor responsável pelo Termo de Referência

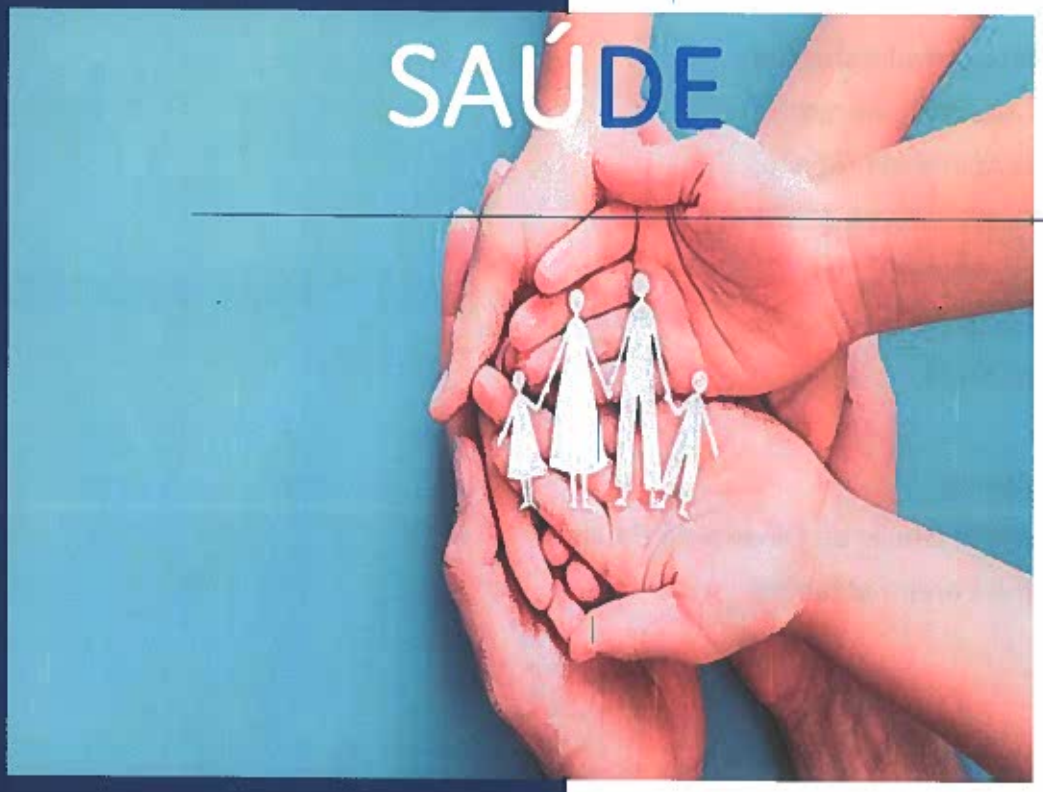
(assinado digitalmente)
Juliana Rodrigues Salim
Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 20 de 21

Prefeitura Municipal de Três Lagoas
Este documento foi assinado digitalmente por JULIANA RODRIGUES SALIM (CPF 301.###.###-74), em 09/11/2026 20:54 e pode ser validado pelo QR Code ao lado e ou pelo link: https://sign.treslagoas.ms.gov.br/documento/documentoAssinado/143272. Folha 21 de 21

Manual

DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE



1° Edição - 2023

Três Lagoas - MS

Coordenadora/Enfermeira

Juliana Rodrigues Salim

Assistentes Sociais

Clélvis da Silva Correa;

Fabiani Peruzi Alvares;

Gladiston Augusto Correa;

Maria do Carmo Vicente Ferreira.

Psicólogo

Igor Queiroz Paez

Técnicos Administrativos

Elvira Acosta Ximenes;

Fátima Aparecida Ribeiro;

Francisca Edileusa da Silva;

Jessica Freire Franco;

Michelle Cristina Romano;

Sandra Alves.

Estagiários

Alessandra Bruski de Oliveira de Paula

Leidiana Pereira Miranda;

SUMÁRIO

NORMAS GERAIS DA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL E CASA DE APOIO 5
NORMAS E REGRAS GERAIS DA CASA DE APOIO 8
Condições de admissão 8
Obrigações 9
Assistência/Cuidados Oferecidos 10
Pertences dos Hospedes 10
Deveres dos Hospedes e Acompanhante 10
Acompanhantes 11
Visitas 12
Refeições 12
Aparelhos Eletrônicos 12
Equipe Assistencial 13
Infeção Hospitalar 13
Proibidos 13
Transporte 14
Alta Casa de Apoio 16
ROTINAS RELACIONADAS AO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE. 17
Sala da Recepção do Serviço de Assistência Social da Saúde (técnico administrativo) ... 17
Atendimento do Técnico Administrativo para passagem 18
Atendimento a entrega de fraldas no Serviço de Assistência Social da Saúde (técnico administrativo, estagiário e ou técnico de farmácia) 20
Atendimento para embarque dos pacientes nos ônibus para Campo Grande e Barretos . 21
Atendimento de Recepção Casa de Apoio Campo Grande e Barretos 22
Atendimento da Guia no ônibus de Campo Grande e/ou Barretos 24
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SAÚDE. 27
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO FRALDAS GERIÁTRICAS 27
Cadastro dos usuários ao benefício do fornecimento de fraldas descartáveis. 27
Parecer Socioeconômico para o fornecimento do primeiro cadastro e ou renovação anual das fraldas descartáveis. 29
Fornecimento mensal das fraldas descartáveis. 33
Dispensação de fraldas geriátricas descartáveis aos usuários do SUS. 36
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO LENTES CORRETIVAS 38
Cadastro de aquisição de lentes corretivas e armações 38
Atendimento socioeconômico para aquisição de lentes corretivas 41
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TFD 45

32 - 108

Cadastro para atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual. 45
Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual. 47
Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual RETORNO.... 52
Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – Acerto de contas. 56
Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Município por ambulância pacientes eletivos..... 59
Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio por custeio Municipal..... 63
Procedimento Operacional Padrão..... 67
Transporte de paciente em alta hospitalar..... 67
Atendimento à demanda de solicitação de remoção de paciente em alta hospitalar fora do domicílio..... 67
Conferência das quilometragens dos veículos utilizados nos transportes de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – ônibus, vans e micro-ônibus 71
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Agendamento de Passagem 75
Agendamento de Tratamento Fora do Domicilio(TFD) em Campo Grande e ou Barretos/São Jose do Rio Preto. 75
Transporte eletivo acompanhado pelo setor da Assistência Social da saúde no embarque e desembarque para Campo Grande e ou Barretos 79
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO MEDICAMENTOS ESPECIAIS 82
Cadastro de medicamentos especiais 82
Atendimento para fornecimento de medicamentos especiais do município 85
PROTOCOLOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SAUDE..... 88
PROTOCOLO DE AQUISIÇÃO DE LENTES CORRETIVAS E ARMAÇÕES..... 88
Aquisição de lentes corretivas e armações 88
PROTOCOLO DE AQUISIÇÃO DE FRALDAS AQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS 96
PROTOCOLO DE TRANSPORTE 104
Agendamento de Transporte Sanitário Eletivo-TSE (ambulância e rodoviário)..... 104
ANEXOS 112
FRALDAS 112
ÓCULOS..... 119
TFD..... 124
TRANSPORTE..... 136
MEDICAMENTOS..... 144

NORMAS GERAIS DA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL E CASA DE APOIO

As informações dispostas abaixo se referem ao conjunto de normas gerais e rotinas a serem observadas por todos os servidores que atuam no Setor do Serviço Social da Saúde e Casas de Apoio do município de Três Lagoas, Campo Grande e Barretos.

O servidor deverá manter adequada postura profissional, respeitando princípios éticos e morais, atuando e agindo dignamente com respeito para com todos os funcionários e usuários; ser fiel e proativo aos interesses do serviço público.

A todos os colaboradores é exigido realizar suas tarefas respeitando essas determinações: companheirismo, dedicação, respeito às normas em geral, subordinação, pontualidade, assiduidade, fidelidade, diligência, colaboração e respeito à hierarquia.

Quando necessário, realizar o atendimento social, preencher os dados levantados utilizando o sistema Consulfarma preencher as anotações, cadastros e evoluções pertinentes a assistência prestada ao paciente no prontuário eletrônico com pontuações no sentido de garantir acesso aos direitos sociais nas diversas áreas.

É proibido opor resistência injustificada ao cumprimento das normas e rotinas, protocolos, processos de trabalho, determinações superiores e execução de serviços da unidade.

Utilizar com zelo e cuidado as acomodações, aparelhos e equipamentos disponibilizados, sendo responsável pela sua preservação e responsabilizando-se pelo seu mau uso.

Estar em dia com as leis, regulamentos, regimentos, instruções, resoluções e ordens de serviço que digam respeito às suas funções de acordo com o seu conselho de classe.

Intercorrências de natureza pessoal e interpessoal sejam com os colegas do serviço, com profissionais de outros serviços ou áreas afins, deverão ser relatados por escrito, sendo devidamente assinados e carimbados, e entregues diretamente à Coordenação, para providências.

É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos usuários durante o atendimento, salvo em caso em que o paciente deverá assinar o termo de autorização.

É proibido fumar nas dependências da Unidade. Conforme a Lei Municipal 2600/2012, Art. 1º fica proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto de uso coletivo fechado, privado ou público, no Município de Três Lagoas.

É vedada qualquer modificação, movimentação e retirada de materiais, insumos e/ou equipamentos dos lugares pré-determinados sem anuência da coordenação. Caso o servidor tenha sugestão de melhoria deverá comunicar a coordenação por escrito.

O servidor deverá respeitar o horário de trabalho, de preferência comparecendo com no mínimo 10 (dez) minutos de antecedência; portando a cédula de identificação do seu conselho de classe.

As férias deverão ser solicitas através de formulário específico no mês que antecede o gozo das férias, até o primeiro dia útil de cada mês. Ressaltamos que, é de inteira responsabilidade do Servidor o preenchimento e entrega do formulário na data estipulada neste parágrafo. A solicitação do servidor será encaminhada ao RH da Prefeitura pela Coordenação e a concessão das férias se dará após a aprovação pelo setor.

Conforme o decreto nº 048/2019, o registro e controle da frequência de ponto é pessoal e obrigatório para todos os servidores em exercício na Prefeitura Municipal de Três Lagoas. É de responsabilidade do servidor lançar todas as intercorrências (justificativas, protocolos e solicitações de abono).

Os atestados médicos de horas e meio período deverão ser entregues e protocolados no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) no mesmo dia da emissão, exceto aqueles emitidos no período vespertino, que poderão ser entregues no dia subsequente impreterivelmente no período matutino. Caso o servidor não possa entregar pessoalmente poderá enviar por terceiro. Ressaltamos que deve ser lançado o protocolo, pelo servidor no sistema do ponto no mesmo dia do atestado, como solicitação de "abono" (atestado de horas protocolado no SESMT). Na impossibilidade de comparecer ao trabalho o servidor deverá avisar com pelo menos vinte e quatro horas de antecedência, exceto em casos

especiais de urgência, e que torna impossível a comunicação, em casos de colaboradores que atuam em Campo Grande pode se encaminhar via e-mail: sesmt@treslagoas.ms.gov.br ou através do contato telefônico via WhatsApp (67) 99176 8028.

Ponto Eletrônico: Conforme o decreto nº 048/2019, o controle de frequência da jornada de trabalho dos servidores públicos municipais, far-se-á por meio de registro eletrônico de ponto.

Uniforme e crachá: fica estabelecido que todos os servidores que possuem uniforme e crachá de identificação fornecido pela gestão local devem obrigatoriamente fazer uso durante o expediente de trabalho. O crachá deverá estar em local visível, que permita a sua identificação durante o expediente. É proibido o uso de calçado aberto, grandes adornos. As unhas devem estar curtas e aparadas em conformidade a NR 32.4.5.

É dever do servidor realizar tratamento humanizado, tentando compreender suas demandas e resolvendo conforme as normas e rotinas do Manual da Assistência Social, para que o processo de trabalho seja garantido.

É dever do servidor agir dentro dos processos de trabalho implantados nas unidades seguindo as normas técnicas, rotinas técnicas, procedimentos operacionais padrão, protocolos, fluxogramas e determinações da secretária municipal de saúde, para que com isto, consiga uma comunicação assertiva e resolutividade no atendimento.

NORMAS E REGRAS GERAIS DA CASA DE APOIO

As informações dispostas abaixo se referem ao conjunto de normas e regras gerais a serem cumpridas por todos os munícipes de Três Lagoas que utilizam das Casas de Apoio locadas em Campo Grande e Barretos.

A Casa de Apoio, além do papel de acolher o sujeito dentro de sua demanda, busca amenizar a saudade que os pacientes referem sentir de suas casas, ofertando cuidado e afeto. A casa acolhe o paciente e seu familiar que não possuem condições de pagar hospedagem e que necessitam estar na cidade onde ocorre o tratamento. Possui grande importância diante do tratamento dos pacientes oncológicos, pois proporciona um lugar para descanso, oferecendo um espaço de cuidado, atenção e socialização. O tratamento oncológico é bastante individualizado, porém o paciente que passa pela casa de apoio tem a oportunidade de conhecer mais pessoas com adoecimento parecido, assim podendo perceber outras realidades e adquirir experiências, trocas de sentimentos, entretanto algumas restrições são necessárias para manter o ambiente harmonioso e saudável.

Com o alto fluxo de pacientes que possuímos nas Casas de apoio, foi implantado algumas sugestões para o bom convívio social entre os residentes da casa e fornecido:

A Casa de Apoio Enilson Rosa Ribas de Três Lagoas tem por finalidade hospedar pacientes do SUS (adolescentes, adultos e idosos) vindos do município de Três Lagoas, em tratamento nos Hospitais de Campo Grande, Barretos e São José de Rio Preto, que não têm condições de se hospedarem em outros locais. Para controle de satisfação, será disponibilizado os formulários para o preenchimento dos usuários afim de estabelecermos um padrão de satisfação acima de 80 %. Segue as informações contidas na cartilha.

Condições de admissão

Os hóspedes serão encaminhados à Casa de Apoio pelas Assistentes Sociais através do transporte rodoviário, meios próprios e ou ambulância.

Os hóspedes deverão apresentar documentos pessoais no momento da admissão.

Serão admitidos apenas hóspedes que, durante a evolução dos tratamentos, tenham sido liberados pelos médicos para permanecerem na casa de apoio.

A admissão dos hóspedes não lhes garantirá vaga numa próxima etapa de tratamento. Todo paciente deverá entrar em contato com a Assistência Social, quando tiver retorno, tratamento ou consulta marcados, para assim garantirmos seu transporte rodoviário e sua hospedagem na data prevista.

Os hóspedes não poderão chegar à Casa de Apoio sem o devido agendamento,ou seja, não poderão chegar sem aviso prévio, pois não há garantia de vagas.

Obrigações

Será feito check-in de todos aos pacientes e acompanhantes que adentrarem a casa de apoio, seja para hospedagem pernoite ou hospedagem rotativa, deverá apresentar a documentação original;

Os hóspedes deverão deixar a Casa de Apoio após o término da etapa do tratamento a que estiverem submetidos.

Não são de responsabilidade da Casa de Apoio as despesas de retorno dos hóspedes com alimentação nas paradas de ônibus e transporte em Três Lagoas para residência.

A Casa de Apoio realizará o agendamento dos pacientes que desejarem retornar a Três Lagoas, com um prazo mínimo de 01 dia, pois não há garantia de vagas.

Passagens para embarque em Três Lagoas/ Campo Grande e ou Barretos, devem ser retiradas no setor da Assistência Social da saúde, com apresentação do agendamento e documentos pessoais do paciente.

Quando os hóspedes desejarem deixar a Casa de Apoio antes do término da etapa do tratamento a que estiverem submetidos, deverão avisar previamente à Coordenação.

Procure falar baixo e agir com discrição, o horário de silêncio inicia-se as 22 horas até as 07:00, não podendo haver mais sons altos e televisão ligada a partir deste horário.

Mantenha toda a casa limpa, principalmente banheiros, e não jogue nada no chão ou pelas janelas.

Caso precise realizar a lavagem de roupas, o local possui máquina de lavar, pacientes da Santa Casa, o hospital disponibiliza a lavanderia.

É necessário, todas as vezes que sujar a louça, que o acompanhante realize a limpeza da mesma.

Assistência/Cuidados Oferecidos

Os hóspedes receberão gratuitamente, enquanto estiverem na Casa de Apoio: alimentação; transporte para os hospitais para consultas; transporte rodoviário para Três Lagoas e, quando for necessário, auxílio nas roupas de cama e sua higiene pessoal, nos casos de pacientes e acompanhantes que por emergência precisarem ficar na casa de apoio e não estavam preparados, este tem que ser devolvido assim que realizar o checkout (saída da casa de apoio), com presença de assinatura das devoluções dos enxovais.

Pertences dos Hospedes

As bagagens dos hóspedes deverão ser guardadas em locais próprios, indicados pela equipe assistencial.

Dinheiro e objetos de valor (inclusive celulares), serão disponibilizados armários individuais com chave para guarda de pertences de valor monetário. Caso contrário, não nos responsabilizamos pelos pertences não guardados, evite trazer itens de valor como aparelhos eletrônicos e joias. Esta chave deverá ser liberada pela coordenação e devolvida assim que o paciente for realizar o checkout.

Deveres dos Hospedes e Acompanhante

Respeitar os funcionários e outros hóspedes. Usar apenas um leito, inclusive para assentar-se.

Usar o tanque da lavanderia para lavar suas próprias roupas e estender toalhas somente nos varais, nunca nas grades.

Conservar os banheiros limpos, garantindo a devida higiene.Manter sua cama e mesa de cabeceira sempre arrumadas. Não compartilhe itens pessoais como toalhas, talheres e escova de dentes, evite excesso de materiais pessoais.

Respeitar os horários preestabelecidos para o entretenimento e o uso de aparelhos, tais como TV, computador, videogame.

Respeitar os horários do transporte estabelecidos pela Casa de Apoio.

Respeitar o horário de banho na parte da manhã (até as 10 horas), principalmente aqueles que necessitarem manutenção de curativos pela enfermagem.

Participar das atividades externas e internas, conforme programação da equipe assistencial.

Comunicar à equipe assistencial toda vez que for ausentar-se.

Comunicar à equipe assistencial da Casa de Apoio todos os procedimentos agendados nos hospitais, tais como: quimioterapia, radioterapia, consultase exames, para que desta forma nossa equipe possa fazer o controle interno do transporte.

Lave sempre as mãos ou utilize gel.

Caso esteja em estado gripal tente reagendar sua consulta e nos ambientes públicos é obrigatório utilizar as máscaras.

Comunique sempre os profissionais caso necessite se ausentar e quando chegar.

Mantenha a organização dos pertences de seu paciente;

Acompanhantes

É permitida a permanência de apenas um acompanhante para o hóspede adulto, sendo que as exceções serão tramitadas pela supervisão da casa.

Os acompanhantes também deverão seguir as orientações da equipe da Casa de apoio. Os acompanhantes tem por objetivo além de prestar o cuidado direto ao paciente auxiliando na realização das suas atividades de vida diária é um importante elo entre o paciente e a equipe de saúde sendo fonte de informações sobre seu estado de saúde, resultados de exames, prognóstico, entre outros, portanto e de suma importância e obrigatoriedade em casos de idosos, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e pacientes com debilidades motoras e psíquicas em tratamento de saúde nas cidades que Três Lagoas possui Casas de Apoio e transporte ter a presença do acompanhante, não sendo liberado que o paciente com características citadas a cima, permaneça na Casa de Apoio ou realize as viagens sem os mesmos.

Os Acompanhantes em hipótese nenhuma serão embarcados sem a presença do acompanhante. Em casos de o acompanhante precisar voltar para a cidade de origem deverá primeiramente ser substituído por outro acompanhante e ou em casos deste paciente ficar em casas de familiares, será feito analise individualmente de cada caso para liberação desta passagem.

Deverão usar roupas adequadas ao ambiente, evitando shorts, microssaias ou decotes exagerados.

O acompanhante deverá cuidar do seu familiar e não se esquecer dele na casa de apoio durante ou após a hospedagem, pois seu bem-estar é – principalmente – de sua responsabilidade durante a estadia.

Visitas

As visitas aos hóspedes serão permitidas todos os dias no horário de 14h00 a 16h30.

Serão permitidos apenas três visitantes para cada hóspede.

Na recepção, aos visitantes, serão entregues crachás para seremutilizados enquanto estiverem na Casa de Apoio.

Refeições

Pedimos a gentileza de cumprir os horários preestabelecidos para as refeições, que são:

Café da manhã | das 6h30 às 9h30

Almoço | das 11h00 às 13h30

Lanche | das 14h30 às 15h30

Jantar | das 17h às 19h

Ceia | das 20h às 21h

Os alimentos para consumo individual dos hóspedes (e que eles trazem consigo), como frutas, iogurtes, biscoitos, etc., deverão ser repassados para a coordenação, a fim de serem devidamente identificados e guardados na geladeira do refeitório com identificação.

Não é permitido alimentar-se fora do refeitório, exceto com liberação da equipe assistencial por motivo específico, por exemplo, em caso de paciente debilitado.

Aparelhos Eletrônicos

Os hóspedes poderão assistir televisão até as 22h. Após esse horário, todos os aparelhos deverão ser desligados.

É permitido rádio e ventilador de pequeno porte, mas é necessário registrar na portaria a entrada destes equipamentos; deverão ser escutados em volume baixo.

Equipe Assistencial

- Mantemos, 12 horas por dia (manhã e tarde), uma equipe assistencial qualificada para oatendimento aos nossos hóspedes. A missão desses profissionais é garantir,através de condutas técnicas, os cuidados necessários à recuperação e ao pronto restabelecimento do hóspede.

Solicitamos aos visitantes e acompanhantes que sigam as orientações desta equipe.

Infeção Hospitalar

Recomenda-se: lavar as mãos antes e após as refeições; não trazer alimentos e flores para os quartos; não se assentar na cama dos hóspedes; não tocar em sondas ou cateteres instalados no hóspede.

Proibidos

Lavar roupas nas pias dos banheiros dos quartos;

Trocar de roupa dentro do quarto (isso deverá ser feito somente nos banheiros);

Estender roupas nos banheiros, janelas ou camas;

É proibido fumar e ingerir bebidas alcoólicas em qualquer área da Casa de Apoio, sob pena de não garantirmos a vaga do hóspede em outra necessidade;

Ao acompanhante, sair e deixar o paciente sozinho sem a devida informação e liberação da equipe assistencial e/ou Coordenação;

Proibido circular nas dependências da Casa de Apoio com roupas inadequadas ao ambiente social, shorts curtos, miniblusas, minissaias e roupas transparentes não são permitidas;

Pacientes do sexo Masculino devem pernoitar em acomodações masculinas e pacientes do sexo feminino devem pernoitar em acomodações femininas. (As exceções serão aplicadas somente para pacientes com déficits graves, paliativos que estejam com acompanhantes ou cuidadores de sexo oposto);

Não forneça nenhum medicamento ao paciente, qualquer mal-estar comunique as profissionais da casa de apoio que as mesmas se necessário chamaram as equipes de saúde que prestam socorro;

É proibido fotografar e filmar nas dependências da casa de apoio. Respeite a privacidade dos outros usuários (Art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil e resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2126/2015.).

