



DOCUMENTO ORIENTATIVO

Documento orientativo sobre fluxos e critérios do Transporte Sanitário Eletivo de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do Município de Curitiba após a revogação da instrução normativa 3 de 25 de setembro de 2015. O Transporte Sanitário Eletivo é destinado ao deslocamento programado de pessoas, residentes no município de Curitiba, para realização de procedimentos de caráter eletivo e altas hospitalares, no âmbito SUS regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada:

- I - Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, com necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento e de transporte seguro;
- II - O transporte deve ser realizado observando as necessidades e especificidades de cada usuário, sendo realizado por veículos tipo lotação conforme descrição e critérios estabelecidos nesta normativa.

A Central de Transporte Sanitário Eletivo (CTSE) é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde, subordinada ao Departamento de Urgência e Emergência - DUE, em conformidade com as diretrizes deste documento orientativo, trabalhando em conjunto com os Distritos Sanitários (DS).

Os tipos de transporte ofertados pela Central de Transporte Sanitário Eletivo e Distritos Sanitários são os seguintes:

- I - Rotineiro: tratamentos contínuos, de acordo com a linha de cuidados integrais (promoção, tratamento e recuperação), nos serviços de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise;



II - Eventual: é feito para serviços descontínuos, como consultas e exames, prestados pontualmente, e que não exige uma continuidade de acesso aos

serviços pelo paciente;

III - Altas: como alta hospitalar, de Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

O veículo a ser utilizado no transporte de pacientes serão disponibilizados conforme o grau de limitação física do paciente, podendo ser:

I - Ambulância tipo A: veículo equipado com sinalizador óptico e acústico, maca retrátil, suporte para soro e oxigênio medicinal. É destinado ao transporte de pessoas acamadas e/ou que necessitem de transporte horizontal, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos (Anexo I, II, III e IV), que não apresentem risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. (Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002), sendo avaliado pela equipe da CTSE a obrigatoriedade da presença de um acompanhante;

II - Veículo utilitário adaptado para cadeirante: utilizado no transporte em saúde de pacientes que se locomovem em cadeira de rodas temporário ou permanente (Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012), contempla o transporte sanitário de pacientes que possuem algum tipo de deficiência ou limitação física impossibilitando o uso de transporte público convencional, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos (Anexo I, II, III e IV);

III - Veículo utilitário com varios lugares: utilizado no transporte em saúde de paciente que andam, sentam e se locomovem sozinhas, porém apresentam algum tipo de limitação que a impede de ser transportada em frota de ônibus popular, como pacientes idosos, com amputação/imobilização de membros, debilitados em virtude da terapia renal substitutiva, quimioterapia, pós transplantado, entre outros, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos (Anexo I, II, III e IV).

Sobre o funcionamento do transporte eletivo:



- O transporte eletivo e/ou contínuo de usuários do SUS- Curitiba funcionará de segunda a sábado das 07h às 19h, com horário estendido para pacientes de terapia renal substitutiva, sendo de segunda a sábado das 05h às 22h, informação esta que deverá ser levada em consideração pelos prestadores quando do agendamento de procedimentos e consultas para aqueles usuários que demandarem o transporte sanitário.
- Para os demais dias da semana (domingos) agendados procedimentos e/consultas, o município não disponibilizará transporte sanitário, este ficará sob responsabilidade dos familiares e/ou cuidadores.

A Central receberá as solitações de segunda à sexta-feira das 07h às 19h horas. Sobre os critérios para utilização do transporte sanitário eletivo em Curitiba:

- Estar vinculado a um serviço do SUS;
- Ser morador no município de Curitiba, apresentar comprovante de residência ou cadastro definitivo na Unidade de Saúde (US) ou comprovante de visita domiciliar emitido pela US.
- Preencher os critérios do formulário (Anexo V) , que esta transcrito no Sistema E saude.
- Ter alteração da capacidade funcional medidos após avaliação conforme (Anexo II e III).
- Ter o Cadastro Único atualizado minimamente uma vez por ano (mesmo prazo de renovação da Isenção Tarifária). Usuários com renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos (mesmo critério da Isenção Tarifária) comprovado através de folha resumo atualizado nos últimos seis meses realizado pelo CRAS de referência. Tais critérios sociais serão aplicados somente para os usuários classificados como dependência total segundo os (Anexos II e III).

