



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

Órgão Oficial Eletrônico do Município de 08/09/2017, Edição nº 4592, Página nº 2 a 7

PORTARIA Nº 465/2017

SÚMULA: Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde a Certidão de Indisponibilidade de Atendimento Imediato - CIAI nos atendimentos relativos ao Sistema Único de Saúde.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE NOVA SANTA ROSA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições:

Considerando, a Recomendação Administrativa nº 61/2017 do Ministério Público Estadual;

Considerando, a necessidade de comprovação de indisponibilidade de atendimentos imediatos na área da saúde, especificamente aos usuários do SUS;

Considerando, a necessidade de profissionalização dos serviços públicos, para que não sejam mais prestadas informações verbais aos usuários, no caso de não atendimento;

Considerando, a Lei da Transparência (regulamentada neste Município por Decreto);

RESOLVE

Art. 1º Instituir no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Nova Santa Rosa, a Certidão de Indisponibilidade de Atendimento Imediato – CIAI, nos moldes do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º A certidão será fornecida a pedido verbal ou por escrito, aos usuários do Sistema Único de Saúde, pelos servidores responsáveis pelo controle do agendamento e/ou atendimento nas unidades de saúde do Município de Nova Santa Rosa, mesmo que terceirizados, sempre que, independentemente do motivo, o serviço não possa ser prestado imediatamente e/ou esteja indisponível, ou ainda, nos casos em que não exista o serviço no Município por decorrência de sua complexidade.

Parágrafo único – A presente certidão será fornecida sem custo algum, no prazo de 72:00h (setenta e duas horas), e conterá, no mínimo o nome do usuário, a identificação da unidade de saúde, a data, hora e o motivo da recusa ou da indisponibilidade.



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

Art. 3º Não haverá negativa no fornecimento da certidão, sob pena de responsabilidade.

Art. 4º Encaminhe-se cópia desta Portaria e da Recomendação Administrativa nº 61/2017 às unidades de saúde deste Município.

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

**REGISTRE-SE
PUBLIQUE-SE**

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE NOVA SANTA ROSA, em 06 de Setembro de 2017.

NORBERTO PINZ
Prefeito

REPUBLICADO EM FACE DE ERRO



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

ANEXO I

CIAI - CERTIDÃO DE INDISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO

CERTIDÃO Nº _____/_____

FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL

O (A) SENHOR (A) _____, ESTEVE PRESENTE NA UNIDADE DE SAÚDE _____, NO DIA ___/___/_____, ÀS ___:___ HORAS.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, NÃO FOI ENTREGUE O SEGUINTE PRODUTO/MEDICAMENTO _____.

TAL MEDIDA SE DEU PELA SEGUINTE RAZÃO:

- () MEDICAMENTO NÃO PERTENCE A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – REMUME DO MUNICÍPIO.
- () HORÁRIO DE ENTREGA DESTE MEDICAMENTO NO MUNICÍPIO É DAS 08:00 ÀS 12:00 DE SEGUNDA À SEXTA (EXCLUSIVO PARA MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF).
- () MEDICAMENTO EM FALTA NO MUNICÍPIO.
- () PACIENTE NÃO APRESENTOU A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA RECEBIMENTO DO MEDICAMENTO.
- () OUTRO: _____

PARA TODOS OS FINS, EU, _____, PORTARIA _____, DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

Assinatura do Paciente: _____



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

CIAI - CERTIDÃO DE INDISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO

CERTIDÃO Nº _____/_____

SETOR - ODONTOLOGIA

O (A) SENHOR (A) _____, ESTEVE PRESENTE NA UNIDADE DE SAÚDE _____, NO DIA ___/___/_____, ÀS ___:___ HORAS.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, NÃO FOI REALIZADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:

- () CONSULTA
- () EXAME
- () CURATIVO
- () OUTRO: _____

TAL MEDIDA SE DEU PELO SEGUINTE MOTIVO:

- () PACIENTE DEVERIA PROCURAR OUTRA UNIDADE DE SAÚDE;
- () PACIENTE CLASSIFICADO COMO VERDE/ AZUL (BAIXA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO);
- () PACIENTE CHEGOU ATRASADO;
- () PROCEDIMENTO/ CONSULTA FOI REMARCADA PARA OUTRA DATA;
- () NO DISTRITO DE _____ O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO É REALIZADO EM OUTROS DIAS DA SEMANA: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta, NO PERÍODO () Matutino () Vespertino.
- () PROFISSIONAL ENVOLVIDO ESTAVA EM OUTRA ATIVIDADE (especificar: _____);
- () OUTRO (especificar: _____).

PARA TODOS OS FINS, EU, _____, PORTARIA _____, DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

Assinatura do Paciente: _____



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

CIAI - CERTIDÃO DE INDISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO

CERTIDÃO Nº _____/_____

SETOR - RECEPÇÃO

O (A) SENHOR (A): _____

ESTEVE PRESENTE NA UNIDADE DE SAÚDE: _____

NO DIA ____/____/____ ÀS _____ HORAS.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, NÃO FOI REALIZADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:

- () CONSULTA
- () EXAME
- () CURATIVO
- () OUTRO: _____

TAL MEDIDA SE DEU PELO SEGUINTE MOTIVO:

- () PACIENTE DEVERIA PROCURAR OUTRA UNIDADE DE SAÚDE;
- () PACIENTE CLASSIFICADO COMO VERDE/ AZUL (BAIXA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO);
- () PACIENTE CHEGOU ATRASADO;
- () PROCEDIMENTO/ CONSULTA FOI REMARCADA PARA OUTRA DATA;
- () PROFISSIONAL ENVOLVIDO ESTAVA EM OUTRA ATIVIDADE (especificar: _____);
- () OUTRO (especificar: _____).

PARA TODOS OS FINS, EU, _____, PORTARIA
_____, DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

Assinatura do Paciente: _____



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

CIAI - CERTIDÃO DE INDISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO

CERTIDÃO Nº _____/_____

SETOR – AGENDAMENTO

O (A) SENHOR (A): _____
ESTEVE PRESENTE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NO DIA
_____/_____/_____ ÀS _____ HORAS.

NA REFERIDA DATA E HORÁRIO, NÃO FOI REALIZADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:

- () AGENDAMENTO DE CONSULTA ELETIVA
- () AGENDAMENTO DE EXAME ELETIVO
- () AGENDAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA
- () OUTRO: _____

TAL MEDIDA SE DEU PELO SEGUINTE MOTIVO:

- () AGENDAMENTO É REALIZADO CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGAS (PACIENTE FOI COLOCADO NA LISTA DE ESPERA);
- () SOLICITAÇÃO ENVIADA PARA A 20ª REGIONAL DE SAÚDE, SENDO QUE O AGENDAMENTO DO PROCEDIMENTO É REALIZADO PELO REFERIDO ORGÃO.

PARA TODOS OS FINS, EU, _____, PORTARIA
_____, DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

Assinatura do Paciente: _____