Atirar nas casas vizinhas, pelas janelas ou rampas, qualquer tipo de objeto, inclusive restos de alimentos.

Transporte

Os hóspedes devem sempre respeitar os horários de saída do veículo da Casa de Apoio e se dirigir à recepção para aguardar o motorista, haja visto que o embarque do ônibus para Três Lagoas ocorrerá as 15:30hs com saída as 16 horas, podendo ser alterado nas sexta-feira e ou feriados, nos casos de pacientes que porventura tenham imprevistos e necessitem estender o horário até no máximo 1 hora.

Os horários de funcionamento da Van são 07 horas às 18 horas com 1 hora de intervalo para almoço.

1ª saída: 7:15h até as 09:00hs (hospedes);

2 º saída: 8:20h (hospedados, e consultas após 12 horas às 13 horas, e realização rota;

Almoço do motorista: 10 horas as 11horas;

3ª saída: 11h10 (consultas das 13h30, realização da rota (local de pontos hospitalares);

4ª saída: 13 horas (Hospital Pênfico – Caso haja paciente(s));

5ª saída: 14 horas (realização da rota, busca de pacientes hospedados, Hospital São Julião e entre outros).

6ª saída: 16 horas (realização da rota, busca de pacientes hospedados entre outros).

7ª saída: 17 horas (realização da rota, busca de pacientes hospedados, entre outros).

Caso tenha lotação máxima da Van, o motorista deve desembarcar os pacientes nas instituições e retornar para embarcar os pacientes restantes. Realizando a Rota assim que possível, e proibido o motorista permanecer com pacientes com lotação máxima. Sempre esperar o veículo Van para retorno à Casa de Apoio no mesmo local onde desembarcou.

Sendo que na Casa de apoio de Barretos o ponto de embarque para retorno de Três Lagoas será na frente da Casa de Apoio.

Pacientes que desembarcaram na cidade de São José do Rio Preto, o ponto de embarque para retorno de Três Lagoas será no shopping rua: Shopping Rua Antônio Godoy, 5405 – Vila São José em Rio Preto.

Na Casa de Apoio de Campo Grande, será apresentado os pontos de embarque conforme a apresentação abaixo:

HOSPITAL SANTA CASA

Parada principal: Rua Eduardo Santos Pereira nº 33 – Centro (Centro de Oncologia da Santa Casa);

Alta Hospitalar: Rua Rui Barbosa nº 3637 – Centro (Pronto Socorro - entrada junto com as Ambulâncias);

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU/UFMS

Parada principal: Av. Sen. Filinto Müller, 355 - Vila Ipiranga. (Em frente ao Banco Sicredi);

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

Parada principal (Porta de Vidro): Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Aero Rancho –

HOSPITAL DO CÂNCER ALFREDO ABRÃO – HCAA

Parada principal: R. Aquidauana (Lateral do Hospital-Lanchonete);

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

Parada: Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário (Portão do Ponto de ônibus);

FUNCRAF

Parada: Rua 14 de julho nº 4827 - Bairro Monte Castelo (Portão de entrada);

CEM (CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS) e CENORT (CENTRO ORTOPÉDICO)

Parada: Rua 14 de julho 3686 – Bairro São Francisco. (Entrada Principal);

HOSPITAL DO PÊNFIGO

Parada Principal: Rua Barão do Rio Branco nº2590-Centro (em frente ao Hospital);

AACC - Associação dos Amigos das Crianças com Câncer

Parada: Av. Ernesto Geisel, 3475, Orpheu Baís. (Portão de entrada);

CER/APAE – CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Parada CER/APAE: Rua Carlinda Tognini nº 251 – Bairro Vila Progresso. (Portão de entrada);

CEI – CENTRO DE ESPECIALIDADES INFANTIL

Parada: Avenida Manoel da Costa Lima nº 3272 – Bairro Guanandi (em frente ao ponto de ônibus);

HOSPITAL NOSSO LAR

Parada: Rua Dr. Bezerra de Menezes nº 325 – Bairro Vila Planalto (Portão de Entrada);

HOSPITAL SÃO JULIÃO

Parada: Rua Lino Villacha nº 1250 Bairro Nova Lima (Na guarita junto com estacionamento/ lanchonete);

CASA DA SAÚDE – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESPECIALIZADA

Parada: Rua Onze de Outubro nº 220 – Bairro Cabreúva (Portão de entrada);

HOSPITAL DE AMOR CAMPO GRANDE

Parada: Av. Thirson de Almeida nº 3103 – Bairro Aero Rancho (Portão de entrada);

Alta Casa de Apoio

Casos de Alta hospitalar, o paciente que apresenta quadro clínico estável com possibilidades de viagem em posição sentada, serão encaminhados para Casa de apoio através da Van, onde o mesmo será embarcado no ônibus com o acompanhante para o destino de Três Lagoas, em casos de pacientes que forem liberados nas instituições após as 15 horas e no caso do Hospital São Julião as 14 horas, serão acolhidos na casa de apoio e serão embarcados no próximo dia útil. Para estes pacientes serão ofertados hospedagem completa: enxoval, alimentação e itens de higiene pessoal.

Os pacientes que forem encaminhados para o hospital São Julião devem ser orientados sobre o fluxo da Van e seu horário de atendimento, sendo que caso termine seus atendimentos no período da manhã ou até o horário das 14 horas serão embarcados pela van e encaminhados para casa de apoio, em casos de liberação no

período da noite após o horário disponível da Van as 18 horas, o paciente deverá se dirigir por meios próprios até a casa de apoio.

Em casos de superlotação do retorno do ônibus para o município de Três Lagoas, devem realizar algumas averiguações para conseguirmos atender todos os pacientes com qualidade e segurança no transporte:

- Verificar no primeiro horário a lotação do ônibus referente ao retorno para Três Lagoas;
- Caso tenha lotação máxima, verificar se algum paciente lotado possui outro convênio que não seja SUS.
- Comunicar a supervisão e ou coordenação para que seja levantado a possibilidade de transporte com a equipe e planejamento do setor de transporte (Caso tenha algum carro vazio na cidade de origem (Campo Grande) para retorno dos pacientes e ou possibilidade de envio de um carro para o outro dia para buscar a alta hospitalar na casa de apoio;
- Caso não consiga atender estas opções, devem se ligar pela manhã para os pacientes de convênios diversos e comunicá-los que seu retorno deverá ser no veículo de linha, devido superlotação no ônibus;
- O ônibus que realiza o transporte dos pacientes da saúde para os municípios contratados deverão seguir as orientações da coordenação geral de Três Lagoas, em casos de dúvidas ou falta de comunicação via telefone, devem solicitar auxilio dos assistentes sociais da Assistência Social a Saúde, fica preconizado que o ônibus seguirá a rota pré-estabelecida rota 01 Três Lagoas-Campo Grande e Campo Grande – Três Lagoas, rota 03 Três Lagoas- São Jose do Rio Preto - Barretos e Barretos - São José do Rio Preto - Três Lagoas, sendo que em casos excepcionais poderá ter alteração com prévia autorização da coordenação.

ROTINAS RELACIONADAS AO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE.

Sala da Recepção do Serviço de Assistência Social da Saúde (técnico administrativo)

Manter a organização das salas;

Realizar limpeza de bancada e afins com desinfetante de superfícies;

Acolher o paciente conforme sua solicitação;

Imprimir os impressos de controle de endereço e orientações dos processos de trabalho;

Receber e conferir os materiais;

Realizar controle das C.I. (comunicado interno) encaminhadas para Campo Grande e Barretos;

Zelar pelo funcionamento da ordem do atendimento público;

Realizar as ligações para os pacientes referentes aos medicamentos e agendamentos de retorno;

Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sob supervisão dos assistentes sociais;

Atender e registrar todos os atendimentos via sistema Consulfarma;

Atender as demandas via telefone sendo prestativo e resolutivo com acolhimento nas demandas relatadas;

Imprimir lista do Mapa de viagem de Campo Grande e Barretos;

Comunicar o coordenador sobre qualquer necessidade de manutenção de equipamentos, provisão de insumos faltantes e registrá-las em impresso próprio ou via e-mail;

Após realizar o arquivamento de todas as fichas nas pastas armazenadas, contendo o prontuário do paciente;

Realizar o agendamento de passagem, pelo sistema Consulfarma, caso a colaboradora esteja de folga ou atestado;

Realizar ligações para o paciente, caso precise de informações ou outra informação em algum dos hospitais de Campo Grande;

Receber as roupas sujas provenientes de Campo Grande e Barretos e preencher os dados solicitados na planilha específica para auxiliar em conferência.

Realizar todo início do mês a conferência do material de estoque de alimentos e materiais de escritório, marcando na planilha data de validade dos produtos.

Atendimento do Técnico Administrativo para passagem

Verificar as condições gerais da sala para realização adequada do atendimento;

Verificar a relação dos pacientes a serem atendidos no sistema Consulfarma pela fila de atendimento;

Acolher o paciente e identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Solicitar o agendamento (impresso, por e-mail, WhatsApp ou outra forma de comprovação) para realizar o preenchimento no mapa de viagem no sistema Consulfarma;

Imprimir, carimbar e cortar as passagens referentes as unidades: Campo Grande/MS, São José do Rio Preto/SP e Barretos/SP;

Fazer contagem de relatório conforme solicitação da coordenação;

Realizar o preenchimento adequado do mapa de viagem constando todos os dados do paciente e acompanhante;

Explicar ao paciente sobre as informações a respeito da viagem e normas da casa de Apoio e informá-lo sobre peculiaridades (local de embarque, saída do ônibus do terminal e casa de apoio, funcionamento da casa de apoio, levar material para pernoite, entre outros). Preencher a passagem de forma manual ou impressa;

Em casos de necessidade de alguma exceção deve se encaminhar para a coordenação avaliar a conduta, orientar o paciente com informações pertinentes a viagem;

Pacientes idosos, deficientes físicos, crianças e problemas psíquicos que realizam quimioterapia ou outro tratamento que interfere nas habilidades motoras e cognitivas é sugerido a presença de acompanhante, devido à complexidade do tratamento que pode causar diferentes efeitos colaterais, como queda de cabelo, diarreia, feridas na boca, náuseas e vômitos, pele sensível e até mesmo infertilidade e necessidade de um auxílio do acompanhante no momento ou após a sessão devido paciente ficar sensível e vulnerável, obedecendo os critérios do estatuto do idoso onde está em vigor a Lei 14.364/22, que garante a pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesos a presença de acompanhante ou atendente pessoal sempre que imprescindível à consecução das prioridades legais a que têm direito.

Os pacientes idosos que realizam tratamentos de quimioterapia ou outro que interfere na qualidade de vida imediata que não tiverem acompanhante e se recusar ao cumprimento desta necessidade, podem viajar após a leitura e ciência com a assinatura do TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE QUE USUFRUAM O SERVIÇO DE TRANSPORTE DE ONIBUS, VAN E CASA DE APOIO.

Os acompanhantes tem por objetivo além de prestar o cuidado direto ao paciente auxiliando na realização das suas atividades de vida diária é um importante elo entre o paciente e a equipe de saúde sendo fonte de informações sobre seu estado de saúde, resultados de exames, prognóstico, entre outros, portanto e de suma importância e obrigatoriedade em casos de idosos, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e pacientes com debilidades motoras e psíquicas em tratamento de saúde nas cidades que Três Lagoas possui Casas de Apoio e transporte ter a presença do acompanhante, não sendo liberado que o paciente com características citadas a cima, permaneça na Casa de Apoio ou realize as viagens sem os mesmos;

O transporte ofertado pela secretária de saúde tanto para Campo Grande, Barretos entre outros e para pacientes com consultas ou procedimentos eletivos, em casos de pacientes que necessitam de realizar atendimento de urgência ou avaliação de risco devem procurar atendimento nos hospitais conveniados ao SUS de nossa cidade.

Atendimento a entrega de fraldas no Serviço de Assistência Social da Saúde
(técnico administrativo, estagiário e ou técnico de farmácia)

Acolher o paciente e identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Solicitar a carteirinha de fraldas, devidamente preenchida pelo assistente social;

Abrir o sistema Consulfarma para preenchimento da saída de fraldas do estoque da unidade, seguindo tal etapa; => movimentação de estoque => profissional que realizou o atendimento => nome do usuário=> código do produto "Fralda" => quantidade fornecida => incluir => gravar;

Após fornecer a quantidade de fraldas lançadas no sistema Consulfarma;

Realizar a contagem mensal do estoque, com solicitação de fraldas via e-mail para o almoxarifado;

Digitar os formulários referente aos medicamentos especiais do município que se encontra na pasta compartilhada (medicamentos especiais do município) preenchendo a planilha com os dados;

Digitar os formulários referente aos óculos que se encontra na pasta compartilhada (óculos; planilha óculos) preenchendo a planilha com os dados.

Digitar os formulários referente as fraldas que se encontra na pasta compartilhada (fraldas; nova lista fraldas) preenchendo a planilha com os dados solicitados, conforme o relatório socioeconômico;

Realizar o apoio a projetos e solicitações da coordenação.

Atendimento para embarque dos pacientes nos ônibus para Campo Grande e Barretos

Realizar o café e chá para os passageiros que irão embarcar;

Montar a mesa com copos descartáveis, garrafa de chá, café, açúcar, bolachas, adoçante entre outros;

Acolher o paciente e identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Realizar a conferência das passagens dos pacientes conforme a lista impressa (mapa de viagem) para cada localidade;

Realizar o embarque e conferência juntamente com o motorista;

Realizar as orientações para todos os pacientes antes do embarque, de preferência dentro do ônibus;

Preencher o checklist de conferência do ônibus, realizando as anotações de todos os dados solicitados e em casos de intercorrência realizar o relatório;

Em dias estratégicos solicitar ao motorista apresentar os itens presentes no checklist como: macaco, extintor, estepe e realização de testes de sistema de iluminação;

Explicar aos pacientes sobre as informações a respeito da viagem e normas informando sobre peculiaridades como:

- As passagens de ida e volta devem ser retiradas antecipadamente com no mínimo de 03 dias de antecedência; deixar agendado retorno no setor social ou casa de apoio, pois pode ser que não tenha disponibilidade de vaga,
- Todos os pacientes são assegurados pela empresa, por isso dá importância de o nome estar gravado no sistema digital;
- Horários do embarque: terminal as 23h30, casa de apoio as 16 horas e sexta feira saída as 17 horas; van iniciará seus atendimentos as 10 horas;
- Pacientes com consultas no período da manhã até as 11h30 deverão descer nos pontos do ônibus;
- Pacientes que forem liberados após as 15h30 (hospitais em Campo Grande), e após as 14 horas permanecerão na Casa de Apoio para o próximo embarque,

serão atendidos pela van, porém provavelmente devido as rotas e busca dos pacientes não conseguiram chegar para o embarque as 15h30;

- Pontos de parada somente nas instituições de saúde do sus, instituições particulares irão de meios próprios;
- Casa apoio tem como função de acolher os munícipes de três lagoas, necessário levar itens de higiene pessoal e em casos de alimentos específicos fica na responsabilidade do paciente adquirir para o consumo pessoal caso necessário;
- Uso de cinto segurança obrigatório, manter a limpeza do ônibus, evitar jogar fraldas nas cortinas ou embaixo dos bancos; é proibido a alimentação dentro do ônibus (devido pacientes em tratamento e terem muito enjoo);
- O transporte de crianças só será permitido as que tiverem em tratamento ou até 02 anos que amamentam;
- Pacientes idosos e tratamento quimioterápico é obrigatório o acompanhante portanto só serão embarcados com a presença dos mesmos;

A prioridade do transporte e para pacientes usuárias do sus, as exceções serão tratadas pela coordenação individualmente, intercorrência reportar a coordenação serviço social;

Pacientes com baixa imunidade recomendamos o uso de máscara;

Proibido levar e trazer mercadorias, equipamentos, mobílias, encomendas que não sejam para a instituição da saúde;

Em casos de necessidade de alguma exceção deve se encaminhar para a coordenação avaliar a conduta, orientar o paciente com informações pertinentes a viagem;

Atendimento de Recepção Casa de Apoio Campo Grande e Barretos

Atentar para o cumprimento das escalas de trabalho e comunicar a supervisão sobre alterações;

Realizar a fiscalização da Casa de Apoio referente ao seu funcionamento, limpeza, organização;

Manter a organização das salas, cozinha, quartos e dispensa;

Acolher o paciente na chegada do ônibus e identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Realizar orientações sobre normas de funcionamento da casa de apoio e sua finalidade;

Passar as orientações para o guia do ônibus realizar o trajeto e busca dos pacientes que terminam seus atendimentos nas instituições;

Receber e conferir os documentos de envio de Três Lagoas;

Realizar lançamento dos dados no Consulfarma dos pacientes rotativos (período matutino) e pernoites (período vespertino);

Realizar o preenchimento da admissão do paciente nos formulários, entregar o termo de responsabilidade e anotar a liberação do enxoval disponibilizado;

Preencher a planilha de trabalho com todos os dados necessários para uma realização de passagem de plantão resolutivo; (período da tarde, somente continuará na mesma planilha suas anotações);

Encaminhamento e conferência de e-mail diariamente sobre assuntos pertinentes na casa de apoio como: (solicitação de cota de gás para coordenação, relatórios sobre intercorrências graves, solicitação de pedidos de alimentação, comunicação de alta das instituições hospitalares de Campo Grande (pacientes sentados sem intercorrências) entre outras;

Zelar pelo funcionamento da casa com realização do O.S pelo SISTEMA ECON para manutenção e ou Tecnologia da informação;

Em casos de pacientes pernoites e ou rotativos encaminhá-lo até o leito disponível;

Realizar as ligações para os pacientes referentes aos atendimentos e horário de altas;

Realizar roda de conversa com temas relevantes para a unidade com trabalhos internos onde desenvolvem habilidades importantes para sua terapia;

Realizar o embarque dos pacientes por prioridades (déficit motor, acima de 70 anos, alta hospitalar, cirúrgico e após embarque dos cadeirantes priorizando as poltronas 15,16,19 e 20);

Realizar o checklist do ônibus e van, com preenchimento de todos os campos, e encaminhar no final do mês para o setor social;

Realizar o agendamento dos pacientes que irão retornar para Três Lagoas que não estão na lista de embarque;

Atender as demandas via telefone sendo prestativo e resolutivo com acolhimento nas demandas relatadas;

Realizar conferência mensal dos produtos alimentícios do estoque da unidade, preenchendo a planilha específica;

Conferência e reposição do kit de primeiros socorros;

Comunicar a supervisão imediata sobre qualquer necessidade de manutenção de equipamentos, provisão de insumos faltantes e substituição das de equipamentos registrá-las via e-mail ou em impresso próprio;

Realizar a entrega dos formulários referente a pesquisa de satisfação para todos os pacientes que utilizam a casa de apoio;

Assinar e preencher a folha de ponto manual e do sistema e encaminhar até o dia 15 de cada mês, se responsabilizando pelas informações contidas na mesma;

Realizar as anotações do plantão no livro de intercorrência, com preenchimento do cabeçalho: data, nome das profissionais, atestado se houver, nomes das altas hospitalares, quantitativo de rotativo e pernoite, descrição das ocorrências;

Conferência do DEA, em todo plantão de viagem;

Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas;

Atendimento da Guia no ônibus de Campo Grande e/ou Barretos

Acolher o paciente no local de embarque e identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

Realizar a conferência dos pacientes conforme o mapa de viagem;

Manter a organização dos ônibus e realizar checklist com os apontamentos determinados;

Explicar aos pacientes sobre as informações a respeito da viagem e normas informando sobre peculiaridades como:

- As passagens de ida e volta devem ser retiradas antecipadamente com no mínimo de 03 dias de antecedência; deixar agendado retorno no setor social ou casa de apoio, pois pode ser que não tenha disponibilidade de vaga,
- Todos os pacientes são assegurados pela empresa, por isso dá importância de o nome estar gravado no sistema digital;
- Horários do embarque: terminal as 23h30, casa de apoio as 16 horas e sexta feira saída as 17 horas; van iniciará seus atendimentos as 10 horas;

- Pacientes com consultas no período da manhã até as 11h30 deverão descer nos pontos do ônibus;
- Pacientes que forem liberados após as 15h30 (hospitais em Campo Grande), e após as 14 horas permanecerão na casa de apoio para o próximo embarque, serão atendidos pela van, porém provavelmente devido as rotas e busca dos pacientes não conseguiram chegar para o embarque as 15h30;
- Pontos de parada somente nas instituições de saúde do sus, instituições particulares irão de meios próprios;
- Casa apoio tem como função de acolher os munícipes de Três Lagoas, necessário levar itens de higiene pessoal e em casos de alimentos específicos fica na responsabilidade do paciente adquirir para o consumo pessoal caso necessário;
- Uso de cinto segurança obrigatório, manter a limpeza do ônibus, evitar jogar fraldas nas cortinas ou embaixo dos bancos; é proibido a alimentação dentro do ônibus (devido pacientes em tratamento e terem muito enjoo);
- O transporte de crianças só será permitido as que tiverem em tratamento ou até 02 anos que amamentam;
- Pacientes idosos e tratamento quimioterápico é obrigatório o acompanhante portanto só serão embarcados com a presença dos mesmos;
- A prioridade do transporte e para pacientes usuárias do SUS, as exceções serão tratadas pela coordenação individualmente, intercorrência reportar a coordenação serviço social;
- Pacientes com baixa imunidade recomendamos o uso de máscara;
- Proibido levar e trazer mercadorias, equipamentos, mobílias, encomendas que não sejam para a instituição da saúde;

Observar e cobrar a colocação do cinto de segurança;

Realizar conferência dos pacientes dentro do ônibus com contagem dos pacientes após as paradas;

Receber e conferir os materiais alocados para setor social ou Casa de Apoio;

Zelar pelo funcionamento da ordem do atendimento público;

Realizar as atividades de acordo com suas atribuições e sob supervisão dos assistentes sociais e ou coordenação;

Atender as demandas via telefone sendo prestativo e resolutivo com acolhimento nas demandas relatadas;

Realizar o auxílio aos pacientes debilitados e outros nas unidades de saúde de destino;

Orientar os pacientes e acompanhantes sobre exames e rotinas a respeito das instituições ao qual necessitem;

Observar as condições clínicas do paciente dentro do ônibus, comunicando se necessário qualquer intercorrência para o motorista e acionar a equipe emergência/urgência (190/191/192/193);

Realizar o atendimento de primeiros socorros, conforme o treinamento ofertado;

Comunicar o coordenador sobre qualquer necessidade de manutenção de equipamentos, provisão de insumos faltantes e substituição das caixas para transporte assim como registrá-las em impresso próprio;

Na Casa de Apoio de Barretos, além das atribuições acima é dever do Guia: retirar os medicamentos dos pacientes, realizar marcação de consultas conforme solicitado via C. I., analisar as deficiências da casa de apoio e comunicar a coordenação para que seja providenciado as melhorias necessárias, zelar pelo bom andamento das rotinas pré-estabelecidas da casa, conferir os horários corretos de saídas e retorno do ônibus; conferir e preencher o checklist de alimentação.

Realizar a fiscalização da Casa de Apoio referente ao seu funcionamento, limpeza, organização;

Manter a organização das salas, cozinha, quartos e dispensa.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SAÚDE.