Os prestadores deverão levar em consideração, no momento da autorização, o respeito à disponibilidade de vagas e os serviços mais próximos da residência do usuário, possibilitando assim a organização em Rede e a melhor utilização do recurso públicos; Para que a solicitação do usuário seja atendida, US, prestadores, DS e a CTSE



deverão seguir os fluxos do transporte sanitário eletivo de rotina e eventual descritos abaixo:

I - Usuário ou familiar do SUS Curitiba:

- a) Solicitar o agendamento do transporte eletivo, com no mínimo 72 horas de antecedência, de segunda a sexta-feira, na US de referência;
- b) Levar documentações referentes ao transporte, podendo ser no formato físico ou digital;

II – Unidade Municipal de Saúde (US) e Centro de Atendimento Psicosocial (CAPS):

- a) Receber a demanda do usuário e encaminhar para o profissional Enfermeiro para avaliar tanto a solicitação do usuário de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos neste documento orientativo (Anexo I, II, III e IV), quanto verificar a real necessidade de remoção eletiva, qual o motivo que impede o deslocamento por meios próprios ou por isenção tarifária, conforme anexo IV;
- b) O Enfermeiro do CAPS ou US deverá preencher o formulário de Solicitação de Transporte (Anexo V), salvar em PDF e anexar no E Saude, conforme passo a passo no (Anexo VI), encaminhar para DS, o paciente que esteja nos critérios, para a fila de AVALIAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO (CTSE). A solicitação via E saúde deverá ser realizada com no mínimo 72h de antecedência do atendimento, certificar-se que todas as informações requisitadas foram preenchidas; Pedidos para usuários acamado com um período inferior a 72h, serão analisadas individualmente e somente serão aceitas se disponibilidade de horários.
- c) A equipe da US deve ler, solicitar a assinatura e arquivar na US o Termo de Compromisso do Transporte Sanitário (Anexo VII).
- d) Acompanhar o andamento da solicitação no E saúde. Desfecho (aceite ou negativa) será registrado no E saude pela CTSE.
- e) Informar o solicitante o desfecho da solicitação de transporte, caso não seja autorizado o transporte será informando o motivo. Indisponibilidade de recurso, US verificará alternativas de reagendamento, essa e demais negativas deverão ser comunicadas ao usuário ou ao responsável pela US.
- f) Manter o acompanhamento dos pacientes que utilizam o transporte sanitário eletivo.



III - Distrito Sanitário:

- a) O Distrito Sanitário receberá e validará pelo E saúde a solicitação enviada pela US ou CAPS conforme (Anexo VI) valida se a solicitação atende os critérios estabelecidos neste documento orientativo, encaminhando para o CTSE no item solicitação de transporte DUE conforme (Anexo VI) , com todas as informações descritas no Formulário e de acordo com os fluxos detalhados nos (Anexo VIII e IX), com no mínimo 72h de antecedência do atendimento, no período de segunda à sexta feira, das 07h às 19h;
- b) Acompanha o andamento da solicitação no E saúde, certifica se a US informou o desfecho do transporte para solicitante.
- c) Monitorar os pacientes que utilizam o transporte sanitário eletivo.

IV - Central de Transporte Sanitário Eletivo (CTSE):

- a) Receber a Solicitação de Transporte validada pelo DS via E saúde conforme (Anexo VI), avaliar e determinar o tipo de transporte mais adequado à situação clínica do usuário conforme os critérios estabelecidos neste documento orientativo;
- b) Caso atenda os critérios, agendar o transporte conforme a disponibilidade de vaga e horário de funcionamento da CTSE no E saúde;
- c) Entrar em contato por telefone com o usuário ou familiar na véspera do transporte para confirmar a realização do atendimento;
- d) Caso não seja autorizado o transporte, enviar pelo E saúde a negativa, informando o motivo. O profissional da US e do DS deverão acompanhar o andamento da solicitação no E saúde, e comunicar ao usuário.

