



# 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 conterà, 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: \_\_\_\_\_