TRÊS LAGOAS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO FRALDAS GERIÁTRICAS	SERVIÇO SOCIAL	Código POP – FRA - 01
			Data de Emissão 08/03/2023
Título: Cadastro dos usuários ao benefício do fornecimento de fraldas descartáveis.			**Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Regulamentar e sistematizar as informações referentes aos dados dos pacientes que se enquadrem no protocolo pré-estabelecido, para o cadastro ao serviço de fornecimento de fraldas descartáveis, pela Secretaria de Saúde do Município de Três Lagoas.

AGENTES

Técnico administrativo;

Assistente Social;

Estagiário.

ATIVIDADES

Realizar o acolhimento do paciente;

Certificar se o paciente é munícipe de Três Lagoas;

Solicitar os seguintes documentos: Laudo Médico com CID, Cópia do RG, CPF e Cartão do SUS, Comprovante de renda familiar, Cópia do comprovante de Residência e folha resumo do CAD único atualizado dos últimos 90 dias (para grupo C E D);

Inserir dados dos usuários no sistema Consulfarma;

Encaminhar via sistema Consulfarma o paciente, para ser atendido no departamento de Assistência Social;

Solicitar que o paciente aguarde o chamado;

RISCOS

Inserir pacientes que não residam no município;

Ocasionar transtornos aos pacientes com preenchimentos de dados incorretos;

Não conferência e atualização da documentos pessoais no Consulfarma.

MATERIAIS

Computador

OBSERVAÇÕES

Aceitar laudos médicos somente de usuários que realizarem tratamento médico pelo SUS, do Município de Três Lagoas, sendo que o laudo deve ser atualizado e conter CID.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter informações precisas dos usuários que necessitam do serviço de fraldas descartáveis, no âmbito do SUS.

REGISTROS

Sistema Consulfarma;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196;

Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, Art.24º.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRES LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO FRALDAS GERIÁTRICAS	SERVIÇO SOCIAL
Título: Parecer Socioeconômico para o fornecimento do primeiro cadastro e ou renovação anual das fraldas descartáveis.		

Código POP – FRA - 02
Data de Emissão 08/03/2023
Revisão nº1
Data Revisão

OBJETIVO

Realizar avaliação social do usuário, com o intuito de conhecer a sua matricidade sociofamiliar, mediante estabelecimentos de critérios de atendimentos e formulários de avaliação social, a fim de promover o acesso ao benefício de fornecimento de fraldas descartáveis, visando a maior universalidade, integralidade e equidade da assistência em saúde.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários de assistência social (supervisionados).

ATIVIDADES

Realizar o acolhimento social permitindo a elucidação dos direitos e deveres referentes benefício de fornecimento de fraldas descartáveis;

Solicitar dos componentes dos grupos C e D, a apresentação da folha resumo do CAD único atualizada nos últimos 90 dias;

Deverão apresentar comprovantes de renda familiar (holerite, declaração contábil, extrato bancário ou cópia da declaração de renda);

Entrar no sistema Consulfarma para iniciar a entrevista socioeconômica;

Preencher o formulário de avaliação social;

Elaborar parecer técnico;

Registrar o parecer técnico no sistema Consulfarma;

Classificar o fornecimento das fraldas para cada paciente, mediante os critérios de avaliação com análise de renda per capita e/ou total familiar:

Fornece ao paciente/responsável a carteirinha com identificação do beneficiário, o tamanho das fraldas, bem como a data programada para a próxima retirada; e nome do profissional que realizou o atendimento;

Em caso de pareceres inconclusivos (como a não comprovação de renda familiar), fornece inicialmente a quantidade de fraldas fornecidas a classe A e realizar agendamento visita domiciliar;

Orientar que deve se apresentar para retirada de fraldas a carteirinha de fraldas juntamente com um documento com foto do paciente.

Deve se orientar que em casos de perda da carteirinha de fraldas, o paciente deverá trazer um novo laudo médico para iniciar novamente as retiradas de fraldas, haja visto que é um documento que possuiu o histórico de liberações anual das fraldas e pode ser retirada por outra pessoa causando déficits futuros.

Categoria 1	**Categoria 2**	**Categoria 3**	**Categoria 4**
Renda Familiar de 5 salários mínimos ou mais.	Renda Familiar até 4 salários mínimos.	Renda Familiar até 3 salários mínimos.	Renda Familiar até 2 salários mínimos ou renda per capita até 1/2 salário
P:30 fraldas - 03 Pacotes (contendo 10 unid.). M:32 fraldas - 04 Pacotes (contendo 08 unid.) G:32 fraldas - 04 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:35 fraldas - 05 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:60 fraldas - 06 Pacotes (contendo 10 unid.). M:64 fraldas - 08 Pacotes (contendo 08 unid.) G:64 fraldas - 08 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:63 fraldas - 09 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:90 fraldas - 09 Pacotes (contendo 10 unid.). M:96 fraldas - 12 Pacotes (contendo 08 unid.) G:96 fraldas - 12 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:91 fraldas - 13 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:110 fraldas - 11 Pacotes (contendo 10 unid.). M:104 fraldas - 13 Pacotes (contendo 08 unid.) G:104 fraldas - 13 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:105 fraldas - 15 Pacotes (contendo 07 unid.)

RISCOS

Avaliar erroneamente os parâmetros socioeconômicos e proporcionar o benefício do fornecimento de fraldas descartáveis geriátricas de forma desigual;

Receber judicializações com o entendimento da universalidade de direitos;

Não promover o princípio da equidade.

MATERIAIS

Cadeira, caneta, computador, pastas de arquivo, carteirinhas, grampeador;

OBSERVAÇÕES

Preencher o formulário de avaliação social, estabelecendo procedimentos técnicos de avaliação, conforme o roteiro base da entrevista social, no Anexo 1.

Elaborar parecer técnico, levando-se em conta o conhecimento dos aspectos socioeconômicos familiares;

Estabelecer os critérios de inclusão, visando a quantidades de fraldas descartáveis que possibilitem a universalidade, a equidade e a integralidade, de acordo com os parâmetros socioeconômicos apresentados na avaliação social;

Em caso de pareceres inconclusivos, fornece inicialmente a quantidade de fraldas da classe A (30 unidades) e realizar visita domiciliar, visando obter informações complementares, a fim de enquadrar o usuário nos critérios de elegibilidade;

Solicitar sempre que necessária para maior elucidação da realidade social do usuário, o apoio e acompanhamento dos agentes de saúde, respeitando seu território de atuação;

RESULTADOS ESPERADOS

Incluir os pacientes ao benefício de fraldas descartáveis, pelo SUS, visando a universalidade, integralidade e equidade na assistência em saúde, respeitando as necessidades da matricidade sociofamilia.

REGISTROS

Prontuário eletrônico;

Carteirinha;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196

LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993.

Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015;

https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acesso-a-informacao/carta-de-servicos/avaliacao-e-gestao-da-informacao-e-cadastro-unico/cadastro-unico.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO FRALDAS GERIÁTRICAS	SERVIÇO SOCIAL

Código POP – FRA - 03	
Data de Emissão 08/03/2023	
Título: Fornecimento mensal das fraldas descartáveis.	**Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Realizar o acompanhamento social ao paciente que recebe o benefício do fornecimento de fraldas descartáveis, pelo Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, de Três Lagoas;

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários de assistência social (supervisionados).

ATIVIDADES

Realizar o acolhimento social;

Solicitar ao paciente/responsável a carteirinha com identificação do usuário e um documento com foto;

Entrar no sistema Consulfarma para iniciar o atendimento ao paciente;

Registrar a evolução do paciente no sistema Consulfarma;

Gravar no sistema Consulfarma a data da retirada, o tamanho dispensado, a quantidade fornecida e nome do profissional que realizou o atendimento;

Devolver ao paciente/responsável a carteirinha de registro das dispensas, com a data programada para a próxima retirada e a assinatura do profissional autorizador da entrega e assinatura do usuário que está realizando a retirada;

Encaminhar o paciente/responsável para o setor de entrega das fraldas descartáveis;

Deve se orientar que em casos de perda da carteirinha de fraldas, o paciente deverá trazer toda a documentação para iniciar novamente as retiradas de fraldas,

haja visto que é um documento que possuiu o histórico de liberações anual das fraldas e pode ser retirada por outra pessoa causando déficits futuros.

RISCOS

Fila de espera;

Reclamações por demora no atendimento;

MATERIAIS

Caneta;

Computador;

Carteirinhas.

OBSERVAÇÕES

Registrar a evolução do paciente no sistema Consulfarma, de forma ética, evitando práticas rotineiras, buscando ações que permeiam a integralidade do paciente cadastrado ao serviço de fornecimento de fraldas descartáveis.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar o acompanhamento do paciente, por meio de ações que objetivam a integralidade, como meio de concretizar a saúde.

REGISTROS

Prontuário eletrônico;

Carteirinha;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196;

LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993.

Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015;

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO FRALDAS GERIÁTRICAS	SERVIÇO SOCIAL
Título: Dispensação de fraldas geriátricas descartáveis aos usuários do SUS.		

Código POP – FRA - 04
Data de Emissão 08/03/2023
Revisão nº1
Data Revisão

OBJETIVO

Dispensar fraldas geriátricas descartáveis aos usuários cadastrados, no departamento de Serviço Social da Secretaria de Saúde, do Município de Três Lagoas.

AGENTES

Técnico administrativo;

Estagiário.

ATIVIDADES

Solicitar a carteirinha do usuário, beneficiário das fraldas descartáveis;

Conferir a autorização do profissional do Serviço Social;

Localizar na movimentação de estoque no sistema de dispensação das fraldas descartáveis;

Entrar no sistema Consulfarma, com senha de acesso pessoal e logar e realizar o preenchimento => movimentação de estoque => profissional que realizou o atendimento => nome do usuário=> código do produto "Fralda" => quantidade fornecida => incluir => gravar.

Realizar a entrega das fraldas;

RISCOS

Dispensar tamanhos e quantidades errados;

Não dar baixa no sistema de estoque do Consulfarma.

MATERIAIS

Computador;

Carteirinhas;

OBSERVAÇÕES

Observar se a carteirinha possui a assinatura do profissional autorizador da dispensa;

Em casos de transferências de fraldas descartáveis do setor de almoxarifado para setor social deve seguir as etapas => movimentação de estoque => confirmação de entrada => buscar => clica duas vezes na solicitação que apareceu => realiza a confirmação de estoque (confirma) => aparecerá uma frase deseja realmente confirmar a entrada de estoque => sim ou não => após segue aceita a transferência das fraldas de unidade.

RESULTADOS ESPERADOS

Dispensar fraldas descartáveis a todos usuários cadastrados ao serviço de fornecimento de fraldas, residentes no município de Três Lagoas, no âmbito do SUS.

REGISTROS

Prontuário eletrônico;

Carteirinha;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196;

Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015;

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO LENTES CORRETIVAS		**Código** POP OCL-05
		Data de Emissão 13/02/2023
Título: Cadastro de aquisição de lentes corretivas e armações		**Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Organizar e Centralizar os dados sobre aquisições de Lentes e Armações de Óculos de Grau (lentes corretivas), a fim de atender aos pacientes da secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas, provenientes do setor de oftalmologia do Centro de Especialidades Médica (CEM).

AGENTES

Técnico administrativo;

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários.

ATIVIDADES

Acolher o paciente;

Explicar o procedimento para o paciente e/ ou acompanhante;

Certificar se o requerente reside no município de Três Lagoas;

Solicitar documentos do paciente: Cópia do Cartão do Sus, RG, CPF, Comprovante de Residência, Comprovante de Renda Familiar, Receita Médica do Especialista com a prescrição de Óculos proveniente do Serviço público de Saúde do Munícipio de Três Lagoas-MS;

Verificar se na receita consta nome do paciente, assinatura e carimbo do especialista em oftalmologia que atenda no serviço público de saúde do município de Três Lagoas-MS;

Observar se as receitas médicas apresentadas estão com a emissão de data superior a 06 meses;

Entrar no Consulfarma para realizar o cadastro individual do paciente, se atentando para conferência do número de telefone;

Preencher o Cadastro com os dados obrigatórios do paciente nos campos que contém asterisco;

Encaminhar via sistema Consulfarma o paciente, na fila para ser atendido no setor do serviço social;

Solicitar que o paciente aguarde o chamado.

RISCOS

Ocasionar transtornos para o usuário com preenchimento dos dados incorreto;

Atrasar o atendimento;

Realizar o atendimento de forma incorreta paciente não satisfeito.

MATERIAL

Canetas;

Lápis;

Borracha;

Sistema informatizado;

Carimbo;

Almofada coletora de impressão digital;

Computadores.

OBSERVAÇÕES

Serão considerados atendimentos prioritários para o fornecimento de óculos:

Paciente/famílias que já estejam assistidas e incluídas em programas de transferência de renda por meio da Secretaria de Assistência Social e que já receberam a visita da assistência social, não necessita comprovação de renda, devem apresentar a folha resumo do Cadastro Único (Cad. Único), que será valido como comprovante de Renda;

Idosos aposentados com um salário-mínimo, trazendo o comprovante do benefício (Aposentadoria);

E pacientes que apresentar laudo médico com diagnóstico de Glaucoma, Diabetes Mellitus, Catarata e Retinopatia Diabética.

RESULTADOS ESPERADOS

Primar pela satisfação da demanda requerente ao paciente.

REGISTROS

Prontuário eletrônico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei de regulamentação do Serviço social (CFESS 8662/93)

Código de Ética do Serviço Social

Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990

Normas Institucionais – Prefeitura Municipal de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO LENTES CORRETIVAS**	SERVIÇO SOCIAL

Título: Atendimento socioeconômico para aquisição de lentes corretivas	**Código** POP OCL - 06
	Data de Emissão 13/02/2023
	Revisão nº1
	Data Revisão

OBJETIVO

Garantir acesso ao paciente para aquisição e Armações de Óculos de Grau (lentes corretivas), visando assistência à saúde de igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie com resolutividade e assiduidade, conforme as prerrogativas da secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas, provenientes do setor de oftalmologia do Centro de Especialidades Médica (CEM).

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários de assistência social (supervisionados).

ATIVIDADES

Receber e acolher o paciente;

Conferir documentação, solicitando cópia do Cartão do SUS (CNS), RG, CPF, comprovante de residência em nome do paciente ou do seu cônjuge ou do responsável legal, comprovante de renda familiar, receita médica do especialista com a prescrição de óculos, proveniente do Serviço público de Saúde do Munícipio de Três Lagoas-MS sendo do setor de oftalmologia do Centro de Especialidade Médica (CEM);

Explicar o procedimento para o paciente e/ ou acompanhante;

Certificar se o requerente reside no município de Três Lagoas;

Verificar se na receita consta nome do paciente, assinatura e carimbo do especialista em oftalmologia;

Observar se as receitas médicas apresentadas estão com a emissão de data superior a 06 meses;

Entrar no Consulfarma para iniciar a entrevista social, preenchendo os dados solicitados conforme o formulário padronizado, realizando evolução do atendimento;

Entrar no Consulfarma para consultar a composição familiar, caso esteja diferenciado do relato do paciente, o mesmo deve procurar a agente comunitária para atualizar cadastro;

Analisar através dos documentos apresentados, se a família/ paciente atenda aos critérios exigidos por lei 8.741/93 que disponhas sobre a Lei Orgânica da Assistência Social -LOAS;

Após a análise caso ocorra o deferimento da demanda solicitada, deve se preencher o encaminhamento para que o paciente apresente na ótica, este precisa obrigatoriamente estar assinado;

Preencher a planilha de aquisição dos óculos com os dados solicitados;

Anexar no encaminhamento a receita médica original;

Orientar o paciente quanto a data que deverá comparecer na ótica, haja visto que, em caso do não comparecimento do paciente dentro do mês referido o mesmo deverá comparecer ao serviço social para realização de novo encaminhamento;

Montar o processo que irá ser arquivado na unidade e no final do expediente arquivar em local apropriado (para posteriormente ser lançado na planilha pelo técnico administrativo);

Ao término do atendimento, realizar as orientações contidas no encaminhamento, ressaltando o endereço e as normas e regras referente a aquisição dos óculos.

Caso tenha indeferimento, comunicar a paciente os critérios estabelecidos e arquivar o prontuário com o indeferimento.

Renda individual e ou familiar respeitará a tabela a seguir:

DIVISÃO ELABORADA A PARTIR DAS COMPOSIÇÕES DOS DIFERENTES GRUPOS FAMILIARES MAIS COMUNS				
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V

UNIPESSOAL	CASAL/ COMPANHEIROS OU DUAS PESSOAS QUE DIVIDEM ESPAÇO	MÃE/ PAI SOLO + FILHO	CASAL COM FILHOS MENORES QUE NÃO TRABALHEM	QUE NÃO TRABALHEM TRÊS ADULTOS + FILHOS MENORES
R$ 1.650,00	R$ 1.650,00 PER CAPTA	R$ 2.640,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00

RISCOS

Ocasionar transtornos para o usuário com preenchimento dos dados incorreto;

Atrasar o atendimento;

Realizar o atendimento de forma incorreta paciente não satisfeito.

MATERIAL

Canetas;

Lápis;

Borracha;

Sistema informatizado;

Carimbo;

Almofada coletora de impressão digital;

Computadores.

OBSERVAÇÕES

O atendimento deve ser iniciado, respeitando as condições do paciente;

É dever do Estado garantir a saúde e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção e proteção e recuperação;

O profissional do Serviço Social realizará o parecer socioeconômico onde indicará a real situação do paciente conforme os critérios do protocolo da unidade;

A ótica terá em torno de 25 dias para entregar as lentes corretivas e armações para o paciente, sendo que após a solicitação da A.F. a mesma deve realizar a confecção no prazo de 10 dias. A ótica deverá ter um local confortável para

acolhimento dos pacientes e contará com um mostruário diversificado para apresentar para o paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Primar pela satisfação da demanda requerente ao paciente.

Prestar um atendimento humanizado, garantindo o sigilo e comprometimento ético ao paciente, favorecendo a confiabilidade e o acolhimento imprescindível para o momento;

Dar resolutividade esperada para o usuário e familiar.

REGISTROS

Prontuário eletrônico;

Planilha de requisição de óculos;

Encaminhamento (aquisição de óculos);

Declaração de Renda Informal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei de regulamentação do Serviço social (CFESS 8662/93)

Código de Ética do Serviço Social

Lei n°8.080 19 de setembro de 1990

Normas Institucionais – Prefeitura Municipal

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TFD	SERVIÇO SOCIAL
Título: Cadastro para atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual.		

Código POP OCL-07
Data de Emissão 13/02/2023
Revisão nº1
Data Revisão

OBJETIVO

Garantir a abertura de atendimento para o tratamento fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – fora do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro e suas atualizações;

AGENTES

Técnico administrativo;

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários.

ATIVIDADES

Acolher o paciente;

Explicar o procedimento para o paciente e/ ou acompanhante;

Certificar se o requerente reside no município de Três Lagoas;

Entrar no Consulfarma para realizar o cadastro individual do paciente, se atentando para conferência do número de telefone;

Preencher o Cadastro com os dados obrigatórios do paciente nos campos que contém asterisco;

Encaminhar via sistema Consulfarma o paciente, na fila para ser atendido no setor do serviço social;

Solicitar que o paciente aguarde o chamado;

RISCOS

Ocasionar transtornos para o usuário com preenchimento dos dados incorreto;

Atrasar o atendimento;

Realizar o atendimento de forma incorreta paciente não satisfeito.

MATERIAL

Canetas;

Lápis;

Borracha;

Sistema informatizado;

Carimbo;

Almofada coletora de impressão digital;

Computadores.

OBSERVAÇÕES

Em casos de pacientes novos para o cadastro, lançar para o atendimento geral. Em casos de pacientes que estão em tramite do processo do TFD, orientar a continuidade com o mesmo profissional até o término do processo atual. Em casos que o profissional do atendimento esteja de férias, faltado ou atestado, segue fila atendimento geral.

RESULTADOS ESPERADOS

Primar pela satisfação da demanda requerente ao paciente.

REGISTROS

Prontuário eletrônico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei de regulamentação do Serviço social (CFESS 8662/93)

Código de Ética do Serviço Social

Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990

Normas Institucionais – Prefeitura Municipal de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual.		**Código** POP – TFD 08
		Data de Emissão 09/02/2023
		Revisão nº1
		Data Revisão

OBJETIVO

Garantir o tratamento fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – fora do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro e suas atualizações.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

ATIVIDADES

ETAPA 1

Receber e acolher o/a paciente;

Apresentar-se ao paciente; nome, função e qual o procedimento será realizado;

Chamar o/a paciente pelo nome ou nome social;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 30 dias de antecedência; realizar a investigação sobre o atendimento;

Fornecer laudo médico, **Anexo TFD III**, para preenchimento médico, caso a/o paciente não tenha;

Atentar-se ao preenchimento de **todos os campos obrigatórios** do laudo médico – **Anexo TFD III**, sendo preenchimento do CNES da unidade de saúde solicitado no laudo médico, conferência de carimbo, assinatura e número do CNS do médico solicitado no laudo médico;

Fornecer **Anexo TFD XI** orientações dos documentos exigidos para realização do processo para TFD;

Prazo mínimo para entrega do laudo médico preenchido com todos os documentos exigidos serão de 25 (vinte e cinco) dias corridos;

O Estado de Mato Grosso do Sul fornece passagens para **somente 01 (uma) viagem de TFD por mês** e não realiza liberação de passagens de TFD sem a devida prestação de contas de viagem anterior.

ETAPA 2

Paciente com agendamento de 30 dias de antecedência – 1º Solicitação e/ou Renovação

Iniciar a montagem do processo de TFD com os seguintes documentos;

Consultar a sequência do **número de ofício** para preenchimento do TFD I;

Preencher ofício à Secretaria Municipal de Saúde, **conforme anexo TFD I**;

Preencher o formulário de Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD), conforme **anexo TFD II**;

Conferir o preenchimento do Laudo Médico, conforme **anexo TFD III**;

Preencher o formulário Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, recolher a assinatura do paciente e acompanhante ou responsável caso paciente seja criança ou adolescente, conforme **anexo IV;**

Anexar o **agendamento da consulta ou exame**;

Anexar **cópia de exames atualizados** que comprovem as informações do Laudo, caso o paciente possua;

Anexar **cópia legível dos documentos do paciente**: **RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento (para paciente menor de idade que não possua RG), comprovante dos dados bancários (se for o caso de recebimento de Ajuda de Custo) caso documento do banco seja de terceiros preencher o TFD VII. A conta corrente a ser cadastrada não deve ser de bancos digitais**;

Anexar **cópia legível do RG, CPF e CNS do acompanhante**;

Anexar cópia de **comprovante atualizado de residência**, água, luz ou telefone atualizado (3 meses) do paciente ou responsável; caso não seja no nome do paciente ou responsável, realizar **declaração de residência conforme TFD XII**;

Anexar cópia do cartão bancário com número da agência e da conta corrente/poupança, para posterior ajuda de custo após a viagem. Não pode ser conta em bancos digitais;

Anexar **itinerário rodoviário ou aéreo** (deve ser preenchido juntamente com o paciente ou responsável; caso eles não saibam, realizar busca em site de passagens entre a origem e o destino);

Preencher **itinerário rodoviário ida e volta, conforme Anexo IX**;

Preencher **itinerário aéreo somente ida**, a volta é solicitada pelo hospital ao setor de TFD Estadual, conforme Anexo X;

Registrar no Consulfarma todo atendimento inclusive a entrega da documentação pelo paciente e o envio para secretária de saúde;

Encaminhar os documentos à Secretaria de saúde para assinatura da secretária de saúde e da diretora das relações institucionais, com prazo de 02 (dois) dias úteis para devolução;

Encaminhar os documentos assinados ao Núcleo Regional de Saúde aos cuidados do setor de TFD no prazo máximo de 20 dias corridos antes da consulta;

Realizar as anotações no sistema Consulfarma.