V - Equipe assistencial de Transporte Sanitário Eletivo:

- a) Equipe de cada veículo receberá a solicitação de agendamento enviado pela CTSE e realizará o transporte;



- b) Os usuários classificados com dependência parcial ou independentes deverão se acompanhados por profissional de saúde poderão ter acompanhante nos casos previstos em lei;
- c) Os usuários classificados como dependência total deverão ser acompanhados por profissional de saúde e acompanhante no veículo.

Dos fluxos do transporte sanitário eletivo para pacientes de Alta Hospitalar:

I – O Enfermeiro e/ou Serviço Social dos Hospitais com internamentos vinculados ao SUS:

- a) Solicitar Alta Hospitalar via e mail do Distrito Sanitario de referência do paciente, respeitando os critérios estabelecidos neste documento orientativo, preenchendo (Anexo V) com dados pessoais, clínicos do usuário e dados do médico responsável pela alta.
- b) Complementar ou esclarecer as informações clinica do usuário, se o DS ou a CTSE necessitar;
- c) Receber resposta após análise da equipe da CTSE, pelo aceite ou negativa da realização do transporte;
- d) Caso ocorra qualquer intercorrência e o hospital não precise mais do transporte, deverá avisar a CTSE via telefone (41-3360-4970) o mais breve possível do cancelamento.

II - Distrito Sanitário

- a) O Distrito Sanitario receberá via e mail a solicitação enviada pelo Hospital, valida se a solicitação atende os critérios estabelecidos neste documento orientativo encaminhando para a CTSE via email para transportesanitariodue@sms.curitiba.pr.gov.br, com no mínimo 72h de antecedência do atendimento, no período de segunda à sexta feira, das 07h às 19h;
- b) Verificar com a US se há condições de recebimento desse paciente no domicilio antes de encaminhar a solicitação a equipe da CTSE;
- c) Solicitar a complementação ou esclarecimento das informações clinicas do usuário, ao solicitante;



- d) Acompanhar via email o desfecho encaminhado pela CTSE.

III - Central de Transporte Sanitário Eletivo:

- a) Realizar a análise da solicitação enviada pelo Distrito via email para posterior autorização do atendimento, verificar as necessidades do paciente e do domicílio para receber o paciente, conforme informação dada pelo DS;
- b) Realizar contato com o Hospital, caso seja necessário para esclarecimentos ou complementação das informações clínicas do usuário;
- c) Após análise da solicitação, avisar o Hospital por telefone e e-mail, ou aceite ou negativa da realização do transporte;
- d) Caso seja autorizado e, conforme a disponibilidade de vaga e horário de funcionamento do transporte sanitário no município de segunda à sábado de 07h às 19h, seleciona qual tipo de transporte atende a demanda solicitada, enviando o veículo de suporte básico ao local;
- e) Caso ocorra qualquer intercorrência e a solicitante não precise mais do transporte, o Hospital deverá avisar a CTSE via telefone (41-3360-4970) o mais breve possível do cancelamento.

IV - Equipe assistencial de Transporte Sanitário Eletivo:

- a) Equipe de cada veículo receberá a solicitação de agendamento enviado pela CTSE e realizará o transporte;
- b) Os usuários classificados com dependência total, parcial ou independentes deverão ser acompanhados por profissional de saúde e familiar ou responsável.

Dos fluxos do transporte sanitário eletivo para pacientes de Alta das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)

I- Enfermeiro e/ou Serviço Social das (UPAS):

- a) Solicita Alta Hospitalar respeitando os critérios estabelecidos neste Documento orientativo, preenchendo todos os campos o Formulário de Solicitação de Transporte (Anexo V), enviado via e-mail para



transportesanitariodue@sms.curitiba.pr.gov.br, de segunda a sábado das 07hrs as 19 hrs.

- b) Complementar ou esclarecer as informações clínicas do usuário caso a CTSE necessite;
- c) Caso ocorra qualquer intercorrência e a solicitante não precise mais do transporte, a UPA deverá avisar a CTSE via telefone (41-3360-4970) o mais breve possível do cancelamento.

II - Central de Transporte Sanitário Eletivo:

- a) Realizar a análise da solicitação enviada pela UPA conforme os fluxos descrito nos (Anexos VIII e IX), para posterior autorização do atendimento, verificar as necessidades do paciente e do domicílio para receber o paciente, conforme informação dada pela UPA;
- b) Realizar contato com a UPA , caso seja necessário para esclarecimentos ou complementação das informações clínicas do usuário;
- c) Após análise da solicitação, avisar a UPA por telefone e e-mail, aceite ou negativa da realização do transporte, que tem até 72 horas ser realizado.
- d) Caso seja autorizado e, conforme a disponibilidade de vaga e horário de funcionamento do transporte sanitário no município de segunda à sábado de 07h às 19h, seleciona qual tipo de transporte atende a demanda solicitada, enviando o veículo de suporte básico ao local;
- e) Caso ocorra qualquer intercorrência e a solicitante não precise mais do transporte, a UPA deverá avisar a CTSE via telefone (41-3360-4970) o mais breve possível do cancelamento.

III - Equipe assistencial de Transporte Sanitário Eletivo:

- a) Equipe de cada veículo receberá a solicitação de agendamento enviado pela CTSE e realizará o transporte;
- b) Os usuários classificados com dependência total, parcial ou independentes deverão se acompanhados por profissional de saúde e familiar ou responsável. Os



casos omissos a este documento orientativo serão tratados entre as partes, com antecedência, considerando sempre a disponibilidade de vaga no transporte sanitário eletivo.

Informação foi revogada a Instrução normativa n 3, na data 15 fevereiro 2023, passando a ser esse o documento que orienta as questões de transporte sanitario a partir do dia 16 fevereiro 2023.

ANEXOS:

Anexo I: Avaliação da Capacidade Funcional

Anexo II: Escala de Lawton

Anexo III: Índice de Katz

Anexo IV: Legislações e critérios para encaminhamentos à Isenção Tarifária

Anexo V: Formulário Solicitação de Transporte

Anexo VI: Termo de Compromisso do Transporte Sanitário

Anexo VII: Passo a passo, Solicitação Transporte E Saúde

Anexo VIII: Fluxo I – Transporte Sanitário Eletivo de Curitiba

Anexo IX: Fluxo II - Transporte Sanitário Eletivo de Curitiba

Anexo X: Ficha de encaminhamento para Transporte Sanitário Saúde/FAS

Secretaria Municipal de saúde, 17 de março de 2023.

Beatriz Battistella Nadas



ANEXO I - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

I. Para aqueles usuários que se enquadrarem nas linhas de cuidados, utilizar a Escala de Análise da Capacidade Funcional (Costa et al..2001), que avalia a capacidade do idoso e/ou da pessoa com deficiência para executar atividades que lhe permitam cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio. Avalia-se através de instrumentos que avaliam a capacidade do paciente para executar as Atividades de Vida Diária (AVD) – Índice de Katz e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) Escala de Lawton.

a. AVD - Englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio. A incapacidade de executá-las implica em alto grau de dependência

b. AIVD - Compreendem a habilidade da pessoa para administrar o ambiente onde vive.

c. Para avaliação das AVD, cita-se o uso do Índice de Katz. Este Índice foi construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa (KATZ et al., 1963).

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963;185(12):914–919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016

d. Ao se aplicar essas escalas, deve-se ter em mente que se o paciente necessita de supervisão e/ou ajuda de outra pessoa ele não é independente. No entanto, se algum instrumento como bengalas ou andadores é utilizado, mas nenhuma ajuda ou supervisão são necessárias, o paciente é independente.

e. Para a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) usamos a Escala de Lawton, onde a pontuação de máxima independência é 24 pontos e a de máxima dependência, 8. É conveniente lembrar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões



relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas. Alguns autores já sugeriram que a escala fosse reduzida a cinco itens, eliminando-se lavar a roupa", tarefas domésticas" e "preparar comida", quando aplicada para o sexo masculino (LAWTON et al., 1982).