RISCOS

Rasura ou ilegibilidade de documentos,

Documento mal preenchido;

Entrega de documento fora do prazo solicitado;

Extravio do documento ao ser encaminhado à secretaria de saúde, ao setor do Serviço Social pela secretaria de saúde e ao núcleo regional de saúde de Três Lagoas -MS;

Indeferimento da solicitação de passagens pelo núcleo regional de saúde de Três Lagoas -MS, por falta de prazo hábil e ou documentação;

MATERIAIS

Computador;

Internet;

Impressora;

Papel sulfite;

Lápis;
Borracha de apagar;
Caneta azul/preta;
Caneta marca texto;
Grampeador;
Envelope.

OBSERVAÇÕES

O paciente ou seu representante legal e acompanhante deverão apresentar todos os documentos exigidos, conforme descrito no Manual entregue no primeiro atendimento, sob pena de indeferimento ou cancelamento do benefício;

A compra das passagens é de responsabilidade do Estado de Mato Grosso do Sul, desde que toda a documentação chegue ao setor de TFD Estadual (Campo Grande) no prazo máximo de 15 dias corridos. O comunicado da disponibilidade das passagens é realizado pelo Estado;

Em casos de atendimento nos Hospitais da Rede Sarah de Reabilitação deve se anexar o parecer atualizado do CER/APAE/Campo Grande confirmando a necessidade de TFD em casos de: sequela de trauma, lesão medular, sequela de Acidente Vascular Encefálico, amputações, traumatismo cranioencefálico, doenças neuromusculares, paralisia cerebral, síndromes genéticas que comprometam o aparelho locomotor, mielomeningocele, malformação congênita, paralisia infantil, neuropatias;

Em casos de atendimento nos Hospital Sobrapar de Campinas/SP ou Centrinho de Bauru/SP, anexar o parecer atualizado da FUNCRAF/Campo Grande/MS confirmando a necessidade de TFD em casos de: deficiências auditivas e fissuras labiopalatais;

Em caso de impossibilidade de reagendamento, a/o assistente social deverá orientar o paciente ao processo determinado pelo Manual Estadual de TFD, solicitando um novo agendamento, em casos delicados de saúde realizar em consenso com a coordenação da unidade o preenchimento do anexo TFD XIII.

RESULTADOS ESPERADOS

Entrega da documentação dentro do prazo estabelecido e com todos os requisitos exigidos preenchidos para autorização das passagens do TFD;

REGISTRO

Consulfarma;

Protocolo de entrega;

CI - Comunicação interna - SMS;

Ofício de envio – NRS/TL/MS;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL

Código POP – TFD 09	
Data de Emissão 09/02/2023	
Título: Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Estadual RETORNO.	**Revisão nº1**
	Data Revisão

OBJETIVO

Garantir o tratamento fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – fora do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro e suas atualizações.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

ATIVIDADES

Receber e acolher o/a paciente;

Apresentar-se ao paciente; nome, função e qual o procedimento será realizado;

Chamar o/a paciente pelo nome ou nome social;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 30 dias de antecedência;

ETAPA 1

Paciente com agendamento de 30 dias de antecedência – Solicitação de retorno apresentar o comprovante de viagem anterior.

Iniciar a montagem do processo de TFD com os seguintes documentos;

Consultar a sequência do **número de ofício** para preenchimento do TFDI;

Preencher ofício à Secretaria Municipal de Saúde, conforme **anexo TFD I**;

Preencher o formulário de Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD), conforme **anexo TFD II**;

Anexar o agendamento da consulta ou exame;

Preencher **itinerário rodoviário ida e volta, conforme Anexo IX**;

Preencher **itinerário aéreo somente ida**, a volta é solicitada pelo hospital ao setor de TFD Estadual, **conforme Anexo X**;

Registrar no Consulfarma todo atendimento inclusive a entrega da documentação pelo paciente e o envio para secretária de saúde;

Encaminhar os documentos à Secretaria de saúde para assinatura da secretária de saúde e da diretora das relações institucionais, com prazo de 02 (dois) dias úteis para devolução;

Encaminhar os documentos assinados ao Núcleo Regional de Saúde aos cuidados do setor de TFD;

Orientar o paciente quanto ao preenchimento **do anexo VI**, onde o médico após **um ano de atendimento deverá preencher a evolução clínica**, será entregue junto com a prestação de conta, para encaminhar ao núcleo de saúde de Campo Grande;

Realizar as anotações no sistema eletrônico Consulfarma.

RISCOS

Rasura ou ilegibilidade de documentos;

Documento mal preenchido;

Entrega de documento fora do prazo solicitado;

Extravio do documento ao ser encaminhado à secretaria de saúde, ao ser devolvido ao setor do Serviço Social pela secretaria de saúde, ao núcleo regional de saúde de Três Lagoas -MS;

Indeferimento da solicitação de passagens pelo núcleo regional de saúde de Três Lagoas – MS, por falta de prazo hábil.

MATERIAIS

Computador;

Internet;

Impressora;

Papel sulfite;

Lápis;

Borracha de apagar;

Caneta azul/preta;

Caneta marca texto;

Grampeador;
Grampo;
Extrator de grampo;
Régua;
Envelope.

OBSERVAÇÕES

O paciente ou seu representante legal e acompanhante deverão apresentar todos os documentos exigidos, conforme descrito no Manual entregue no primeiro atendimento, sob pena de indeferimento ou cancelamento do benefício;

A compra das passagens é de responsabilidade do Estado de Mato Grosso do Sul, desde que toda a documentação chegue ao setor de TFD Estadual (Campo Grande) no prazo máximo de 15 dias corridos. O comunicado da disponibilidade das passagens é realizado pelo Estado;

Em casos de atendimento nos Hospitais da Rede Sarah de Reabilitação deve se anexar o parecer atualizado do CER/APAE/Campo Grande confirmando a necessidade de TFD em casos de: sequela de trauma, lesão medular, sequela de Acidente Vascular Encefálico, amputações, traumatismo cranioencefálico, doenças neuromusculares, paralisia cerebral, síndromes genéticas que comprometam o aparelho locomotor, mielo meningocele, malformação congênita, paralisia infantil, neuropatias;

Em casos de atendimento nos Hospital Sobrapar de Campinas/SP ou Centrinho de Bauru/SP, anexar o parecer atualizado da FUNCRAF - Campo Grande/MS confirmando a necessidade de TFD em casos de: deficiências auditivas e fissuras labiopalatais;

Em caso de impossibilidade de reagendamento, a/o assistente social deverá orientar o paciente ao processo determinado pelo Manual Estadual de TFD, solicitando um novo agendamento, em casos delicados de saúde realizar em consenso com a coordenação da unidade o preenchimento do anexo TFD XIII;

Fornece o anexo TFD V para o paciente solicitar que o setor da assistência social de destino (instituição que ele se encontra), preencha e nos apresente no seu retorno, tem instituições que possuem seu próprio modelo, somente anexar e encaminhar para acerto de contas.

RESULTADOS ESPERADOS

Entrega da documentação dentro do prazo estabelecido e com todos os requisitos exigidos preenchidos para autorização das passagens do TFD;

REGISTROS

Consulfarma;

Protocolo de entrega;

CI - Comunicação interna - SMS;

Ofício de envio – NRS/TL/MS;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – Acerto de contas.		**Código** POP -TFD 10 / **Data de Emissão** 09/02/2023 / **Revisão nº1** / **Data Revisão**

OBJETIVO

Garantir o reembolso dos gastos realizados devido a viagem para tratamento fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – fora do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro e suas atualizações;

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

ATIVIDADES

Receber e acolher o/a paciente;

Apresentar-se ao paciente; nome, função e qual o procedimento será realizado;

Chamar o/a paciente pelo nome ou nome social;

Solicitar os **boletos de passagens para o paciente**, caso for **bilhete eletrônico** solicitar fazer uma escrita manual de próprio punho informando sobre as condições;

Apresentar o documento **que comprove a presença do paciente no local de atendimento**, realizado pela assistência social ou recepção da instituição;

Preencher com os dados do paciente o documento de prestação de contas, **anexo TFD XIV;**

Encaminhar para o responsável do Núcleo de saúde de Três Lagoas;

Registrar o atendimento no prontuário eletrônico Consulfarma.

RISCOS

Rasura ou ilegibilidade de documentos;
Informações não condizentes ao paciente,
Documento mal preenchido;
Envio de solicitação fora do prazo estabelecido.

MATERIAIS

Computador;
Internet;
Impressora;
Papel sulfite;
Lápis;
Borracha de apagar;
Caneta azul/preta;
Caneta marca texto;
Grampeador;
Grampo;
Extrator de grampo;
Régua;
Envelope.

OBSERVAÇÕES

O paciente ou seu representante legal e acompanhante deverão apresentar todos os documentos exigidos, conforme descrito no Manual entregue no primeiro atendimento, sob pena de indeferimento ou cancelamento do benefício;

O Estado de Mato Grosso do Sul fornece passagens para **somente 01 (uma) viagem de TFD por mês** e não realiza liberação de passagens de TFD sem a devida prestação de contas de viagem anterior;

Fornecer o **anexo TFD V** para o paciente solicitar que o setor da assistência social de destino (instituição que ele se encontra), preencha e nos apresente no seu retorno, tem instituições que possuem seu próprio modelo, somente anexar e encaminhar para acerto de contas.

RESULTADOS ESPERADOS

Entrega da documentação dentro do prazo estabelecido e com todos os requisitos exigidos preenchidos para autorização das passagens do TFD.

REGISTROS

Consulfarma;

Formulários específicos;

Protocolo de entrega;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**Procedimento Operacional Padrão** **Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL

Título: Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio – TFD. Município por ambulância pacientes eletivos.	**Código** POP – TFD 11 **Data de Emissão** 09/02/2023 **Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Garantir o tratamento fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – fora do Estado de Mato Grosso do Sul, com custeio municipal, desde que não possua tratamento dentro do Estado do Mato Grosso do Sul.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

ATIVIDADE

Receber e colher o/a paciente;

Apresentar-se ao paciente; nome, função e qual o procedimento será realizado;

Chamar o/a paciente pelo nome ou nome social;

Verificar/realizar situação cadastral do paciente pelo Consulfarma;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 15 dias úteis de antecedência, para viagens acima de 500km;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 7 dias úteis de antecedência, para viagens abaixo de 500km;

Em casos de agendamentos para Jales/SP o prazo mínimo é de 5 dias uteis de antecedência para o agendamento.

Fornecer laudo médico, **anexo TFD III**, para preenchimento médico, caso a/o paciente não tenha;

Prazo mínimo para entrega do laudo médico preenchido com todos os documentos exigidos serão conforme descritos acima;

Solicitar a coordenação de realizar a justificativa da viagem(diária) para a secretária de saúde, prazo mínimo de 10 dias;

No retorno do paciente a unidade com o **anexo III preenchido**, realizar o agendamento da ambulância no sistema: setor social→ transporte → agendamento de transporte → escolha o mês da viagem → verifique o dia da viagem→ preencha a escala do transporte com os dados solicitados → salve a planilha.

Conferir a quantidade de agendamentos já realizados para a data pretendida, atentar-se a quantidade de 03 (três) agendamentos por dia;

O atendimento será realizado desde que haja vaga disponível na data, hora e local destino

Conferir todos os dados pessoais e telefônico do paciente;

Verificar local, data e horário da consulta ou exame;

Quando o paciente necessitar de acompanhante, este deverá ser maior de 18 anos;

Em casos de inclusão, após a quinta feira, pintar de amarelo e encaminhar para o e-mail do "Transporte da Saúde" <transporte.saude@treslagoas.ms.gov.br>; "Juliana Salim" juliana.salim@treslagoas.ms.gov.br e no WhatsApp do coordenador do transporte Brás (67) 99202-3263;

Em casos de realização pela empresa CRISPTUR, pintar de verde, para posterior conferência da planilha de cobrança e encaminhar via e-mail "adm3lagoas" adm3lagoas@crisptur.com.br e no WhatsApp da Tatiana coordenadora da CRISPTUR 67 99303-0401;

Orientar o paciente e ou acompanhante que a equipe de transporte e ou equipe da CRISPTUR irá realizar uma ligação nos telefones registrados, para acertar o horário da viagem;

Realizar o registro no prontuário eletrônico;

RISCOS

Rasura ou ilegibilidade de documentos;

Informações não condizentes ao paciente,

Documento mal preenchido;

Envio de solicitação fora do prazo estabelecido;

MATERIAIS

Computador;

Internet;
Impressora;
Papel sulfite;
Lápis;
Borracha de apagar;
Caneta azul/preta;
Caneta marca texto;
Grampeador;
Grampo;
Extrator de grampo;
Régua;
Envelope.

OBSERVAÇÕES

Somente serão atendidos usuários com cadastro ativos no sistema;

Atentar-se ao item 14 do Anexo III – laudo médico – que deverá estar preenchido o **campo "outros – ambulância – com justificativa;**

Se atentar para os prazos mínimo de 15 dias úteis do agendamento da consulta/exame, para as Cidades de São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP prazo mínimo de 7 dias úteis do agendamento da consulta/exame, Brasília /DF, prazo mínimo de 20 dias úteis do agendamento da consulta/exame;

Casos especiais fora dos prazos estabelecidos serão analisados e encaminhados ao setor de transporte da secretaria municipal de saúde;

Conforme agendamento prévio, será realizado visita domiciliar por um / uma assistente social, com o objetivo de analisar a realidade sociofamiliar-econômico do paciente e/ou familiar; visando a integralidade do atendimento socioassistencial na verificação de possível vulnerabilidade, risco social ou violação de direitos garantidos. Também relatar-se-á a condições de saúde descritas no laudo médico e as condições atuais do paciente, com a finalidade de constatar a veracidade das informações repassadas para cada tipo de transporte solicitado;

Pacientes que irão disponibilizar neste transporte é de caráter eletivo, ou seja, não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas

regiões de saúde de referência. Atendimento eletivo não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo;

Tipo A — Ambulância de Suporte Básico (USB): veículo destinado ao transporte intra-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

RESULTADOS ESPERADOS

Preenchimento correto de todos os documentos necessários ao TFD de ambulâncias ou carro, para disponibilizar ao paciente o transporte que o mesmo necessita.

REGISTROS

Consulfarma;

Email;

Planilha de transporte;

Anexos referentes ao TFD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

Regulamento dos critérios de uso dos serviços de transporte público sanitário da SMS e saneamento do município de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**Procedimento Operacional Padrão** **Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL

Título: Atendimento à demanda de tratamento fora do domicílio por custeio Municipal.	**Código** POP – TFD 12 **Data de Emissão** 09/02/2023 **Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Garantir o tratamento ao munícipe que não conseguiu ser atendido pelo TFD do Estado por diversas razões, e possui uma consulta agendada fora do Estado e não tem condições financeiras para realizar a viagem.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior.

ATIVIDADE

Receber e colher o/a paciente;

Apresentar-se ao paciente; nome, função e qual o procedimento será realizado;

Chamar o/a paciente pelo nome ou nome social;

Verificar/realizar situação cadastral do paciente pelo Consulfarma;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 15 dias úteis de antecedência, para viagens acima de 500km;

Solicitar o agendamento da consulta ou exame, prazo mínimo de 10 dias úteis de antecedência, para viagens abaixo de 500km;

Realizar a avaliação social ou o levantamento da situação apresentada;

Realizar a justificativa da viagem para a secretária de saúde, prazo mínimo de 10 dias;

Preencher o formulário pré-estabelecido: setor social→ autorização de passagem secretária → selecionar o mês pretendido → preencher o formulário com todos os dados solicitados → salve a planilha→solicite para o paciente documentação

RG, CPF e Cartão do Sus → encaminhar no e-mail para Coordenação da Assistência Social da Saúde;

Orientar o paciente e ou acompanhante que a equipe da Assistência Social da Saúde irá realizar o contato referente ao deferimento ou indeferimento;

Realizar o registro no prontuário eletrônico;

A coordenação encaminhará caso seja deferido, para a secretária de saúde realizar a solicitação junto a secretária de administração a liberação da passagem conforme disponibilidade orçamentária.

RISCOS

Rasura ou ilegibilidade de documentos;

Informações não condizentes ao paciente,

Documento mal preenchido;

Envio de solicitação fora do prazo estabelecido.

MATERIAIS

Computador;

Internet;

Impressora;

Papel sulfite;

Lápis;

Borracha de apagar;

Caneta azul/preta;

Caneta marca texto;

Grampeador;

Grampo;

Extrator de grampo;

Régua;

Envelope.

OBSERVAÇÕES

Somente serão atendidos usuários com cadastro ativos no sistema;

Estas passagens são fornecidas pela administração ao serviço de assistência social, portanto requer um levantamento real e necessário da situação de vulnerabilidade do paciente em questão.

Sendo de responsabilidade do profissional, realizar toda a abordagem e levantamento situacional do caso do paciente, cessando todas as alternativas prováveis realizar este fluxo.

Orientar que todo paciente atendido pelo TFD municipal, que solicitar ajuda de custo ao TFD estadual, deverá entregar o comprovante de atendimento médico no setor social, após retorno da viagem. Será encaminhado ao setor de TFD do núcleo regional de saúde juntamente com declaração de fornecimento do transporte ao paciente, realizado pela prefeitura;

Tipo A — Ambulância de Suporte Básico (USB): veículo destinado ao transporte intra-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

RESULTADOS ESPERADOS

Preenchimento correto de todos os documentos necessários para disponibilizar ao paciente o transporte que o mesmo necessita.

REGISTROS

Consulfarma;

Email;

Planilha de autorização de passagem secretária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

Regulamento dos critérios de uso dos serviços de transporte público sanitário da SMS e saneamento do município de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	Procedimento Operacional Padrão Transporte de paciente em alta hospitalar	SERVIÇO SOCIAL

Código
POP – ALTA 13
POP -
Data de Emissão 30/03/2023
Revisão nº1
Data Revisão

Título:

Atendimento à demanda de solicitação de remoção de paciente em alta hospitalar fora do domicílio.

OBJETIVO

Garantir a remoção de pacientes que residem em Três Lagoas e estão de alta hospitalar fora do domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - conforme "Protocolo de Transporte Sanitário" (Documento aprovado em 04/06/2022).

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários de assistência social (supervisionados).

ATIVIDADE

Conferir a escala de trabalho com as determinações sobre as atribuições mensais referente a conferência de e-mail;

Acompanhar de forma constante e permanentemente as entradas, de e-mails e/ou mensagens via WhatsApp solicitando o transporte para a remoção de paciente em alta;

Será realizado uma investigação pela assistência social de Três Lagoas, referente a residência domiciliada do paciente, conversa com familiares, se necessário acionar a equipe de estratégia de saúde da família, entre outras informações que agregam as documentações necessárias para deferimento da conduta;

Verificar o tipo de transporte solicitado: **ambulância ou ônibus;**

Caso o hospital de destino não encaminhe os dados necessários para tramitar a alta hospitalar, o profissional deverá encaminhar um e-mail informando que o registro deve conter o nome e o telefone do paciente e do acompanhante, registrar detalhes como setor / ala/ enfermaria/ leito onde se encontra o paciente, e situação do transporte (ambulância ou ônibus) para os setores do transporte; "Transporte da Saúde" <transporte.saude@treslagoas.ms.gov.br>; e "Casa de Apoio de Campo Grande" <casaapoio@treslagoas.ms.gov.br>;

Em casos de pacientes com critérios de **transporte sentado**, este será comunicado a casa de apoio que realizará o trâmite de alta hospitalar, via transporte rodoviário ônibus (sendo cidade de destino Campo Grande e ou Barretos);

Casos de transportes de **pacientes via ambulância**, estritamente para pacientes acamados, déficit motor grave e pós cirúrgicos imediatos de grande porte;

Entrar em contato com o coordenador do setor de transporte para planejamento da data da remoção da alta hospitalar;

Encaminhar via e-mail para a assistência social do hospital de destino o planejamento da remoção da alta com cópia para o setor de transporte e coordenadora da assistência social de Três Lagoas;

Em casos de **pacientes fora do Estado**, solicitar para a assistência social de destino o parecer médico do quadro clínico do paciente, alta hospitalar e a solicitação de ambulância com a presença de técnico de enfermagem;

Encaminhar relatório para a coordenação continuar o tramite com a secretária de saúde e setor de transporte;

Após o parecer técnico, caso seja favorável será preenchido a planilha de transporte contendo as informações relacionados a alta hospitalar, será agendada a remoção eletivo do paciente na data disponível.

O serviço de Transporte Sanitário não realiza atendimentos para:

- Transporte de urgência ou emergência sob qualquer hipótese;
- Prática de atividades educacionais, culturais, esportivas, recreativas ou turísticas e perícia médica;
- Pacientes que necessitam de transporte rodoviário e não enquadram nos critérios conforme o protocolo, cabe a coordenação solução para o mesmo;

RISCOS

Não comunicação, por parte das assistentes sociais dos hospitais de destino, das altas via mensagem por e-mail dos pacientes em alta;

Falta de dados para contactar o paciente e acompanhante;

Remoção do paciente por parte de familiares e/ou amigos e ou retorno com meios próprios sem a comunicação do Serviço Social dos hospitais ao setor;

MATERIAIS

Computador com monitor;
Teclado;
Mouse;
Impressora;
Internet;
Mesa;
Cadeiras;
Papel sulfite;
Caderno de protocolo;
Lápis;
Borracha de apagar;
Caneta azul/preta;
Caneta marca texto;
Grampeador;
Grampo;
Extrator de grampo;
Celular – WhatsApp.

OBSERVAÇÕES

Os pacientes de alta hospitalar com critérios de viagem sentados, e estes forem das cidades de Campo Grande e Barretos, serão tramitados sua alta pela casa de apoio que encaminhará a van para realizar a remoção interna do paciente até a casa de apoio, em Barretos o paciente será removida pelo ônibus na entrada do hospital;

Tipo A — Ambulância de Suporte Básico (USB): veículo destinado ao transporte intra-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

RESULTADO ESPERADO

Propiciar o retorno rápido e seguro aos pacientes em alta hospitalar residentes no município de Três Lagoas;

REGISTROS

Consulfarma;

Protocolo;

Email;

WhatsApp;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

Regulamento dos critérios de uso dos serviços de transporte público sanitário eletivo da secretaria municipal de saúde e saneamento do município de Três Lagoas – Protocolo de Transporte Sanitário Eletivo (04/06/2022)

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**Procedimento Operacional Padrão Tratamento fora do domicílio - TFD**	SERVIÇO SOCIAL
Conferência das quilometragens dos veículos utilizados nos transportes de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – ônibus, vans e micro-ônibus		

Código POP - TFD 14
Data de Emissão 20/03/2023
Revisão nº
Data Revisão

OBJETIVO

Realizar a aferição dos quilômetros percorridos no transporte de pacientes em Tratamentos fora do domicílio, de forma segura e eficiente, assegurando que os quilômetros rodados sejam rigorosamente verificados antes da liberação de pagamentos pelo serviço ofertado, evitando cobranças indevidas aos cofres púbicos do município.