M. Powell Lawton, PhD, Miriam Moss, MA, Mark Fulcomer, PhD, Morton H. Kleban, PhD, A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument, Journal of Gerontology, Volume 37, Issue 1, January 1982, Pages 91–99, <https://doi.org/10.1093/geronj/37.1.91>



ANEXO II – ESCALA DE LAWTON

Para a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) usamos a Escala de Lawton, onde a pontuação de máxima independência é 24 pontos e a de máxima dependência, 8. É conveniente lembrar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas (LAWTON et al., 1982).

NOME:	IDADE:	SEXO:
DIAGNÓSTICO:		
SEQUELAS:		

ESCALA DE LAWTON E BRODY

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional do Sr/Sr^a, por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se o Sr/Sr^a faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao telefone:

()³ Recebe e faz ligação sem assistência

()² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas

()¹ É incapaz de usar telefone

b) Em relação as viagens:

()³ Realiza viagem sozinho

()² Somente viaja quando tem companhia



()¹ É incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

()³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte

()² Somente faz compras quando tem companhia

()¹ É incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo de refeições:

()³ Planeja e cozinha as refeições completas

()² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda

()¹ É incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

()³ Realiza tarefas pesadas

()² Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas

()¹ É incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

()³ Faz uso de medicamentos sem assistência

()² Necessita de lembretes ou assistência

()¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio do dinheiro

()³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio



()² Necessita de assistência para o uso de cheque e contas

()¹ É incapaz de manusear dinheiro, contas

Classificação:

() Dependência total = 7 pontos (P25)

() Dependência parcial = entre 7 e 21 pontos (> P25 <P100)

() Independência = 21 pontos (P100)

Ass. Profissional de Saúde: _____ Data: __/__/__



ANEXO III – ÍNDICE DE KATZ

Para avaliação das AVD, cita-se o uso do Índice de Katz. Este Índice foi construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa(KATZ et al., 1963).

NOME:	IDADE:	SEXO:
DIAGNÓSTICO:		
SEQUELAS:		

Quadro 1- Formulário de avaliação das atividades de vida diária

Nome:		Data da avaliação: __/__/__
☐		
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheiro ou chuveiro		
☐ Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa e usualmente utilizada para banho)	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	☐ Receba assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas externas e fecho e cintos (caso use)		
☐ Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	☐ Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	☐ Receba assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou



		permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
☐ Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol a noite esvaziando por si mesmo pela manhã	☐ Receba assistência para ir no banho ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre a noite	☐ Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
☐ Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	☐ Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	☐ Não sai da cama
Continência		
☐ Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	☐ Tem "acidentes" ocasionais acidentes - perdas urinárias ou fecais	☐ Supervisão para controlar urinar e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
☐ Alimenta-se sem assistência	☐	☐ Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial



	Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	ou totalmente por sonda enteral ou parenteral
--	--	--

Fonte:KATZ et al., 1963.

- Considerar como classificação e dependência a pior classificação de dependência a pior classificação estimada pelo método.

- Coluna da Esquerda – Independente / Coluna do Meio – Dependência àrcial / Coluna da Direita – Dependência Total.

1- (um) critério assinalado na pior escala determina o diagnóstico (se houver 1 critério assinalado na DT e 5 critérios para DP o paciente é considerado como DT – se 5 critérios de I e 1 de DP, considerar diagnósticos como DP – só se considerar I se houver os 6 critérios assinalados como I).



ANEXO IV - LEGISLAÇÕES E CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS À ISENÇÃO TARIFÁRIA

DECRETO Nº 1235

Regulamenta os critérios para isenção tarifária do Transporte Coletivo Integrado e o encaminhamento para a obtenção do “Cartão Transporte - Isento” às pessoas de baixa renda, com deficiência física, intelectual, visual, auditiva e/ou patologias crônicas definidas neste decreto.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CURITIBA, CAPITAL DO ESTADO DO PARANÁ, usando de suas atribuições legais, de conformidade com a Lei Municipal n.º 8.623, de 28 de abril de 1995, e com base no Protocolo n.º 04-007288/2014 – SEDPD,

DECRETA:

Art. 1º As pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva, visual, transtornos do espectro autista, deficiência múltipla e/ou patologias crônicas, definidas neste decreto, que tenham renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos nacional, estarão isentas do pagamento de tarifa no Sistema de Transporte Coletivo Integrado de Passageiros de Curitiba, mediante apresentação do “cartão transporte - isento”, na forma do disposto neste decreto.

Parágrafo único. A isenção do pagamento da tarifa do Transporte Coletivo Integrado também poderá ser válida para um acompanhante ao menor de 12 anos ou para o beneficiário que não possa se deslocar sem acompanhante, conforme indicado no formulário de “encaminhamento para isenção tarifária” pelo técnico de saúde responsável.

Art. 2º Para fins do cadastramento previsto neste decreto entende-se por:

- I) Deficiência física: alteração completa ou parcial de uma ou mais estruturas do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, podendo apresentar-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia,



hemiparesia, ostomia definitiva, amputação ou ausência de membro – mão, antebraço, braço, pé ou perna –, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

- II) Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança;
- III) Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
- IV) Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

V) Transtornos do Espectro Autista – Síndrome clínica caracterizada por:

- a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, ou;
- b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses de atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotina de padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos;



- VI) Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências;
- VII) Patologias Crônicas:
 - a) Mucoviscidose, em tratamento continuado;
 - b) Hemofilia, em tratamento;
 - c) Esclerose múltipla, em tratamento;
 - d) Insuficiência renal crônica, em tratamento de terapia renal substitutiva de hemodiálise;
 - e) Câncer, em tratamento de quimioterapia endovenoso e/ou radioterapia;
 - f) AIDS Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV - Doença com comorbidades em tratamento em hospital-dia;
 - g) Transtornos mentais graves em atendimento continuado em serviços-dia (Hospital – Dia e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) conforme projeto terapêutico singular, sob responsabilidade, acompanhamento e monitoramento da equipe dos serviços.

Art. 3º Os processos para a concessão dos benefícios regulados no presente decreto será conduzido pela URBS – Urbanização de Curitiba S/A., mediante avaliação realizada por:

- I - Município de Curitiba - PMC, através da:
 - a) Fundação de Ação Social - FAS no que concerne a avaliação social;
 - b) Secretaria Municipal da Saúde - SMS no que concerne a avaliação de saúde;
 - c) Secretaria Municipal da Educação – SME, no que concerne a avaliação diagnóstica psicoeducacional.
- II - Instituições Especializadas que atendem às pessoas com deficiência, definidas no artigo 2º, incisos I, II, III, IV, V e VI, que tenham firmado termo de cooperação com a Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SEDPD;



III - Das Instituições e Serviços da rede SUS que atendem pessoas com deficiência, patologias crônicas ou ostomia definitiva em atendimento continuado citadas no artigo 2º, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII, conveniadas com a Secretaria Municipal da Saúde – SMS.

§1º Para efetuar termo de cooperação técnica, junto a Secretaria Municipal da Saúde - SMS e termo de cooperação junto a Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SEDPD, as Instituições ou Serviços deverão formalizar a solicitação, apresentando a documentação exigida para lavratura do termo, definindo os responsáveis técnicos pela avaliação de saúde e avaliação social.

§2º A Secretaria Municipal da Saúde - SMS a Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SEDPD, deverão manter atualizada junto a URBS, a relação das instituições e seus serviços conveniados.

§3º A SEDPD e a SMS deverão descrever no termo de cooperação, para quais patologias crônicas e deficiências a instituição está autorizada a fazer encaminhamento para a URBS.

Art. 4º Para a concessão do “cartão transporte – isento”, o solicitante comparecerá a um dos postos de atendimento da URBS, munido de documento de identificação pessoal com foto e do encaminhamento para a isenção tarifária que será fornecido:

I - pelo Município de Curitiba – PMC, através:

- a) dos Centros Municipais de Atendimentos Especializados – CMAE;
- b) das Escolas Municipais de Educação Especial;
- c) dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS;
- d) da Fundação de Ação Social - FAS
- e) do Centro de Especialidades Médicas Matriz, da Secretaria Municipal da Saúde – SMS.