AGENTES

Técnico administrativo;

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior.

ATIVIDADES

Receber as listas das linhas de transportes feitas pela empresa CRISPTUR Transporte e Turismo Ltda EPP, atual prestadora desses serviços;

Inspecionar a conferência de cada viagem realizada diariamente, observando: a quilometragem rodada, as datas em cada ficha/planilha, checar as placas do veículo na ficha de trabalho, na planilha e na folha do GPS;

Verificar a qualidade da impressão gráfica da planilha e das fichas de trabalho;

Somar o total da quilometragem apresentada ao final do mês em averiguação;

Assinar e carimbar cada folha inspecionada;

Após certificar-se de que o total de quilômetros rodados em cada uma das quatro linhas está correto, informar à empresa para que esta providencie a nota de cobrança que será apresentado à prefeitura;

Realizar a conferência da quilometragem da planilha de viagens comparando com a planilha de transporte da saúde;

Analisar o checklist diário de conferência dos ônibus no terminal intermunicipal;

Elaborar o relatório mensal avaliando a qualidade dos serviços de transportes ofertados;

Realizar os apontamentos na tabela do Excel disponível para agendamentos;

Encaminhar para o financeiro da prefeitura;

Caso tenha itens que serão despontuados, o relatório e o formulário de indicadores para aferição da qualidade esperada da prestação dos serviços deverá ser encaminhado primeiramente para a diretoria de relações institucionais e jurídico da secretária de saúde, para previa avaliação após será emitido um parecer onde o fiscal de contrato assinará e emitirá para a ciência da empresa.

RISCOS

Falta de comunicação;

Rasura ou ilegibilidade de documentos,

Documento mal preenchido;

Qualidade ruim das cópias do material apresentado;

Entrega de documento fora do prazo solicitado.

MATERIAIS

Computador;

Internet;

Impressora;

Papel sulfite;

Lápis;

Borracha de apagar;

Caneta azul/preta;

Caneta marca texto;

Grampeador;

Grampo;

Extrator de grampo;

Régua;

Envelope.

OBSERVAÇÕES

A conferência de quilometragem é feita diariamente nos veículos da empresa CRISPTUR Transporte e Turismo Ltda EPP, contratada pela Prefeitura Municipal de Três Lagoas, para aferir a quantidade de quilômetros percorridos no transporte de pacientes em tratamento fora do domicílio (TFD). Esses dados são repassados mensalmente em uma planilha, descrevendo a quilometragem percorrida nos trechos Três Lagoas x Campo Grande, Campo Grande interno, Três Lagoas x Barretos, Três Lagoas x Jales, entre outros.

RESULTADOS ESPERADOS

Certificação de uma aferição correta e efetiva de todas as planilhas apresentadas na prestação de contas do transporte de pacientes em TFD, conferindo detalhadamente as quilometragens geradas nos transportes.

Além disso, atesar a correção e a aprovação dos valores adequados a serem cobrados da Prefeitura Municipal de Três Lagoas pelo serviço de transporte de pacientes em TFD à empresa CRISPTUR Transporte e Turismo Ltda EPP.

REGISTROS

Consulfarma;

Protocolo;

Email;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

Regulamento dos critérios de uso dos serviços de transporte público sanitário da SMS e saneamento do município de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Agendamento de Passagem	SERVIÇO SOCIAL
Título: Agendamento de Tratamento Fora do Domicilio(TFD) em Campo Grande e ou Barretos/São Jose do Rio Preto.		

Código POP TFD-15
Data de Emissão 30/03/2023
Revisão nº1
Data Revisão

OBJETIVO

Padronizar as atividades de agendamento de passagens para os usuários e acompanhantes do SUS, que necessitam de transporte para atendimento à saúde em outro município, a fim de atender aos pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas.

AGENTES

Técnico administrativo;

Estagiários.

ATIVIDADES

Acolher o paciente;

Explicar o procedimento para o paciente e/ ou acompanhante;

Certificar se o requerente reside no município de Três Lagoas;

Solicitar documentos do paciente e acompanhante: RG e Comprovante do agendamento ou programação de tratamento específico onde o paciente realiza o tratamento;

Entrar no sistema Consulfarma: recepção → fila → aparecerá uma aba com os pacientes para atendimento → procure amarelo (referente a procedimento passagem) → atender → preencha o profissional responsável → local de atendimento (outros) →gravar;

Verificar a data do agendamento;

Acessar o Consulfarma com login e senha, clicar em atendimento → veículos → agendamento de viagem → buscar → procurar a data de viagem e a cidade que o paciente está solicitando → aparecerá uma aba referente aos agendamentos de

viagem já cadastrados → conferir se a viagem aberta e da cidade e data que o paciente está solicitando → alterar → adicionar → abrirá uma nova aba, para preencher os dados do paciente, acompanhante e viagem → no campo da observação preencher se caso o paciente for utilizar as cadeiras prioritárias e o horário do agendamento → gravar → conferir se a passagem foi gravada;

Realizar o preenchimento manual da passagem com os dados solicitados, imprimir, orientar sobre a viagem, local e horário de embarque, e informações sobre a casa de apoio.

Grampear a passagem nas folhas do agendamento para evitar perdas.

Casos de convênios privados, devem aguardar até às 13:00 hs, horário em que os assistentes sociais poderão avaliar a disponibilidade de vagas a serem ofertadas para pacientes em TFD que estejam em situação de risco e ou vulnerabilidade social (que não podem arcar com o custeio de seu transporte).

RISCOS

Ocasionar transtornos para o usuário com preenchimento dos dados incorreto que prejudiquem o embarque.

MATERIAL

- Canetas
- Lápis;
- Borracha;
- Sistema informatizado;
- Carimbo;
- Computadores;
- Impressora.

OBSERVAÇÕES

Atendimentos prioritários para idosos acima de 75 anos, portadores de deficiência e pacientes com déficit motor, com vagas disponíveis em embarque prioritário.

Em casos pós-operatórios, podem ser disponibilizados dois lugares.

Agendar a passagem com antecedência de 03 a 05 dias úteis no setor social, das 07h às 13h, de segunda a sexta-feira (exceto feriados e ponto facultativo).

Nos agendamentos de consultas, terapias e tratamentos após as 13h, o paciente deve estar ciente de que pode não retornar no ônibus e precisará pernoitar na Casa de Apoio, levando roupas e kit de higiene pessoal.

O agendamento prévio garante o direito ao atendimento, desde que haja vaga disponível na data, horário e local de destino solicitado.

Pacientes que realizam terapia ou tratamento prolongado podem solicitar a passagem de retorno na Casa de Apoio, de segunda a sexta-feira (exceto feriados e ponto facultativo).

Em casos de alta hospitalar em Campo Grande ou Barretos, o cadastramento no sistema pode ser feito a qualquer momento.

Fica definido que o embarque se inicia as 23h30 no terminal intermunicipal de Três Lagoas, e as 15h30 nas Casas de apoio (Campo Grande e Barretos):

- Saída do terminal intermunicipal, horário de saída de Três Lagoas para Campo Grande e Barretos as 00h;
- Saída da casa de apoio de Campo Grande: Horário de saída de Campo Grande para Três Lagoas às 16 horas em frente à Casa de Apoio localizado na Rua Santa Izildinha, nº120, Jardim Progresso.
- Saída da casa de apoio de Barretos: Horário de saída de Barretos para Três Lagoas às 16h00min (MS) em frente à Casa de Apoio localizado na AV. Agostinho Domingues, 1133 – JD. Soares e segue para Rio Preto/SP, passa no Shopping Rua Antônio Godoy, 5405 – Vila São José em Rio Preto às 17horas (MS).

O serviço de Transporte Sanitário não realiza atendimentos para:

- Transporte de urgência ou emergência sob qualquer hipótese;
- Prática de atividades educacionais, culturais, esportivas, recreativas, turísticas e perícias médicas;
- Pacientes que necessitam de transporte rodoviário e não enquadram nos critérios conforme o protocolo, cabe a coordenação solução para o mesmo, contudo em casos especiais como convênios privados e ou ofertados por empresas empregadoras, cujos pacientes não conseguem arcar com o custeio do transporte fora do município, devido a situação de risco e ou vulnerabilidade social, serão ofertadas vagas restantes aos pacientes atendidos nos casos acima mencionados.

RESULTADOS ESPERADOS

Primar pela satisfação da demanda requerente ao paciente.

REGISTROS

Prontuário eletrônico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei de regulamentação do Serviço social (CFESS 8662/93)

Código de Ética do Serviço Social

Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990

Normas Institucionais – Prefeitura Municipal de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	SERVIÇO SOCIAL

Título: Transporte eletivo acompanhado pelo setor da Assistência Social da saúde no embarque e desembarque para Campo Grande e ou Barretos	**Código** POP TFD-16
	Data de Emissão 30/03/2023
	Revisão nº1
	Data Revisão

OBJETIVO

Fiscalizar e auxiliar no embarque de pacientes que utilizam o serviço de transporte eletivo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas aos usuários do SUS, que necessitam de atendimento à saúde em outro município.

AGENTES

Técnico administrativo;

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Guia do ônibus.

ATIVIDADES

Preparar café;

Chá e bolachas;

Organizar o ambiente para recepção, acolher e explicar procedimentos aos pacientes, solicitar documentos;

Conferir passagens de acordo com o mapa de viagem;

Não autorizar embarques fora dos critérios estipulados no protocolo, incluindo pacientes em estado crítico ou idosos sozinhos e com déficit de saúde;

Não autorizar embarque de mobílias ou pertences fora da finalidade do termo;

Após a chegada do ônibus, realizar e anotar a conferência de todos os dados estipulados no checklist de inspeção veicular, orientações e reportar eventualidades ao setor de Serviço Social da Saúde.

RISCOS

O preenchimento incorreto dos dados pode causar transtornos e prejudicar o embarque do usuário.

MATERIAL

Canetas;

Lápis;

Borracha;

Sistema informatizado;

Carimbo;

Computadores.

OBSERVAÇÕES

Os gestores e profissionais do Serviço Social da Saúde e Casa de Apoio devem orientar e atualizar os usuários sobre as normas e critérios de utilização do serviço de Transporte Sanitário.

Atendimentos prioritários incluem idosos, portadores de deficiência e pacientes com déficit motor, com vagas disponíveis em embarque prioritário. Em casos pós-operatórios, podem ser disponibilizados dois lugares.

Pacientes devem estar cientes de que após as 13 horas, podem não retornar no ônibus e precisar pernoitar na Casa de Apoio, levando roupas, roupa de cama e kit de higiene pessoal.

O agendamento prévio garante o direito ao atendimento, sujeito à disponibilidade. Pedidos de vaga devem ser feitos pessoalmente no setor de Agendamento para inclusão no sistema Consulfarma.

Pacientes em tratamento prolongado podem solicitar a passagem de retorno na Casa de Apoio de segunda a sexta-feira.

Pacientes de alta hospitalar em Campo Grande ou Barretos são considerados atendimento emergencial, permitindo o cadastramento no sistema a qualquer momento.

O embarque inicia às 23h30 no terminal intermunicipal de Três Lagoas.

Saída de Três Lagoas para Campo Grande e Barretos às 00h00.

Saída de Campo Grande para Três Lagoas às 16h00 em frente à Casa de Apoio na Rua Santa Izildinha, nº120, Jardim Progresso.

Saída de Barretos para Três Lagoas às 16h00 em frente à Casa de Apoio na Rua Noé Otacílio Ribeiro, nº 1178 – Jardim Soares. Em seguida, segue para Rio Preto/SP, passando no Shopping Rua Antônio Godoy, 5405 – Vila São José às 17h00.

RESULTADOS ESPERADOS

Primar pela satisfação da demanda requerente ao paciente.

REGISTROS

Formulário específico;

Caneta;

Prancheta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código de Ética do Serviço Social

Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990

Normas Institucionais – Prefeitura Municipal de Três Lagoas.

CONTROLE DE REVISÕES

Data de	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO MEDICAMENTOS ESPECIAIS	SERVIÇO SOCIAL
Título: Cadastro de medicamentos especiais		**Código** POP -MED-17 **Data de Emissão** 09/02/2023 **Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Regulamentar e organizar as informações dos pacientes que atendam ao protocolo estabelecido, de acordo com as liminares judiciais em vigor, para o cadastro e recadastro do benefício de medicamentos especiais pelo setor de medicamentos especiais da Secretaria de Saúde de Três Lagoas.

AGENTES

Técnico administrativo;

Estagiários.

ATIVIDADES

Realizar o acolhimento do paciente e verificar se é morador de Três Lagoas.

Verificar se o medicamento solicitado está na lista de alto custo ou se é atendimento estadual.

Observar se o paciente atende às liminares municipais.

Solicitar laudo médico, receita, RG, CPF, Cartão do SUS e comprovante de residência.

Para neurologia: CID para dor apenas acima de 60 anos. Abaixo de 60 anos, cadastrar apenas pacientes com saúde mental como causa principal, com avaliação cuidadosa de laudos com 2 ou 3 CIDs.

Exceções: idosos acima de 60 anos e pacientes oncológicos podem receber tramadol, duloxetina e pregabalina.

Inserir dados no sistema Consulfarma e encaminhar o paciente para a equipe multidisciplinar. Solicitar que aguarde o chamado.

RISCOS

Inserir pacientes que não residam no município;

Encaminhar o paciente para atendimento sem os documentos exigidos;

Ocasionar transtornos aos pacientes com preenchimentos de dados incorretos.

MATERIAIS

Computador.

OBSERVAÇÕES

Aceitar receitas e laudos médicos dos especialistas do SUS e do Hospital Regional de Três Lagoas, bem como do Hospital Auxiliadora (apenas do setor de oncologia).

Para outros casos, contatar o profissional de farmácia do Setor de Medicamentos Especiais.

Preencher a planilha de aquisição dos medicamentos com os dados necessários.

Liminares vigentes: tratamento de doenças oportunistas para portadores de HIV de qualquer idade, crianças e adolescentes até 19 anos e 11 meses, e saúde mental para todas as idades.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter informações precisas dos usuários que necessitam do benefício de medicamentos especiais, no âmbito do SUS de Três Lagoas - MS.

REGISTROS

Sistema Consulfarma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196;

Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, Art.24º;

CONTROLE DE REVISÕES

Data de	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Atendimento para fornecimento de medicamentos especiais do município		**Código** POP -MED-18 **Data de Emissão** 09/02/2023 **Revisão nº1** **Data Revisão**

OBJETIVO

Regulamentar e organizar as informações dos pacientes que atendam ao protocolo estabelecido, de acordo com as liminares judiciais em vigor, para o cadastro e recadastro do benefício de medicamentos especiais pelo setor de medicamentos especiais da Secretaria de Saúde de Três Lagoas.

AGENTES

Assistente Social;

Equipe de apoio com nível superior;

Estagiários de assistência social (supervisionados).

ATIVIDADES

Receber o paciente e sua documentação, incluindo cópias do Cartão do SUS, RG, CPF, comprovante de residência e receita médica especializada.

Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante e certificar-se de que residem em Três Lagoas.

Para a especialidade de neurologia: apenas CID para dor em pacientes acima de 60 anos.

Para pacientes abaixo de 60 anos: cadastrar apenas aqueles com saúde mental como causa principal, com avaliação cuidadosa dos laudos com 2 ou 3 CIDs.

Exceções atendidas: pacientes acima de 60 anos, ou em tratamento oncológico, que necessitem de tramadol, duloxetina e pregabalina.

Verifique a prescrição para garantir nome do paciente, assinatura e carimbo do especialista, bem como a unidade solicitante.

Certifique-se de que as receitas tenham sido emitidas há menos de 6 meses.

Acesse o Consulfarma para iniciar a entrevista social e preencher o formulário padronizado.

Monte o processo para arquivamento na unidade e, ao final do expediente, arquive-o em local apropriado.

Forneça orientações para que o paciente retire a medicação no setor de medicamentos especiais.

RISCOS

Inserir pacientes que não residam no município;

Encaminhar o paciente para atendimento sem os documentos exigidos;

Ocasionar transtornos aos pacientes com preenchimentos de dados incorretos.

MATERIAIS

Computador.

OBSERVAÇÕES

Aceitar receitas e laudos médicos dos especialistas que atendem no SUS no Município de Três Lagoas;

Aceitar receitas e laudos médicos dos especialistas que atendem no Hospital regional do Município de Três Lagoas;

Receitas e laudos médicos do Hospital Auxiliadora, somente do setor de oncologia;

Outros casos, entrar em contato com Elisangela do setor de medicamentos especiais.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter informações precisas dos usuários que necessitam do benefício de medicamentos especiais, no âmbito do SUS de Três Lagoas - MS.

REGISTROS

Sistema Consulfarma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Política Pública de Saúde, CNAS Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º;

Constituição Federal de 1988, Art. 196;

Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, Art.15º;

Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, Art.24º;

CONTROLE DE REVISÕES

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

PROTOCOLOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SAUDE

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROTOCOLO DE AQUISIÇÃO DE LENTES CORRETIVAS E ARMAÇÕES	SERVIÇO SOCIAL
Título: Aquisição de lentes corretivas e armações		

Código PRT-01	
Data de Emissão 09/02/2023	
Revisão nº1	
Data Revisão	

FINALIDADE

Aprimorar o fluxo de atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade que tenham indicação do uso de lentes monofocais, multifocais e bifocais, baseados nos problemas de refração mais comuns da população atendida. Sendo estes encaminhamentos dos profissionais de oftalmologia do Centro de Especialidades Médicas (CEM) para pacientes de Três Lagoas/MS, a fim de proporcionar um atendimento eticamente humanizado.

DISPOSIÇÕES GERAIS

No Brasil, os dados epidemiológicos disponíveis mostram que os problemas de refração que podem ser corrigidos são expressivos e interferem no rendimento escolar das crianças e jovens, bem como no desempenho das atividades diárias de adultos e idosos. Os erros de refração, na sua maioria, são passíveis de correção por meio do uso de óculos, medida aparentemente simples, porém ainda de difícil resolução no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Em abrangência mundial, uma pesquisa publicada no *Opthalmology Journal* diz que até 2050, pelo menos de 4,8 bilhões de pessoas terão algum tipo de deficiência visual em que será necessário o uso de óculos. Esse número equivale a 49,8% da população mundial. No Brasil, 25% da população usa óculos para corrigir alterações como a miopia (dificuldade 4.5. de ver objetos a distância), hipermetropia (visão sem foco para objetos próximos) e astigmatismo (falta de foco para longe e para perto), segundo dados do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. E os especialistas afirmam que depois dos 40 anos quase todas as pessoas precisam de lentes para enxergar melhor de perto. A tendência é que essa necessidade aumente com o tempo e surjam outros problemas, como a catarata, presente em 60% do grupo com mais de 60 anos.

Buscando dar respostas a esses problemas, e reconhecendo as dificuldades do acesso da população do Município de Três Lagoas, não só à consulta oftalmológica, mas também à aquisição dos óculos, a Secretaria Municipal de Saúde resolve realizar procedimento de contratação de empresa especializada para o fornecimento parcelado de armações oculares e confecção de lentes corretivas, colocando em prática o compromisso com a qualificação do atendimento.

Além de propiciar condições de saúde ocular, corrigindo problemas visuais identificados por médico especializado mediante receita médica, com encaminhamento do CEM deste Município.

Considerando a Lei Federal nº 8080/1990 que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com isto a Prefeitura de Três Lagoas tem cumprido a Lei complementar nº141/2012, Art.3º, II, que dispõem a "Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais".

Será preconizado o princípio de equidade, que tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça, e parte da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidade desde cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços público impactam diretamente na saúde.

RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Serão considerados atendimentos prioritários para o fornecimento de óculos as crianças e adolescentes de 0 até os 17 anos 11 meses e 29 dias, oriundas de famílias referenciadas e assistidas pelo CRAS, matriculadas na rede pública no ensino infantil, fundamental e médio, idosos aposentados, desde que atenda os critérios pré-estabelecidos.

O fornecimento será entregue de forma padrão e regular, de acordo com a capacidade técnica e orçamentária /mês para: óculos, exceto em caso excepcionais com justificativa

por escrito do médico que o prescreveu; para requerer os óculos, deverão ser apresentados ao Serviço Social da Secretaria de Saúde.

As empresas que estejam localizadas em outros municípios só poderão participar se responsabilizem pelo transporte de ida e volta do paciente até o local

onde será realizado a escolha dos modelos e cor das armações para os pacientes cujas receitas estarão sendo aviadas, levando em conta as medidas ideais (prova dos óculos para adaptação do formato e tamanho do aro (alças) tanto para bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos) em loja física, o transporte será sem ônus adicional para o município. Lembrando que, o deslocamento para pacientes que inspiram maiores cuidados deve ser feito em veículo apropriado e com tempo de rota dentro dos critérios de segurança a garantir estabilidade ao paciente.

A Secretaria Municipal de Saúde não irá disponibilizar de espaço e nem de equipe para tal atendimento, ficando assim de inteira responsabilidade do fornecedor o agendamento e posterior entrega os óculos.

Os óculos serão disponíveis para fornecimento com as especificações técnicas mínimas a seguir, haja visto que, receitas médicas que não atenderem as especificações abaixo listadas não serão disponibilizadas pela secretaria municipal da saúde:

a) (Armação popular + Lentes) orgânicas, visão simples, incolores ou coloridas, de (+) 4,25 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico até 4,00 (positiva ou negativa) :Unidade 520
b) (Armação popular + Lentes) orgânicas bifocais, incolores ou coloridas, de (-) 6,00 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico até 4,00 (positiva ou negativa): Unidade 160
c) (Armação popular + Lentes) orgânicas bifocais, fotossensíveis, de (-) 6,00 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com adição de até (+)3,00.: Unidade 130
d) (Armação popular + Lentes) orgânicas multifocais, incolores ou coloridas, de (+) 0,00 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com adição de até (+) 3,00.: Unidade 1100
e) (Armação popular + Lentes) orgânicas multifocais, fotossensíveis, de (+) 0,00 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com adição de até (+) 3,00.: Unidade 260
f) (Armação popular + Lentes) orgânicas incolores, visão simples ou multifocais ou bifocais, com dioptrias acima de (+ ou -) 9,00, esféricas e cilíndricas combinadas.: Unidade 70

g) (Armação popular + Lentes) orgânicas, visão simples incolores ou coloridas, de (+)0,00 à (+) 4,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico até 2,00 (positiva ou negativa) :Unidade 910

h) (Armação popular + Lentes) orgânicas, visão simples fotossensíveis, de (+)0,00 à (+) 4,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico até 2,00 (positiva ou negativa):Unidade 130

i) (Armação popular + Lentes) orgânicas, visão simples fotossensíveis, de (+) 4,25 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico até 4,00 (positiva ou negativa):Unidade 130

j) (Armação popular + Lentes) visão simples surfaçadas em policarbonato, incolores, de (-ou +) 8,00 à (- ou+) 9,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico de 0,00 até 4,00 (positiva ou negativa): Unidade325

k) (Armação popular + Lentes) orgânicas, visão simples surfaçadas incolores ou coloridas, de (-) 6,00 à (+) 6,00 dioptrias, esféricas e cilíndricas combinadas, com cilíndrico de 2,00 até 6,00 (positiva ou negativa):Unidade 190

Todos os óculos devem vir em estojo plástico, rígido, flanela de limpeza para óculos e com revestimento interno que proteja contra riscos. Os produtos deverão ser confeccionados e entregues conforme receita médica expedida por profissional oftalmologista da rede de saúde do Município de Três Lagoas, cadastrado no Conselho Regional de Medicina – CRM. 3.1.2. Material: óculos e lentes novos.