II - por Instituições e Serviços Conveniados, que serão responsáveis pela declaração de saúde e avaliação social, de acordo com os critérios previstos na Lei Municipal n.º 8.623, de 28 de abril de 1995, e neste decreto;

Parágrafo único. Em qualquer caso, o cadastramento deverá ser feito em formulário padrão definido pela URBS, FAS, SEDPD, SMS e SME preenchidos todos os dados indicados, com letra legível, assinatura e carimbo dos profissionais responsáveis pela avaliação.

Art. 5º Aposentados por invalidez, comprovadamente carentes; pessoas com deficiência física, intelectual, visual, auditiva e ou patologias crônicas, definidas neste decreto; fiscais do transporte coletivo da URBS e operadores das empresas concessionárias, isentos do pagamento da tarifa no Sistema de Transporte Coletivo de Curitiba, devem obrigatoriamente identificar-se ao cobrador/motorista e fazer uso do cartão transporte isento para embarcar nos ônibus e estações tubo ou adentrar aos terminais urbanos.

Art. 6º Os órgãos do Município de Curitiba e as Instituições e Serviços conveniados poderão receber, a qualquer tempo, a fiscalização ou auditoria pela “Comissão Municipal de Isenção Tarifária” para avaliação dos procedimentos executados.

Art. 7º O “cartão transporte - isento” terá validade de 1 ano, a contar da data de sua expedição, devendo o interessado requerer a renovação de seu cadastro junto à instituição ou serviço que originou a concessão inicial, até 30 dias antes do término da validade do documento.

§1º O beneficiário deverá requerer novo encaminhamento junto ao Município de Curitiba, Instituição ou Serviço que o encaminhou e apresentar-se a um posto de atendimento da URBS – Urbanização de Curitiba S/A, para a atualização de seu cadastro e revalidação do “cartão transporte – isento”.

§2º Caso o cadastro não seja atualizado com a respectiva revalidação do “cartão transporte – isento”, este será bloqueado automaticamente.

§3º O benefício será indeferido se o requerente não atender aos critérios constantes na Lei Municipal n.º 8.623, de 28 de abril de 1995, e neste decreto.



§4º As instituições que atendem beneficiários que obtiveram a isenção do pagamento da tarifa por serem acometidos de patologia crônica, constante neste decreto, ficam obrigadas a comunicar a URBS – Urbanização de Curitiba S/A, via ofício, quando um beneficiário tiver alta, desistir do seu tratamento de saúde ou caso de óbito.

§5º O benefício concedido com direito a um acompanhante, quando comprovada a sua utilização frequente individual, terá o cartão transporte bloqueado, devendo o beneficiário iniciar novo processo de avaliação e encaminhamento.

§6º Será concedido “Cartão transporte - isento irreversível” para a pessoa que apresentar laudo de especialista que comprove a sua deficiência ou ostomia definitiva, sendo obrigatória apenas avaliação social/folha resumo emitida pela Fundação de Ação Social – FAS ou entidades conveniadas, anual para a renovação do benefício, devendo passar por reavaliação médica a cada 5 anos.

Art. 8º Para avaliação social o profissional habilitado é o Assistente Social. Para avaliação de saúde os profissionais habilitados são: Médico, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fonoaudiólogo ou Fisioterapeuta. Para a avaliação diagnóstica psicoeducacional os profissionais habilitados são o psicólogo e o pedagogo.

§1º Todos os profissionais listados neste artigo deverão estar devidamente habilitados nos respectivos conselhos profissionais para o exercício da função.

§2º As instituições e serviços conveniados que concederem o encaminhamento ao beneficiário por ela assistido, são responsáveis civil e criminalmente por seus atos.

Art. 9º Para obtenção do cartão transporte:

I - a URBS, SEDPD, SME, SMS e FAS, de comum acordo, definirão formulário de encaminhamento para credenciamento de isenção tarifária a ser utilizado pelas instituições e serviços, o qual deverá conter dados de identificação do beneficiário, avaliação social/apresentação da folha resumo, emitida pela Fundação de Ação Social – FAS, avaliação de saúde e avaliação psicoeducacional;



II – o requerente deverá dirigir-se aos postos de atendimento da URBS, munido de documento de identificação e do encaminhamento para credenciamento de isenção tarifária emitido por instituição especializada ou por serviço do Município de Curitiba designado para este fim;

III – formulário de encaminhamento emitido por instituição especializada ou por serviço do Município de Curitiba designado para este fim. Para tanto, tal formulário deverá ser padronizado, onde deve constar nome da instituição, o nome completo do usuário, R.G., data de nascimento, tipo de deficiência ou patologia crônica, conforme dispõe o artigo 2º, deste decreto, renda familiar mensal, necessidade de acompanhante, assinatura do responsável e data da emissão da declaração.