Não serão aceitos materiais remanufaturas ou reciclados; óculos e lentes que, por ocasião dos testes práticos, não apresentem qualquer tipo de defeito. Garantia mínima: 12 (doze) meses, com certificação do fabricante contada a partir da data de entrega, por defeito de fabricação; Cuidados: Óculos acondicionados, lacrados de forma a proteger o material da ação da luz, poeira e umidade, em embalagem apropriada na forma de estojo, em material rígido.

Não serão aceitos produtos que não atendam às especificações. Neste caso, os produtos que não estiverem dentro da conformidade, serão devolvidos. Os produtos deverão ser de excelente qualidade e com acabamento impecável. A armação popular a que se refere a descrição trata-se de: armação dotada de fio de nylon; fabricada em metal anodizado; hastes com mola; ponteiras revestidas e plaquetas de silicone.

Não será realizada nova confecção em substituição aos óculos de pacientes já atendidos nos casos de quebra, perda, danos por mal-uso, entre outros.

Será fornecido ao usuário uma aquisição de lentes e armações de óculos de grau (lentes corretivas) no período de 12 meses.

DIVISÃO ELABORADA A PARTIR DAS COMPOSIÇÕES DOS DIFERENTES GRUPOS FAMILIARES MAIS COMUNS				
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V
UNIPESSOAL	CASAL/ COMPANHEIROS OU DUAS PESSOAS QUE DIVIDEM ESPAÇO	MÃE/ PAI SOLO + FILHO	CASAL COM FILHOS MENORES QUE NÃO TRABALHEM	QUE NÃO TRABALHEM TRÊS ADULTOS + FILHOS MENORES
R$ 1.650,00	R$ 1.650,00 PER CAPTA	R$ 2.640,00	R$ 3.500,00	R$ 3.500,00

FUNCIONAMENTO

O prazo de fornecimento será de **10 dias**, a contar do relatório da avaliação socioeconômica, podendo esse prazo ser alterado mediante comunicação prévia de até **2 dias**.

Será realizado o cadastro no sistema Consulfarma pela técnica administrativa, que encaminhará via sistema este atendimento para os assistentes sociais no qual será preenchido um formulário de entrevista social com parecer social constando como conclusão deferido, indeferido e/ou inconclusivo mediante as demandas sociais

levantadas, implícitas e/ou explícitas, relacionadas a usuários em situação de vulnerabilidade e risco social em consequência de situações oftalmológicas.

O paciente para requerer os óculos deverá apresentar estes documentos a seguir:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do RG e CPF;
- Comprovante de residência em nome do paciente descrito no receituário médico ou de seu responsável legal. *Para a comprovação do endereço poderá ser realizada visita do Assistente Social do Município;
- Comprovação documental dos familiares que residem na residência;

- Laudo/Relatório Social demonstrando a vulnerabilidade socioeconômica elaborada após visita domiciliar e avaliação do Serviço Social da Secretaria de Assistência Social ou Secretaria de Saúde.
- Comprovante de renda do paciente e dos familiares que trabalham;
    - Orientar o/a usuário/a e sua família/acompanhante sobre a dinâmica do atendimento na unidade e sobre o funcionamento de realização dos óculos, retirada na ótica e direitos e deveres relacionados a manutenção do produto;
    - O profissional da assistência social e/ou técnico de nível superior encaminhará para a ótica um encaminhamento de autorização (assinado), juntamente com a receita médica original proveniente do Centro de Especialidades Médicas (CEM);
    - O profissional da assistência social e/ou técnico de nível superior ao final do atendimento preencherá a planilha referente aos atendimentos realizados e disponibilizará em local específico;
    - O profissional da assistência social e/ou técnico de nível superior entregará o encaminhamento de autorização para o paciente apresentar na ótica responsável, no qual a mesma realizará as medições da armação e lente e agendará no prazo máximo de 10 dias a retirada dos óculos.
    - O técnico administrativo recolherá as planilhas preenchidas e encaminhará um e-mail com os nomes e dados dos pacientes para a ótica responsável, haja visto que, este deverá ocorrer na mesma data ou data anterior pela manhã;
    - O usuário ficará responsável de retirar no prazo de máximo 10 dias as lentes e armações de óculos de grau na ótica responsável (Rua Elmano Soares, 33, centro)
    - A ótica responsável encaminhará para o serviço social diariamente um e-mail constando a quantidade de armações e lentes fornecidas;
    - A ótica responsável no final do mês encaminhará a receita médica original com a comprovação de recebimento assinada, juntamente com um xerox do documento pessoal, e a AF (Autorização Fiscal) para

conferência dos dados pelo serviço social da saúde e emissão de nota fiscal;

- A assistência social da saúde encaminhará toda a documentação para a secretaria municipal de saúde que irá realizar a liberação do pagamento a declaração de recebimento (modelo da instituição) digitalizado, para posterior conferência e envio a Secretária de Saúde.

FLUXOGRAMA

- Em anexo.

RESULTADOS ESPERADOS

Prestar um atendimento humanizado, garantindo o sigilo e comprometimento ético ao paciente, favorecendo a confiabilidade e o acolhimento imprescindível para o momento;

Dar resolutividade esperada para o paciente e familiar em relação a confecção dos óculos e lentes.

MONITORAMENTO

Como ferramenta de monitoramento para o processo podemos elencar as evoluções dos assistentes sociais pelo sistema Consulfarma e posteriormente os indicadores específicos que serão gerados dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

Termo de referência referente a aquisição de lentes corretivas e armações da secretária municipal de saúde;

Contrato administrativo nº082/2023;

Lei de regulamentação do serviço social CFESS 8662/93);

Código de ética do serviço social;

Lei nº8.080,19 de setembro de 1990;

HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	Emissão	Responsável	Descrição da Alteração
Elaborado por			Data:

Juliana Rodrigues Salim	17/02/2023
Revisado por Equipe de assistência Social.	Data: 20/02/2023
Aprovado por Diretora das Relações Institucionais da Saúde	Data: 01/03/2023

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROTOCOLO DE AQUISIÇÃO DE FRALDAS	SERVIÇO SOCIAL
Título: AQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS		

Código	PRT-02
Data de Emissão	13/02/2023
Revisão nº1	
Data Revisão	

FINALIDADE

Regulamenta e sistematiza os critérios de dispensação dos serviços de fornecimento de fraldas descartáveis da Secretária Municipal de Saúde de Três Lagoas, representada pelo Serviço Social da saúde, visando diminuir os impactos financeiros, riscos e agravos a saúde em pessoas com deficiência, idosos, bem como demais patologias, onde o usuário perdeu o controle esfincteriano de suas necessidades fisiológicas, associado a fatores como obesidade e diabetes mellitus que aumentam a incidência de distúrbios do assoalho pélvico especialmente em indivíduos com idade avançada e condições clínicas descompensadas (diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, alterações cognitivas e dificuldade de locomoção), história de pélvica radioterapia, acamados ou com história de cirurgias intestinais e urológicas, são diversas condições que podem afetar o mecanismo de continência anal e/ou urinária.

Sendo necessário assistência voltada para dispensação de fraldas descartáveis, com objetivo de melhorar a qualidade de forma integral e humanizada, pois são imprescindíveis para recuperação do paciente do ponto de vista físico e mental, além de preservar a dignidade do usuário do SUS, bem como, o direito do cidadão em acessar de forma ordenada e organizada os sistemas de saúde, haja visto que estes usuários necessitam se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos e tenham indicação médica.

O benefício é de caráter suplementar, prestado aos cidadãos e às famílias cuja necessidade é motivada por doença, sendo de competência da família, estado e sociedade civil a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Insta ressaltar que a Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e considera que a saúde é um direito constitucionalmente garantido mediante políticas públicas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, sendo seu acesso universal, igualitário e com equidade.

> *[...] princípios calcados em ética e solidariedade, para guiar o sistema: universalidade (todo cidadão brasileiro tem direito a usar os serviços do SUS); equidade (os serviços devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada cidadão/população, com justiça social); e integralidade (os serviços devem ter foco na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na cura e na reabilitação, atendendo as necessidades de saúde da população como um todo.*

Ressalta-se ainda o dever de o Estado garantir a saúde, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário e equitativo às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde. O direito ao recebimento de fraldas descartáveis está vinculado ao direito à saúde, pois sua indisponibilidade gera um agravamento moral e físico, tendo por base a lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7.º, especialmente os incisos que estabelecem os princípios de Universalização que é um direito de cidadania de PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS - MS.

Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que dispõe no Art. 18. assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário, e ainda a Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, que incumbem ao Poder Público o fornecimento dos recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Ressaltamos que os benefícios eventuais no âmbito da Política Pública de Assistência Social são de caráter suplementar e provisório, prestado aos cidadãos e às famílias em virtude de situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, e que o fornecimento de fraldas aos cidadãos cuja necessidade é motivada por doença, é competência da Política Pública de Saúde, conforme disposto na

Resolução nº 39 de 09 de Dezembro de 2010 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Conselho Nacional de Assistência Social.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Será preconizado o princípio de equidade, que tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, e parte da ideia do respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços público impactam diretamente na vida e na saúde das pessoas.

A Secretária Municipal de saúde de Três Lagoas tem como objetivo a padronização e distribuição do fornecimento de fraldas geriátricas de acordo com o disposto na resolução nº39 de 09 de dezembro de 2010, do ministério do desenvolvimento Social e combate à fome-Conselho Nacional de Assistência Social, para nortear os profissionais de saúde da Atenção Primária no planejamento e execução das atividades de dispensação de fraldas descartáveis no município e orientar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), visando definir as diretrizes e critérios constantes no protocolo.

RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Dos critérios de inclusão

- Os critérios para inclusão do usuário no Sistema de distribuição serão os seguintes:
  - Residir no Município de Três Lagoas;
  - Possuir cadastro definitivo na Unidade de Saúde de Referência;
  - Dispor indicação médica para o uso de fraldas descartáveis;
  - Realizar o cadastro social, com o assistente social da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Três Lagoas;
  - Possuir documentação requisitada: Laudo médico do SUS, com CID; cópia do RG, CPF, comprovante de residência e comprovante de renda ou declaração de renda do núcleo familiar;
  - Possuir parecer do profissional Assistente Social;

Público-alvo

- Serão atendidos somente os usuários que se enquadre em pelo mens 01(um) item abaixo:
  - Pessoa idosa, acamada, com pouca ou nenhuma mobilidade;
  - Pessoa com deficiência, com indicação de uso de fraldas descartáveis;
  - Pessoa idosa e pessoa com deficiência, portadores das patologias que tenham diagnósticos estabelecido de incontinência urinária/fecal permanente conforme o CID 10 (R35 e R15), também podendo estar associado aos seguintes diagnósticos primários:

- CID 10:
  - F00 Demência na Doença de Alzheimer
  - F01 Demência Vascular
  - F02.3 Demência na Doença de Parkinson
  - F72 Retardo Mental Grave
  - G80 Paralisia Cerebral
  - G82 Paraplegia e tetraplegia
  - G93.1 Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
  - I61 Hemorragia intracerebral
  - I 63 Infarto Cerebral
  - I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
  - I69 Sequela de doença Cerebrovascular
  - N31.0 Bexiga neuropática não inibida
  - N31.1 Bexiga neurogênica reflexa
  - N 35- Estenose de Uretra
  - N39.4 Outras incontinências urinárias
  - Q05.2 Espinha bífida lombar com hidrocefalia
  - Q05.3 Espinha bífida sacra com hidrocefalia
  - K59.2 Cólon neurogênico
  - T90.5 Sequela de traumatismo intracraniano
  - T91.1 Sequela de fratura de coluna vertebral
  - B.94 – Sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias e das não específicas (Sequelas de COVID 19)

FUNCIONAMENTO

Da prescrição do insumo

- A prescrição do uso da fralda descartável deverá ser realizada pelo profissional habilitado, sendo o médico da Unidade de Saúde, que deverá fornecer:
  - Laudo médico solicitando a necessidade do uso das fraldas descartáveis, bem como a apresentação do diagnóstico, com o CID10 da patologia em questão, com identificação legível do prescritor, com número de registro e seu respectivo conselho profissional, carimbo, assinatura e data da emissão.
  - Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo médico da Unidade de Saúde, do SUS, do município de Três Lagoas (exemplo: provenientes de Hospitais SUS, particulares ou conveniados).

Do quantitativo do fornecimento e do período de dispensação do insumo

- O fornecimento será realizado, conforme quantidade deferida na avaliação social, pelo profissional Assistente Social, da SMS, do município de Três Lagoas, que poderá ser classificada a solicitação em categorias (A, B, C, D), sendo estabelecido o limite mínimo de 30 unidades de fraldas e no máximo 110 unidades de fraldas descartáveis conforme a classificação de categoria, mensais.
- O período de fornecimento será de 06 (seis) meses, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, enquanto permanecer a necessidade do paciente, mediante a apresentação de nova solicitação médica, com CID, pelo SUS, sendo condicionada a atualização dos documentos anualmente e por nova avaliação social, realizada pelo profissional Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Três Lagoas.
- Não será permitido a dispensação ou fornecimento retroativo de fraldas descartáveis.
- Situações excepcionais, que fogem a esta especificação, ficarão a cargo de avaliação da gestão ou grupo por ela designado, obedecendo à disponibilidade financeira e orçamentária do município e justificativa clínica para a real necessidade.

- Não estar institucionalizado em Instituição de Longa Permanência para Idosos, Residência Inclusiva ou Abrigo para Idosos e Unidade hospitalares.

Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4
Renda Familiar de 5 salários mínimos ou mais.	Renda Familiar até 4 salários mínimos.	Renda Familiar até 3 salários mínimos.	Renda Familiar até 2 salários mínimos ou renda per capita até 1/2 salário
P:30 fraldas - 03 Pacotes (contendo 10 unid.). M:32 fraldas - 04 Pacotes (contendo 08 unid.) G:32 fraldas - 04 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:35 fraldas - 05 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:60 fraldas - 06 Pacotes (contendo 10 unid.). M:64 fraldas - 08 Pacotes (contendo 08 unid.) G:64 fraldas - 08 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:63 fraldas - 09 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:90 fraldas - 09 Pacotes (contendo 10 unid.). M:96 fraldas - 12 Pacotes (contendo 08 unid.) G:96 fraldas - 12 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:91 fraldas - 13 Pacotes (contendo 07 unid.)	P:110 fraldas - 11 Pacotes (contendo 10 unid.). M:104 fraldas - 13 Pacotes (contendo 08 unid.) G:104 fraldas - 13 Pacotes (contendo 08 unid.) EG:105 fraldas - 15 Pacotes (contendo 07 unid.)

Da alteração

- Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas ou alteração de quantidade, deverá ser solicitada ao departamento de Serviço Social, da SMS, do Município de Três Lagoas, que poderá avaliar a solicitação, mediante nova avaliação social.

Da suspensão do fornecimento de fraldas descartáveis

- O paciente poderá ser desligado do cadastro municipal para recebimento de fraldas, nas seguintes situações:
  - Ausência de renovação do laudo médico, após 6 meses de atendimento;

- Uso indevido das fraldas descartáveis (Ex: comercialização, conservação inadequada, entre outros);
- Alta médica, o responsável deverá comunicar o Serviço Social para exclusão cadastral;
- Em caso de óbito, o responsável deverá comunicar o Serviço Social para exclusão cadastral;
- Falsificação de endereço (não residir mais no município de Três Lagoas);
- Renda Familiar não compatível com a declarada nos instrumentos da assistência social, demostrada pela visita domiciliar realizada pelo serviço de assistência social.

FLUXOGRAMA

- Em anexo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Prestar um atendimento humanizado, garantindo o sigilo e comprometimento ético ao paciente, favorecendo a confiabilidade e o acolhimento imprescindível para o momento;
- Dar resolutividade esperada para o paciente e familiar em relação ao atendimento de auxílio e liberação das fraldas geriátricas solicitadas pelo requerente.

MONITORAMENTO

- O quantitativo de dispensação das fraldas descartáveis, será monitorado a partir do estoque informado pelo Almoxarifado Central da SMS- Três Lagoas, conforme grade de distribuição, bem como do estoque informado da dispensação, do departamento de Serviço Social, que deverá:
  - Manter estoque mínimo de fraldas descartáveis no departamento de Serviço Social, da SMS de Três Lagoas, para atender as dispensações diárias aos usuários cadastrados, bem como aos novos cadastros.
  - Requisitar o insumo junto ao almoxarifado central, da SMS, Três Lagoas, sempre diante da necessidade de manter estoque no departamento de Serviço Social, evitando o atraso e a interrupção da distribuição do insumo para os pacientes cadastrados.

- O controle será realizado mediante utilização de planilha específica, na qual o gestor realizará o controle por meio de identificação do paciente, quantidade e tamanho de fraldas dispensadas e servidor responsável pela dispensação.
- Como ferramenta de monitoramento para o processo podemos elencar as evoluções dos assistentes sociais pelo sistema Consulfarma e posteriormente os indicadores específicos que serão gerados dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

- Termo de referência referente a aquisição de lentes corretivas e armações da secretária municipal de saúde;
- Contrato administrativo nº082/2023;
- Lei de regulamentação do serviço social CFESS 8662/93);
- Código de ética do serviço social;
- Lei nº8.080,19 de setembro de 1990;

HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	Emissão	Responsável	Descrição da Alteração
Elaborado por Fabiani Peruzi			Data: 17/02/2023
Revisado por Equipe de assistência Social.			Data: 20/02/2023
Aprovado por Diretora das Relações Institucionais da Saúde			Data: 01/03/2023

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	PROTOCOLO DE TRANSPORTE	SERVIÇO SOCIAL	**Código** PRT-03
			Data de Emissão 09/02/2023
Título:			**Revisão nº1**
Agendamento de Transporte Sanitário Eletivo-TSE (ambulância e rodoviário).			**Data Revisão**

FINALIDADE

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Considerando o Art. 15º e o Art.18º do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Capítulo III – do planejamento da saúde, em que os entes federados devem compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e determina, no âmbito estadual, qual planejamento deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Considerando a Portaria Nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define o Transporte Sanitário Eletivo como um dos quatro sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.

Considerando a Resolução CIT Nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.

Realizar a solicitação do transporte aos agentes responsáveis de forma segura e eficiente, sem expor os pacientes a riscos desnecessários, evitando o agravamento do estado clínico dos usuários do serviço, e assim garantir a efetivação de seus direitos assegurados nas legislações pertinentes à área da

saúde, seguindo o que está determinado no "Protocolo de Transporte Sanitário" (Documento aprovado em 04/06/2022) que visa viabilizar o atendimento de Pacientes eletivos do Sistema Único de Saúde – SUS residentes em Três Lagoas, que os pacientes no transporte eletivo de ambulância tenham critérios onde apresentem quadro de mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária que dificultem sua locomoção e ou pacientes pós cirúrgicos que se enquadram nestas características de limitações e no transporte de ônibus rodoviário que tenham como critérios pacientes agendados pela Central de Regulação do município de Três Lagoas em instituições fora do município, para realização de procedimentos médico terapêutico (pré-agendado) e ou altas hospitalares com quadro estáveis.

Os agendamentos realizados na assistência social abrangem o atendimento das seguintes situações:

- Pré-agendamento para pacientes cadastrados no serviço;
- Consultas e Avaliações médicas;
- Exames Clínicos;
- Internação Cirúrgica;
- Tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia);
- Agendamentos pela unidade de saúde ou solicitados dos hospitais da rede;
- Atendimento aos mutirões de saúde agendados pela central de regulação e ou secretaria de saúde;
- Alta hospitalar;
- Atendimento de transporte atendendo demandas judiciais.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Para que o Serviço de Transporte Sanitário possa cumprir sua missão e atender as necessidades de seus usuários, inclusive com a utilização de veículo adequado a sua condição, antes de aproveitar os benefícios deste serviço, é importante ter um amplo conhecimento das condições e regras gerais de uso: o paciente deve residir no município e ser usuário do SUS, além de possuir cadastro ativo no serviço municipal de saúde de Três Lagoas.

Pacientes beneficiados por decreto serão atendidos com transporte de ambulância apenas se tiverem mobilidade reduzida ou nula, estiverem acamados,

pós-operatórios com déficit motor temporário ou permanente; os demais casos serão atendidos por transporte regular (ônibus do município e/ou carro).

RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

A solicitação deve ser feita pelo profissional da Assistência Social da Saúde, que realizará uma avaliação com base no laudo médico do paciente, considerando o grau de mobilidade comprovado no formulário situacional emitido pelo médico.

Pacientes com agendamentos eletivos serão avaliados para determinar a necessidade de transporte rodoviário ou de ambulância, dependendo do déficit motor temporário ou permanente.

Será solicitada a apresentação do agendamento do procedimento que justifique a viagem, seja em formulário de agendamento, marcação digital ou laudo médico anexo III. O cadastro no serviço é válido por tempo indeterminado e pode assumir dois status: ativo e inativo.

Apenas pacientes com cadastro ativo podem solicitar vaga, enquanto aqueles com cadastro inativo precisarão reativá-lo junto ao Setor das unidades básicas para utilizar o serviço novamente. Se nenhuma das formas acima for apresentada, nossos colaboradores realizarão uma ligação para a unidade de saúde para confirmar o agendamento e liberar a marcação de transporte.

O cadastro aprovado garante o direito ao atendimento, desde que haja vaga disponível na data, horário e local de destino solicitado, portanto as solicitações de agendamento devem ser realizadas com antecedência da seguinte forma:

- Em casos de ônibus de 05 a 03 dias uteis de antecedência.
- Em caso de ambulância marcação mínima de 30 (trinta) dias úteis para localidade superior a 500 km;
- Em caso de ambulância marcação mínima de 10 (dez) dias úteis para localidade inferior a 500 km;
- Em caso de ambulância marcação mínima de 05 (cinco) dias úteis para localidade inferior a 200 km;
- Em casos de coincidir com feriado, sábado ou domingo, a abertura da agenda ocorrerá no primeiro dia útil posterior.

Ao agendar, alterar ou cancelar uma viagem, o paciente ou responsável deve comunicar a Assistência Social da Saúde para cancelar o transporte e disponibilizá-

lo a outros pacientes. No caso de viagens rodoviárias no ônibus, as faltas serão notificadas via mensagem no WhatsApp.

Quando necessário, o acompanhante deve ter 18 anos ou mais, gozar de boa saúde física e mental para auxiliar o paciente em seus deslocamentos. No caso de acompanhantes com mais de 65 anos, é necessário preencher um termo de compromisso e responsabilidade. Se o paciente se recusar a ter um acompanhante, deverá preencher o termo de responsabilidade.

O assistente social deve atentar-se à quantidade de três agendamentos por dia para ambulâncias, preenchendo a tabela no sistema com os dados pessoais, telefônicos e endereços do paciente e do destino.

O profissional responsável pelo agendamento deve preencher todos os campos obrigatórios do laudo médico - Anexo III, conferir carimbo, assinatura e número do CNS do médico solicitante. Em caso de falta de disponibilidade de transporte na data desejada, o paciente ou responsável deve reagendar para outra data.

FUNCIONAMENTO

O serviço de Transporte Sanitário não realiza atendimentos para:

- Transporte de urgência ou emergência sob qualquer hipótese;
- Prática de atividades educacionais, culturais, esportivas, recreativas ou turísticas;
- Transporte via ônibus e/ou ambulância da saúde para clínicas e hospitais particulares, salvos em casos de liminares judiciais e nos casos de convênios mediante disponibilidade de vagas;
- Tratamento estético;
- Perícia médica junto ao INSS e Poder Judiciário.

Para cadastrar-se, o paciente ou seu responsável deve dirigir-se ao Setor de agendamento, portando as originais e cópias dos seguintes documentos do paciente:

- RG;
- CPF;
- Cartão SUS (Cartão Nacional do SUS);

- Comprovante de residência atualizado (devendo ser informado um ponto de referência fácil de ser identificado pelo motorista no bairro);
- Formulário situacional do paciente, conforme anexo I e comprovante de agendamento.

Observação: Assim que receber a demanda de alta hospitalar, o responsável pelo agendamento elaborará uma estratégia específica junto ao Setor de Transporte para realizar a remoção do paciente até sua residência o mais rápido possível.

Para informações, solicitações de cadastro e agendamentos, visite o Setor de Cadastro e Agendamento do Serviço de Transporte Ambulatorial, localizado na Rua Manoel Rodrigues Artez, 520 - Jardim Primaveril, ao lado do HEMOSUL, de segunda à sexta-feira (exceto feriados e pontos facultativos), das 7:00 às 16:30 horas (AMBULÂNCIA) e das 7:00 às 12:30 horas (ÔNIBUS).Em caso de dúvidas, o contato pode ser feito, via telefone (67) 9 9290-8776, ou através do e-mail setor.social@treslagoas.ms.gov.br.

Para casos de altas hospitalares, verifique a comunicação recebida por e-mail para o tipo de transporte solicitado: ambulância ou ônibus.

Caso o hospital de destino não envie os dados necessários para a alta hospitalar, envie um e-mail contendo o nome e telefone do paciente e acompanhante, detalhes como setor, ala, enfermaria, leito onde o paciente se encontra e a situação do transporte (ambulância ou ônibus) para os setores: setor social; "Setor Social" <setorsocial@treslagoas.ms.gov.br>; transporte; "Transporte da Saúde" <transporte.saude@treslagoas.ms.gov.br>; e "Casa de Apoio de Campo Grande" <casaapoio@treslagoas.ms.gov.br>;

Em casos de pacientes que podem ser removidos por transporte via ônibus (posição sentada), a Casa de Apoio será comunicada para realizar o trâmite de alta hospitalar até a cidade de Três Lagoas/MS.

Para pacientes que necessitam de transporte via ambulância, como pacientes acamados, com déficit motor grave e pós-cirúrgicos imediatos de grande porte, envie a comunicação de alta hospitalar para os seguintes setores: setor social; "Setor Social" <setorsocial@treslagoas.ms.gov.br>; transporte; "Transporte da Saúde" <transporte.saude@treslagoas.ms.gov.br>;

Informe o planejamento da remoção da alta, detalhando os dados necessários para a remoção segura, como a presença de um profissional de saúde, necessidade de oxigênio, e outros requisitos específicos para garantir a segurança durante o transporte.

Solicite à Assistência Social de destino o parecer médico do quadro clínico do paciente, alta hospitalar e a solicitação de ambulância com a presença de técnico de enfermagem. A assistência social da Saúde de Três Lagoas realizará uma investigação referente à residência domiciliada do paciente, conversando com familiares e, se necessário, acionando a equipe de estratégia de saúde da família para obter as informações necessárias para deferimento da conduta.

Encaminhe o relatório para a coordenação continuar o trâmite com a Secretaria de Saúde e Setor de Transporte. Após o parecer técnico favorável, preencha a planilha de transporte com as informações relacionadas à alta hospitalar e agende a remoção eletiva do paciente na data disponível.

O serviço de Transporte Sanitário não realiza altas hospitalares em casos de transporte de urgência ou emergência sob qualquer hipótese. Pacientes que necessitam de transporte rodoviário e não se enquadram nos critérios conforme o protocolo deve ser encaminhado à coordenação para solução.

Os pacientes em regime semiaberto deverão apresentar a autorização do juiz para retirada de sua passagem e apresentar o comprovante de agendamento do procedimento em saúde, e no processo de embarque esse deverá apresentar ao fiscal toda a documentação descrita anteriormente. A estadia na Casa de Apoio é permitida apenas durante o período do procedimento em saúde, devendo retornar imediatamente após o término.

Caso não seja possível realizar o transporte no mesmo dia, a Assistência Social da Saúde comunicará via e-mail o equipamento de saúde e acompanhante do paciente, exceto em finais de semana, feriados e pontos facultativos, que são gerenciados pelo coordenador do transporte.

Durante o transporte, se o paciente se sentir mal, deve-se preferencialmente retornar ao hospital de origem ou levá-lo ao hospital mais próximo em casos de urgência ou emergência.

Conforme a Resolução nº277 de 28 de maio de 2008 (Contran), crianças até 10 anos devem ser acomodadas nos bancos traseiros, usando individualmente

cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente. Caso seja necessário o uso de cadeirinha, esta deve estar devidamente identificada com o nome da criança a ser transportada, e os responsáveis deverão apresentá-la na garagem da prefeitura no endereço: Rua Abrahão Mattar esquina com Alceu Silva.

É dever dos usuários ter conhecimento e cumprir as regras deste regulamento ao utilizar o serviço de transporte ambulatorial.

Pacientes em maca devem ter pessoas em sua residência capazes de transportá-los até a maca da ambulância e vice-versa.

Os pacientes só serão removidos se estiverem nos andares térreos quando o motorista se apresentar para o transporte.

Manter bom relacionamento com a equipe do setor de agendamento e transporte sanitário, sempre de forma educada e sem exaltação.

Durante a viagem:

- Usar e manter afivelado o cinto de segurança;
- Não colocar para fora do veículo qualquer parte do corpo;
- Falar com o motorista somente o indispensável;
- Não fumar dentro do veículo.

Portar-se de maneira adequada, sendo vedado:

- falar alto;
- pronunciar palavras de baixo calão
- permanecer sem camisa ou vestindo roupas transparentes;
- fumar;
- fazer uso de substância psicoativas e sujar o interior do veículo, inclusive com restos de alimentos.

O transporte (ônibus e ambulância) disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde tem como finalidade atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam tratamento fora de domicilio, para se consagrar as bases legais propostas pelo SUS são necessários diversos arranjos organizacionais, entre a região de saúde. Tal arranjo permite que os entes federativos (municípios, estados e Distrito Federal) se organizem de modo a efetivar o processo de descentralização de ações de serviços, de tal modo não há um pressuposto de contrato com convênios que não sejam da categoria do SUS, contudo em casos

especiais como convênios privados e ou ofertados por empresas empregadoras, cujos pacientes não conseguem arcar com o custeio do transporte fora do município, devido a situação de risco e ou vulnerabilidade social, serão ofertadas vagas restantes aos pacientes atendidos nos casos acima mencionados.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar transporte adequado para pacientes domiciliados em Três Lagoas/MS que estejam realizando tratamento fora de domicílio, assim como garantir retorno rápido e seguro para os pacientes que retornam ao município após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

Portaria SAS/MS nº55, de 24 de fevereiro de 1999;

Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019.

Regulamento dos critérios de uso dos serviços de transporte público sanitário eletivo da secretaria municipal de saúde e saneamento do município de Três Lagoas – Protocolo de Transporte Sanitário Eletivo (04/06/2022)

CONTROLE DE REVISÃO

Data de Aprovação	Revisão Nº	Item	Descrição Resumida da Alteração

ANEXOS

FRALDAS

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Fornecimento de Fraldas**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Avaliação Social para Fornecimento de Fraldas		

Código
POP – FRA - 04
Data de Emissão
08/03/2022
Revisão nº1
Data Revisão

1-Fonte de Renda Atual:

( ) Assalariado: ( ) Aposentado ( ) Autônomo

( ) Auxílio doença: R$ _____ ( ) Desempregado

1.1 -Local de trabalho:_____

1.2-Benefício: () Bolsa Família ( ) BPC ( ) Vale Renda Valor:

Outros:

1.3-Renda Familiar:

( ) D- Até 02 salários mínimos ( )C- Até 3 salários mínimos ( ) B- Até 04 salários mínimos ( )A- de 5 ou mais salários salários

Renda total: R$ Renda per capta R$ _____

2-Composição familiar:

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	RENDA

2.1-Responsável/Cuidador: _____ **Parentesco:**_____

3-Condições de Moradia:

3.1-Idoso institucionalizado: ( ) Sim ( ) Não Qual:

3.2-Habitação: ( ) própria ( ) alugada () cedida ( ) financiada **Valor do aluguel/financiamento:**

3.3-Tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) madeira Outros:_____

Nº de cômodos: Banheiro: ( ) interno ( ) externo

4- Meios de locomoção:

( ) Carro: Marca/Ano_____ ( ) Moto: Marca ( ) Outros: _____

5- Condição de Saúde:

Doenças: ( ) Sim ( ) não

Quais: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia ( ) Alergias ( ) D. respiratórias

( ) Epilepsia ( ) Doenças mentais ( ) Depressão ( ) Outras:

5.1-Pessoa com deficiência física: ( ) Sim ( )Não Qual:_____

5.2-Médico Assistente: Escolher um item.

5.3- Diagnóstico: Escolher um item.

5.4- CID: Escolher um item.

6- Referências na Saúde

Unidade de Saúde pertecente: Escolher um item.

Agente de Saúde referência: ( ) Sim ( ) não Nome do Agente de saúde: _____

Médico do Programa Saúde da Família: ( ) sim ( ) não Nome do médico _____

Atendimento SAD: ( ) Sim ( ) não

7-PARECER SOCIAL

Deferido ( ) ( ) Indeferido ( ) Inconclusivo

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Caberá a Secretaria Municipal de Saúde insumos tomando base os seguintes critérios:

-QUANTIDADE: 90 FRALDAS MENSAIS.

Renovação do Laudo a cada 06(seis) meses.

CASO DE PERDA OU ROUBO DA CARTEIRA: Avisar imediatamente o Setor do Serviço Social da Saúde.

*PARA 2ª VIA DA CARTERINHA SERÁ OBRIGATÓRIO **NOVO LAUDO.**

SETOR DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE
RUA. MANOEL RODRIGUES ARTEZ, 520, JD. PRIMAVERIL
TEL. 67 99294-6577/ 67 99281-4152

Orientações/Dicas

- Mantenha o peso ideal, evite a obesidade;

- Evitar a fricção com pano ou gaze a fim de evitar lesões de pele;

- Evitar antissépticos e produtos com álcool, pois causam ressecamento da pele.

- Fazer a higiene íntima com delicadeza, sem esfregar a pele, toda vez que a pessoa evacuar ou urinar.

- Remover completamente as fezes, principalmente em caso de diarreia;

- Utilizar protetores cutâneos, como pomadas e cremes de barreira à base de vaselina (petrolatum), óxido de zinco, dimeticona, lanolina, aloe vera, e película polimérica ou spray não irritante, observando as recomendações do fabricante.

- Manter cuidado preventivo e inspeção constante e diária da pele da região das fraldas.

SETOR DO SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE
RUA. MANOEL RODRIGUES ARTEZ, 520, JD. PRIMAVERIL
TEL. 67 99294-6577/ 67 99281-4152

TRÊS LAGOAS
DESENVOLVIMENTO PARA TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

CARTÃO CONTROLE DE RETIRADA DE FRALDAS GERIÁTRICAS

*NOME:*_____

_____

*DATA DE NASC.:*_____

*TELEFONE:*_____

Serviço Social

SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TRÊS LAGOAS/MS

CONTROLE DE RETIRADA DE FRALDA GERIÁTRICA

DATA	TAMANHO	QUANTIDADE	ASINATURA	PRÓXIMA RETIRADA:

00182

Termo de Responsabilidade – Fralda Geriátrica

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto.**portador RG nº120185 SSP/MT, CPF:** cartão do **SUS Nº**Clique ou toque aqui para inserir o texto., **declaro para os devidos fins estar recebendo a quantidade de** Escolher um item. **pcts de Fraldas mensais do tamanho** Escolher um item .

Estou ciente de que:

Este benefício é de caráter suplementar, prestado aos cidadãos e as famílias cuja necessidade é motivada por doença, sendo de competência da Política Pública de Saúde de acordo com os critérios do SUS.

- *Retirada a cada 30(trinta) dias corridos, será realiza a entregue somente com a carteirinha de controle de retirada. RENOVAR LAUDO MÉDICO a cada 06 (seis) meses;*
- *Em caso de FURTO ou roubo da carteirinha de controle, devo TRAZER um NOVO LAUDO MÉDICO e uma cópia (XÉROX) dos documentos pessoais, deverá ser entregue ao setor do Serviço Social da Saúde para reposição da carteirinha;*
- *IMPORTANTE: O uso inadequado do serviço de fornecimento de fralda genátrica sujeitará os usuários à suspensão no uso do serviço. Sendo vedada qualquer forma de comercialização.*

End: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Cel: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

_____
Nome legível do paciente ou responsável

Data do laudo:
17/01/2023

_____
ASSINATURA

Termo de Responsabilidade – Fralda Geriátrica

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto.**portador RG nº**Clique ou toque aqui para inserir o texto. **SSP/MT, CPF** Clique ou toque aqui para inserir o texto. **cartão do SUS N os devidos fins estar recebendo a quantidade de 13 pcts de Fraldas mensais do tamanho GG/EG.**

Estou ciente de que

Este benefício é de caráter suplementar, prestado aos cidadãos e as famílias cuja necessidade é motivada por doença, sendo de competência da Política Pública de Saúde de acordo com os critérios do SUS.

- *Retirada a cada 30(trinta) dias corridos, será realiza a entregue somente com a carteirinha de controle de retirada. RENOVAR LAUDO MÉDICO a cada 06 (seis) meses;*
- *Em caso de FURTO ou roubo da carteirinha de controle, devo TRAZER um NOVO LAUDO MÉDICO e uma cópia (XÉROX) dos documentos pessoais, deverá ser entregue ao setor do Serviço Social da Saúde para reposição da carteirinha;*
- *IMPORTANTE: O uso inadequado do serviço de fornecimento de fralda genátrica sujeitará os usuários à suspensão no uso do serviço. Sendo vedada qualquer forma de comercialização.*

End: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Cel: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

_____
Nome legível do paciente ou responsável

Data do laudo: 17/11/2023

_____
ASSINATURA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS
Assistência Social da Saúde

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu,_____, CPF nº _____, declaro para os devidos fins, que não estou exercendo nenhuma atividade remunerada, no presente momento. Declaro sob as penas da lei que o valor acima apresentado é verdadeiro e caso seja necessário autorizo a devida investigação para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima.

_____, _____ de _____ de 20___.

_____
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE
TRÊS LAGOAS
Assistência Social da Saúde

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu,_____ _____,
CPF nº _____, declaro que minha renda média mensal é de R$ _____, e refere-se aos ganhos obtidos com meu trabalho de _____, realizado na cidade de (local onde realiza a atividade) _____ _____.

Declaro sob as penas da lei que o valor acima apresentado é verdadeiro e caso seja necessário autorizo a devida investigação para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima.

_____, _____ de _____ de 20___.

_____
Assinatura do Declarante

ÓCULOS

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Fornecimento de Oculos**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Avaliação Social para Fornecimento de Oculos		

Código
POP – FRA - 04
Data de Emissão
08/03/2022
Revisão nº1
Data Revisão

1-Fonte de Renda Atual:

( ) Assalariado: ( ) Aposentado ( ) Autônomo

( ) Auxílio doença: R$ _____ ( ) Desempregado

1.1 -Local de trabalho:_____

1.2-Benefício: () Bolsa Família ( ) BPC ( ) Vale Renda Valor:

Outros:

1.3-Renda Familiar:

( ) D- Até 02 salários mínimos ( )C- Até 3 salários mínimos ( ) B- Até 04 salários mínimos ( )A- de 5 ou mais salários salários

Renda total: R$ Renda per capta R$ _____

2-Composição familiar:

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	RENDA

2.1-Responsável/Cuidador: _____ **Parentesco:**_____

3-Condições de Moradia:

3.1-Idoso institucionalizado: ( ) Sim ( ) Não Qual:

3.2-Habitação: ( ) própria ( ) alugada () cedida ( ) financiada **Valor do aluguel/financiamento:**

3.3-Tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) madeira Outros:_____

Nº de cômodos: Banheiro: ( ) interno ( ) externo

4- Meios de locomoção:

( ) Carro: Marca/Ano_____ ( ) Moto: Marca ( ) Outros: _____

5- Condição de Saúde:

Doenças: ( ) Sim ( ) não

Quais: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia ( ) Alergias ( ) D. respiratórias

( ) Epilepsia ( ) Doenças mentais ( ) Depressão ( ) Outras:

5.1-Pessoa com deficiência física: ( ) Sim ( )Não Qual:_____

5.2-Médico Assistente: Escolher um item.

5.3- Diagnóstico: Escolher um item.

5.4- CID: Escolher um item.

6- Referências na Saúde

Unidade de Saúde pertecente: Escolher um item.

Agente de Saúde referência: ( ) Sim ( ) não Nome do Agente de saúde: _____

Médico do Programa Saúde da Família: ( ) sim ( ) não Nome do médico _____

Atendimento SAD: ( ) Sim ( ) não

7-PARECER SOCIAL

Deferido ( ) ( ) Indeferido ( ) Inconclusivo

TRÊS LAGOAS	**ENCAMINHAMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DA SAÚDE**	**Código** ENC - 01 **Data de Emissão** 17/03/2023
Título: **AQUISIÇÃO DE LENTES CORRETIVAS E ARMAÇÕES**		**Revisão nº1** **Data Revisão**

ENCAMINHAMENTO

À

ÓTICA SANTA TERESA

PEREGO INDUSTRIA E COMÉRCIO DE LENTES LTDA.

Encaminhamos o(a) paciente:_____ portador(a) do **CPF Nº** _____ no dia ___/___/20___ a partir das 08h00 às 16h30, para entrega da receita e confecção de lentes corretivas (óculos) e armações, conforme receita médica anexada através da Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS.

Em consonância ao contrato administrativo n º 307/2023, seguem alguns apontamentos:

* Será fornecido ao usuário **uma** aquisição de lentes e armações de óculos de grau no período de 12 meses;

*O prazo de fornecimento será de 10 dias (salvo exceções comunicadas pela ótica);

* Todos os óculos devem vir em estojo plástico rígido, flanela de limpeza para óculos, e proteção interna contra riscos;

* Garantia de 12 meses por defeito de fabricação;

*Os produtos serão ofertados exatamente conforme receita médica;

* Em caso de perda do encaminhamento será iniciado um novo processo de confecção;

* **Ótica Santa Teresa, localizada à Rua Elmano Spares, nº32, Centro.**

Atenciosamente,

_____

Igor Q. Paez

Psicólogo CRP14/03595-0

Três Lagoas/MS, ___ de _____ de 20____

SETOR SOCIAL DA SAÚDE
RUA. MANOEL RODRIGUES ARTEZ, 520 - JARDIM PRIMAVERIL
Fone:67 99290 -8776

PREFEITURA MUNICIPAL DE
TRÊS LAGOAS
Assistência Social da Saúde

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu,_____, CPF nº _____, declaro para os devidos fins, que não estou exercendo nenhuma atividade remunerada, no presente momento. Declaro sob as penas da lei que o valor acima apresentado é verdadeiro e caso seja necessário autorizo a devida investigação para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima.

_____, _____ de _____ de 20___.

_____
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS
Assistência Social da Saúde

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu,_____ _____,
CPF nº _____, declaro que minha renda média mensal é de R$ _____, e refere-se aos ganhos obtidos com meu trabalho de _____, realizado na cidade de (local onde realiza a atividade) _____ _____.

Declaro sob as penas da lei que o valor acima apresentado é verdadeiro e caso seja necessário autorizo a devida investigação para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima.

_____, _____ de _____ de 20___.

_____
Assinatura do Declarante

TFD

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** Serviço Social	**Código** FOP – FOF 01
		Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo I – OFÍCIO AO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE		**Revisão nº1**
		Data Revisão

Ofício nº /2023 ***encaminhado*** *ao Núcleo Regional Saúde de Três Lagoas – MS.*

Assunto: Encaminhamento de solicitação para TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

Encaminhamos a documentação do (a) paciente para avaliação da solicitação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme Laudo e demais anexos, após devidamente analisados no âmbito desta Secretaria e informamos:

( ) O tratamento requerido não é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, por isso o paciente necessita se deslocar para outro estado.

( ) O tratamento requerido é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, porém há fila de espera para atendimento em média de _____ (tempo) no (s) serviço (s) de referência.

( ) O paciente iniciou o tratamento em outro estado e necessita acompanhamento e esse atendimento continua com oferta inexistente/ insuficiente em Mato Grosso do Sul, sendo necessária a continuidade do TFD.

( ) Outro motivo: _____

_____

_____

Três Lagoas/MS, / / .

_____

Setor de TFD/Regulação/SMS de Três Lagoas - MS

_____

Secretário (a) Municipal de Saúde

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** Serviço Social	**Código** FOP – PTFD - 02
		Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo II – FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TFD INTERESTADUAL - PTFD		**Revisão nº1**
		Data Revisão

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TFD INTERESTADUAL (PTFD)

( ) 1ª Solicitação ( ) Renovação ( ) Autorização de viagem

Município de Origem: **Núcleo Regional de Saúde:**

Data:

DADOS DO PACIENTE Nome: CPF: CNS: Data de Nascimento: Endereço: Município: CEP: Telefone (s): Nome da Mãe:	
DADOS DO ACOMPANHANTE (se houver) Nome: CPF: CNS: Data de Nascimento: Endereço: Município: CEP: Telefone (s): ***Nome da Mãe:*** Relação com o paciente:	
DADOS ADICIONAIS	
PARA USO DO ÓRGÃO DE ORIGEM (Secretaria Municipal de Saúde) **Obs.**: Não preencher quando o agendamento compete à CERAC/CERA/SES	O paciente tem encaminhamento para: **Hospital/Unidade**: **Município/UF**: **Data do atendimento no Hospital/Unidade de destino**: Carimbo e assinatura da Chefia no Órgão de Origem ou CERAC/CERA/SES
PARA USO DO SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE TFD (Gerência de TFD/SES)	1. Com base na avaliação da documentação apresentada e nos recursos financeiros disponíveis: ( ) Autorizada a solicitação de TFD ( ) Indeferida a solicitação de TFD 2. Passagem autorizada: ( ) Aérea ( ) Rodoviária Convencional ( ) Rodoviária Tipo Leito 3. Informações adicionais: Data: ___/___/___ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador

ANEXO III

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

OBS.: O Laudo deve ser legível, conforme determinam a Resolução CFM 1931/2009 e a Portaria SAS/MS 1011/2014.

UNIDADE SOLICITANTE: CNES Nº:

PACIENTE:	NOME COMPLETO			CNS
	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO ( ) F ( ) M	DOC. IDENTIDADE	CPF
	ENDEREÇO			Nº
	MUNICÍPIO		CEP	TELEFONE:
	NOME DA MÃE			

1. HISTÓRICO DETALHADO DA DOENÇA (principais sinais e sintomas clínicos, anamnese, exame físico):

2. DIAGNÓSTICO INICIAL: 3. CID-10:

4. PESO: 5. ALTURA:		6. TIPO SANGUÍNEO:	7. FATOR RH:

8. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (anexar cópias):

9. TRATAMENTOS REALIZADOS:

10. TRATAMENTO / ATENDIMENTO INDICADO FORA DO DOMICÍLIO:

11. JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO/ESTADO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE:

12. JUSTIFICAR EM CASO DE ENCAMINHAMENTO URGENTE DO PACIENTE:

TRÊS LAGOAS	TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO Serviço Social	Código FOP – TER- 04 Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo IV – FORMULÁRIO TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE		Revisão nº1 Data Revisão

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO IV

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____ , nº. _____, Bairro: - _____, **CEP** _____, município de _____, com o(s) telefone(s) para contato , solicito a concessão do benefício do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) à Gerência de TFD/SES/MS, e declaro estar ciente e de acordo com o disposto na Portaria SAS/MS nº. 55, de 24/02/1999, bem como, no Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio de Mato Grosso do Sul e normatizações subsequentes, disponíveis para consulta no endereço eletrônico. Conforme justificativa médica, no Laudo Médico Para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, designo a pessoa abaixo identificada para ser meu (minha) acompanhante, anexando a este Termo cópia de seus documentos pessoais (RG, CPF e CNS), de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 55/1999 e o Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio, que normatizam a concessão de benefícios para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação e justificativa médica:.

Designo como Acompanhante:

Nome: _____

Documento de Identidade Nº _____ expedido por _____,

CPF: _____, Cartão Nacional de Saúde Nº _____, residente à Rua/Avenida _____, Nº _____, Bairro: _____ CEP _____, no Município de _____, UF _____.

Telefone (s) p/ contato: _____

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Local e data: Três Lagoas/MS, / / .

_____

Assinatura do paciente/responsável

_____

Assinatura do acompanhante (se houver)

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**	Serviço Social
Título: Anexo V – FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO		

Código FOP – FSAJC - 05
Data de Emissão 10/08/2023
Revisão nº1
Data Revisão

RELATÓRIO DE TFD PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO
(informações mínimas necessárias)

Informamos que o (a) paciente: _____ foi atendido (a) neste estabelecimento de saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme abaixo:

O atendimento foi: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Ambos ( )
Data/período do atendimento ambulatorial: _____ Data/período da internação hospitalar: _____.
Se houve internação, o acompanhante permaneceu junto ao paciente durante esse período, no Hospital? Sim ( ) Não ( )
A(s) área(s)/especialidade(s) envolvida(s) no atendimento foram: _____
_____
_____
_____.

Município/UF e data: _____/_____, ____/____/_____.

_____
Carimbo e Assinatura do (a) Assistente Social
Telefone/E-mail

_____
Assinatura do Paciente/Responsável

OBS: Este Relatório deverá ser enviado à Gerência do TFD/MS, com a finalidade de comprovar o TFD e solicitar Ajuda de Custo.
Se necessário, entrar em contato com a Gerência de TFD/SES/MS: Telefone (67) 3378-3540, FAX (67) 3378-3568 e e-mail tfd@saude.ms.gov.br

Para uso da Gerência do TFD/MS:
Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao paciente: _____
Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao acompanhante: _____

Data: ____/____/_____ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** Serviço Social	**Código** FOP – FREC - 06
		Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo VI – FORMULÁRIO RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA		**Revisão nº1**
		Data Revisão

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

(favor preencher todas as lacunas)

Informamos que o(a) paciente _____ _____, Prontuário Nº _____, foi atendido(a) nesta Instituição para TFD. O diagnóstico do paciente é _____, CID-10 _____. O(s) procedimento(s) e/ou tratamento(s) realizado(s) foi (foram):

_____

_____

_____

Informações complementares/exames: _____

_____

_____

Estado geral atual do paciente: _____

_____

_____

Há necessidade de retorno do paciente a esta Instituição? NÃO ( )

SIM ( ) Justificar a necessidade do retorno, especificando qual tratamento deverá ter continuidade na Instituição: _____

_____

Local e data: _____, ____/____/_____.

_____

Assinatura do médico assistente
(carimbo com CNS)

ANEXO VII

Autorização para Depósito em Conta Bancária de Terceiro

Eu, _____ (nome do paciente ou responsável) autorizo a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul a depositar o valor para Ajuda de Custo referente ao Tratamento Fora de Domicílio de _____

(nome do paciente) para o (a) Sr. (a)_____ (nome da pessoa autorizada a receber o crédito), conforme os dados abaixo:

Banco: _____, Agência nº: _____ Conta bancária nº: _____,
CPF: _____, RG: _____-_____/____

Local e data: _____/MS, ____/____/_____.

_____
Assinatura do paciente/responsável

Observação: Anexar cópia do comprovante bancário, CPF e RG do beneficiário do crédito.

ANEXO VIII

Solicitação de Troca de Acompanhante

(Obs: Conforme o Capítulo 9 do Manual do TFD/MS, "não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem, exceto em caso de morte ou doença devidamente comprovadas por documento e, no máximo, em 48 (quarenta e oito) horas antes do embarque")

Eu _____ (nome do paciente/responsável), portador do RG_____, CPF_____, CNS _____solicito a troca do acompanhante _____ (nome do acompanhante inicialmente informado), pelo(a) Sr. (a) _____ _____ (nome do(a) novo(a) acompanhante), portador do RG_____, CPF_____ e CNS _____, referente ao Tratamento Fora de Domicílio de _____ que será realizado no Hospital/Unidade _____, em _____(Município/UF), no período de ____/____/_____.

Declaro que o novo acompanhante está ciente das normas vigentes para o TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul, disponíveis no endereço eletrônico.

Local e data: _____/MS, ____/____/_____.

_____
Assinatura do paciente/responsável

_____
Assinatura do novo acompanhante

*Anexar a esta solicitação:

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo paciente e novo acompanhante.
- Cópia legível do RG, CPF e CNS do novo acompanhante.

TRÊS LAGOAS	**TFD - TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**	Serviço Social

Código	FOP - FSPR - 09
Data de Emissão	10/08/2023
Revisão nº1	
Data Revisão	

Título:

Anexo IX - FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS RODOVIÁRIA

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS RODOVIÁRIAS

Eu _____ Portador(a) do CPF: _____, e meu(minha) Acompanhante _____.

Declaro que tenho Agendamento na Cidade de _____/____ no dia _____/_____/_____.

Sendo assim solicito o fornecimento das passagens rodoviárias via TFD.

COMPROMETO-ME COMPARECER NO DIA E HORA MARCADOS, ESTANDO CIENTE QUE O NÃO COMPARECIMENTO ACARRETARÁ NA PERDA DAS PASSAGENS ADQUIRIDAS E CONSEQUENTEMENTE TEREI QUE ARCAR COM A REMARCAÇÃO E CUSTO DO MEU TRANSPORTE.

TRECHO:
IDA:

_____/_____ a _____/_____

Dia: _____/_____/_____ ás _____hrs

VOLTA:

_____/_____ a _____/_____

Dia: _____/_____/_____ ás _____hrs

E-MAIL: 1 _____
E-MAIL: 2 _____

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FONE 1: ( ) _____
FONE 2: ( ) _____
OBSERVAÇÃO:

_____
_____

_____ - MS _____/_____/_____

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** Serviço Social	**Código** FOP – FSPA - 10
		Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo X – FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS AÉREO		**Revisão nº1**
		Data Revisão

SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS AÉREAS

Eu _____ Portador(a) do CPF: _____, e meu(minha) Acompanhante _____.

Declaro que tenho Agendamento na Cidade de _____/____ no dia _____/_____/_____.

Sendo assim solicito o fornecimento das passagens aérea via TFD.

COMPROMETO-ME COMPARECER NO DIA E HORA MARCADO, ESTANDO CIENTE QUE O NÃO COMPARECIMENTO ACARRETARÁ NA PERDA DAS PASSAGENS ADQUIRIDAS E CONSEQUENTEMENTE TEREI QUE ARCAR COM A REMARCAÇÃO E CUSTO DO MEU TRANSPORTE.

TRECHO:
IDA:

_____/_____ a _____/_____

Dia: _____/_____/_____ ás _____hrs

VOLTA:

_____/_____ a _____/_____

Dia: _____/_____/_____ ás _____hrs

E-MAIL: 1 _____
E-MAIL: 2 _____

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FONE 1: ( ) _____
FONE 2: ( ) _____
OBSERVAÇÃO:
_____
_____

_____ – MS _____/_____/_____

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO** Serviço Social	**Código** FOP – FAC 12
		Data de Emissão 10/08/2023
Título: Anexo XII – SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO		**Revisão nº1**
		Data Revisão

DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE PARA FORA DO DOMICÍLIO

Três Lagoas-MS, XXX de XXXX de 2023

A _____
Responsável pelos processos de Tratamento Fora do Domicílio
Núcleo Regional de Saúde
Três Lagoas – MS

Assunto: Ajuda de Custo

Venho por meio deste, informar que foi concedido transporte "Ambulância" para o paciente XXXX e sua acompanhante XXXXXX, através da Prefeitura de Três Lagoas – MS, na data de XX / XX /2023 com retorno no mesmo dia, para atendimento no _____.

Atenciosamente

XXXXXX
Assistente Social
NASPS/SMS/TL

TRÊS LAGOAS	**TFD – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**	Serviço Social
Título: Anexo XIII – PRESTAÇÃO DE CONTAS		**Código** FOP – FPC 13 / **Data de Emissão** 10/08/2023 / **Revisão nº1** / **Data Revisão**

Prestação de Contas – Passagens
Tratamento Fora do Domicílio

Três Lagoas, ___ de ___ de 20__

Ao _____
Responsável pelos processos de Tratamento Fora do Domicílio
Núcleo Regional de Saúde de Três Lagoas – MS

Assunto: Prestação de contas e atendimento para Ajuda de Custo

Venho por meio deste, encaminhar os comprovantes das passagens e de atendimento médico realizado no _____ em _____, referente atendimento médico do dia XX de XXXX de 20__ do paciente XXXXX e o acompanhante XXXXX, para concessão de ajuda de custo.

Atenciosamente

XXXXXX
Assistente Social
NASPS/SMS/TL

TRANSPORTE

DATA	PACIENTE	ACOMPANHANTE	ENDEREÇO	TELEFONE	ESCALA DO TRANSPORTE			dez/23	
					HORÁRIO DA CONSULTA	CIDADE DE DESTINO	PROFISSIONAL AGENDAMENTO	DOCUMENTAÇÃO	CATEGORIA TRANSPORTE/FORNECEDOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRES LAGOAS/MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Setor Social

AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM
EMBARQUE: ____/_____/2023
HORÁRIO: 23:30
DESTINO:SÃO JOSÉ RIO PRETO.
NOME:_____
RG: _____ POLTRONA:_____
LOCAL DA CONSULTA:_____
DATA: ___/____/2023 HORÁRIO: _____
Embarque TERMINAL-INTERMUNICIPAL
ANTIGA ESTAÇÃO. AV, ROSÁRIO-CONGRO, S/N
CENTRO.
RETORNO AS 16:00 HRS.
OBS: não será permitido o embarque sem esta AUTORIZAÇÃO.
SETOR SOCIAL (67) 99294-6577-99290-8776
CASA APOIO BARRETOS: (67) 98486-8853
OBS. Pacientes que forem permanecer na casa de apoio devem levar roupas, roupa de cama, kit de higiene pessoal.
****PROIBIDO O EMBARQUE DE ACOMPANHANTE MENOR 18 ANOS.***
Entregue por: _____ Data:__/____/2023

AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM
EMBARQUE: ____/_____/2023
HORÁRIO: 23:30
DESTINO: *BARRETOS*
NOME:_____
RG: _____ POLTRONA:_____
LOCAL DA CONSULTA:_____
DATA: ___/____/2023 HORÁRIO: _____
Embarque TERMINAL-INTERMUNICIPAL
ANTIGA ESTAÇÃO, AV. ROSÁRIO-CONGRO,S/N
CENTRO.
RETORNO AS 16:00 HRS. S.P.
OBS: não será permitido o embarque sem esta AUTORIZAÇÃO.
SETOR SOCIAL (67) 99294-6577 / (67) 99290-8776-WhatsApp
OBS. Pacientes que forem permanecer na casa de apoio devem levar roupas, roupa de cama, kit de higiene pessoal.
****PROIBIDO O EMBARQUE DE ACOMPANHANTE MENOR 18 ANOS.***
Entregue por: _____ Data:__/____/2023

AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM
EMBARQUE: ____/_____/2023
HORÁRIO: 23:30
DESTINO: CAMPO GRANDE
NOME:_____
RG: _____ POLTRONA:_____
LOCAL DA CONSULTA:_____
DATA: ___/____/2023 HORÁRIO: _____
Embarque TERMINAL - INTERMUNICIPAL
AVENIDA ROSÁRIO– CONGRO.
ANTIGA FERROVIARIARIA.
OBS: não será permitido o embarque sem esta AUTORIZAÇÃO.
(67) 99294-6577 - 99290-8776
CASA DE APOIO – CAMPO GRANDE: (67)992814152
RUA:SANTA IZILDINHA-120-JARDIM PROGRESSO
OBS. Pacientes que forem permanecer na casa de apoio devem levar roupas, roupa de cama, kit de higiene pessoal.
RETORNO AS 16:00 HRS.
****PROIBIDO O EMBARQUE DE ACOMPANHANTE MENOR ANOS.***
Entregue por: _____ Data:__/____/2023.

Rua: Manoel Rodrigues Artez, 520 – Colinos
Cel: (67) 9 9294 - 6577
E-mail: setorsocial@treslagoas.ms.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Assistência Social da Saúde

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USUÁRIOS DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Eu, _____, natural de _____, residente no endereço _____, na cidade de _____, portador do RG _____ e CPF _____.
Declaro total responsabilidade pela segurança física e bem-estar do paciente _____, RG_____ e CPF _____ por tempo integral e guarda e segurança do equipamento _____, comprometendo-me as seguintes condições:

1. O equipamento e seus acessórios são uma concessão temporário da Secretaria Municipal de Três Lagoas/MS para o paciente atendido, não sendo permitida sua comercialização, doação ou empréstimo a terceiros. A Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS se reserva no direito de usar de todas as medidas legais cabíveis junto ao familiar responsável por este Termo de Responsabilidade, em caso de dano, extravio ou perda de dos equipamentos ou seus acessórios.
2. A utilização do equipamento está exclusivamente reservada ao uso domiciliar dentro da Casa de Apoio em Campo Grande.
3. Caso o paciente necessite sair da Casa de Apoio para outras localidades, deve-se comunicar a coordenação desta de forma previa.
4. A devolução do equipamento será realizada, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas, ou quando interrompido o tratamento, por qualquer que seja o motivo; A família se compromete a viabilizar a entrada da empresa terceirizada no domicílio para entrega dos equipamentos no prazo máximo de 30 dias.

Rua: Manoel Rodrigues Artez, 520 – Jd. Primaveril
Três Lagoas - MS, 79620-230
Fone: (67) 9 9290 – 8776
(67) 9 9294 - 6577
E-mail:
setorsocial@treslagoas.ms.gov.br

5. O responsável pelo paciente em tela confirma que foi treinado e orientado pela coordenação do setor do SAD - Serviço de Atenção Domiciliar do município de Três Lagoas para a manipulação, administração e cuidados pelo uso do _____, cabendo apenas a Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas o fornecimento deste, bem como a estrutura da Casa de Apoio em Campo Grande;

6. Em caso de o paciente em tela necessitar de cuidados emergenciais no período da manhã orientamos comunicar as técnicas administrativas da Casa de apoio para contactar o serviço de urgência móvel e no caso de intercorrência noturnas contactar de imediato o mesmo serviço de urgência;

7. Possuo plena consciência da responsabilidade implicada que busca e visa a segurança do (a) paciente ora em tratamento, deste modo, me responsabilizando em acompanhá-lo até o término do tratamento e ou procedimento e retorno do mesmo a sua residência ou instituição de origem ou indicar alguém que assim possa fazê-lo.

Sem mais para o momento, firmo verdade

Três Lagoas/MS, ____ de _____de 20___

_____
Responsável

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Assistência Social da Saúde

QUESTIONÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE			ESTADO
FONE	CPF	RG	
ESTADO CIVIL		SEXO	
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL		ESTADO
IDADE			
LOCAL DE TRABALHO			

1)Você toma algum **remédio, faz algum tratamento de saúde**? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

2)Você tem alguma **deficiência física**? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

3)Você já sofreu de **tonturas, desmaios, convulsões ou vertigens**?
SIM ( ) NÃO ( )

4)Você já necessitou e/ou realiza **tratamento psiquiátrico**? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

5)Você possui **diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras**? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

6) Você possui doença de **pele ou alérgicas**? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

7) Você possui alguma **deficiência dos ossos, membros ou coluna**? (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco) Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

8) Você possui alguma doença do **aparelho digestivo** (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema) de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal? Se afirmativo, cite-as:
SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

Rua: Manoel Rodrigues Artez, 520 – Jd. Primaveril
Três Lagoas - MS, 79620-230
Fone: (67) 9 9290 – 8776
(67) 9 9294 - 6577
E-mail:
setorsocial@treslagoas.ms.gov.br

9) Você possui alguma doença do **aparelho genital ou urinário**? (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doença nas mamas – dor ou caroço) Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

10) Você possui alguma **doença do sistema nervoso ou muscular**? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame) Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

11) Você já foi submetido a **tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade**? Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

12) Você possui algum sinal ou sintoma **(dor, febre, etc.)** de origem ainda não identificada? Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

13) Você já foi submetido a tratamento com **fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou outros tratamento em períodos prolongados**? Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

14) Você possui **alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico**? (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite) Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

15) Você já foi **operado**? Se afirmativo, cite-as:

SIM ( ) NÃO ( ) . _____.

16) Você faz uso de **drogas lícitas**?

SIM ( ) NÃO ( )

17) Você já sofreu **acidente de trânsito**?

SIM ( ) NÃO ( )

LOCAL E DATA	ASSINATURA

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE QUE USUFRUAM O SERVIÇO DE TRANSPORTE DE ONIBUS, VAN E CASA DE APOIO.

Definição: O acompanhante é todo e qualquer indivíduo que de forma voluntária ou remunerada (cuidador) que permanece junto do paciente por um período consecutivo e sistemático, proporcionando companhia e suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante.

Nome completo:	
RG:	CPF:
Rua:	
Cidade:	Bairro:
Telefones de contato: Residencial: ( )	
Celular: ( )	
Em caso de emergência (indicar contato):	

Declaro que:

1. Fui informado sobre os direitos assegurados pela Lei ao paciente idoso, tendo este tendo que ter sempre um acompanhante presente durante a ida/volta em sua consulta/exames/internação das dependências das Instituição.
2. Me foi esclarecido que se trata de obrigação da família manter os cuidados básicos ao idoso, consistindo no apoio emocional, vestuário e cuidados pessoais dentre outros.
3. Fui devidamente cientificado da tamanha importância da presença de um acompanhante durante procedimento realizado, já que durante o tratamento a hospitalização traz sentimentos de medo e fragilidade e ter alguém de confiança por perto proporciona maior comodidade e segurança.
4. Deste modo, assumo plena responsabilidade e compromisso como acompanhante do (a) paciente supra identificada, durante todo o trajeto de ida/volta da cidade onde será realização dos procedimentos necessários em saúde.
5. Possuo plena consciência da responsabilidade implicada que busca e visa a segurança do (a) paciente ora em tratamento, deste modo, me responsabilizando em acompanhá-lo até o término do tratamento e ou procedimento e retorno do mesmo a sua residência ou instituição de origem ou indicar alguém que assim possa fazê-lo.

6. Forneci também todas as informações sobre o estado de saúde, doenças, medicações as quais o (a) e atérgico (a) e medicações das quais faz uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer.

8. ( ) **RECUSA LIVRE:** Optei por não fazer uso do direito de ter um acompanhante e possuo plena consciência da responsabilidade implicada nessa decisão que busca e visa a segurança, minha como paciente ora em tratamento, deste modo, me responsabilizando até o término do tratamento e ou procedimento e retorno em minha residência ou instituição de origem.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **ASSUMO** o compromisso de acompanhante. Afirmo ainda que recebi uma cópia do presente, o qual é composto por 02 (duas) páginas e (02) duas vias.

Preenchimento Obrigatório pelo Representante legal ou Acompanhante

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação):

_____, ____/_____/20____, às ____horas e ____minutos.

_____

Representante Legal ou Acompanhante

MEDICAMENTOS

TRÊS LAGOAS DESENVOLVIMENTO PARA TODOS	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Fornecimento de Medicação**	SERVIÇO SOCIAL
Título: Avaliação Social para Fornecimento de Medicação		

Código
POP – FRA - 04
Data de Emissão
08/03/2022
Revisão nº1
Data Revisão

1-Fonte de Renda Atual:

( ) Assalariado: ( ) Aposentado ( ) Autônomo

( ) Auxílio doença: R$ _____ ( ) Desempregado

1.1 -Local de trabalho:_____

1.2-Benefício: () Bolsa Família ( ) BPC ( ) Vale Renda Valor:

Outros:

1.3-Renda Familiar:

( ) D- Até 02 salários mínimos ( )C- Até 3 salários mínimos ( ) B- Até 04 salários mínimos ( )A- de 5 ou mais salários salários

Renda total: R$ Renda per capta R$ _____

2-Composição familiar:

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	RENDA

2.1-Responsável/Cuidador: _____ **Parentesco:**_____

3-Condições de Moradia:

3.1-Idoso institucionalizado: ( ) Sim ( ) Não Qual:

3.2-Habitação: ( ) própria ( ) alugada () cedida ( ) financiada **Valor do aluguel/financiamento:**

3.3-Tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) madeira Outros:_____

Nº de cômodos: Banheiro: ( ) interno ( ) externo

4- Meios de locomoção:

( ) Carro: Marca/Ano_____ ( ) Moto: Marca ( ) Outros: _____

5- Condição de Saúde:

Doenças: ( ) Sim ( ) não

Quais: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia ( ) Alergias ( ) D. respiratórias

( ) Epilepsia ( ) Doenças mentais ( ) Depressão ( ) Outras:

5.1-Pessoa com deficiência física: ( ) Sim ( )Não Qual:_____

5.2-Médico Assistente: Escolher um item.

5.3- Diagnóstico: Escolher um item.

5.4- CID: Escolher um item.

6- Referências na Saúde

Unidade de Saúde pertecente: Escolher um item.

Agente de Saúde referência: ( ) Sim ( ) não Nome do Agente de saúde: _____

Médico do Programa Saúde da Família: ( ) sim ( ) não Nome do médico _____

Atendimento SAD: ( ) Sim ( ) não

7-PARECER SOCIAL

Deferido ( ) ( ) Indeferido ( ) Inconclusivo