Art. 10. A emissão do “cartão transporte – isento”, da segunda via e as sanções pela utilização indevida do benefício concedido seguirão o disposto no Decreto Municipal nº 649, 16 de julho de 2014.

Art. 11. Casos especiais serão analisados pela “Comissão Municipal para Isenção Tarifária”.

§1º A Comissão Municipal para Isenção Tarifária criada pelo prefeito municipal, composta por dois ou mais representantes, de cada um dos seguintes órgãos: Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Educação, Fundação de Ação Social, Urbanização de Curitiba S/A e o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

§2º A comissão tem como atribuição acompanhar o cumprimento do presente decreto em relação ao fluxo, monitoramento dos serviços credenciados e reavaliação de casos previstos ou não neste decreto, deliberando sobre a concessão da Isenção Tarifária.

§3º Caberá ao presidente da URBS – Urbanização de Curitiba S.A., a expedição de todos os atos relativos à designação e substituição dos representantes que comporão a comissão de que trata o caput deste artigo, segundo indicação dos seus respectivos órgãos.

§4º Caberá à Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a coordenação dos trabalhos da comissão, a guarda dos requerimentos e solicitações de análise de casos



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

v.2 21/03/23

especiais, bem como as atas de reuniões e toda a documentação relacionada à Comissão Municipal para Isenção Tarifária.

Art. 12. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação,

Art. 13. Ficam revogados os Decretos Municipais n.ºs 29, de janeiro de 1996, 232, de 13 de março de 2003, 865, de 17 de maio de 2005, bem como os incisos II, III, V e VIII do artigo 26 do Decreto Municipal n.º 210, de 23 de abril de 1991.

PALÁCIO 29 DE MARÇO, 6 de dezembro de 2016.

Gustavo Bonato Fruet

Roberlayne de Oliveira Borges Roballo

Prefeito Municipal da Saúde

Secretária Municipal de Saúde

César Monte Serrat Titton

Roberto Gregorio da Silva Junior

Secretário Municipal de Saúde

Presidente da URBS – Urbanização de Curitiba S.A.

Marcia Eleandra Oleskovicz Fruet
Fundação de Ação Social

Mirella Withers ProsdocimoPresidente da
Secretária Especial dos Direitos da Pessoa com

Deficiência





ANEXO V – FORMULARIO SOLICITAÇÃO TRANSPORTE

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Urgência e Emergência	Checklists exclusivo CTSE	
		Recebido e-mail: ____/____/____	Horário: ____ Distrito: ____
		Data do transporte: ____/____/____	
		Ida: UTS ____ Volta: UTS ____	
		Inserida na agenda: ☒ sim ☐ não ()	
		Confirmação: ____/____/____ Horário: ____ Familiar: ____	
		OBS: _____	

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE	
----------------------------------	--

DATA DO PROCEDIMENTO: _____

HORA DO PROCEDIMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO:	
-----------------------	--

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Peso: ____ CPF: ____

Acompanhante: () Sim () Não

Nome: _____ Contato: _____

ORIGEM: Residência () Hospital: ()	
---	--

Endereço: _____ Bairro: _____

Sector (Alta): _____ Telefone: _____

Condição de moradia: () Apartamento () Casa

Acesso: () Rampa () Escadas () Elevador

US: _____ Profissional solicitante: _____ Função: _____

DESTINO: Hospital/Ambulatório () Residência ()	
---	--

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____

Necessidade de retorno: () Sim () Não

Profissional receptor: _____ Função: _____

MOTIVO DO TRANSPORTE:	
------------------------------	--

() Alta Hospitalar - Todos os equipamentos necessários estão na residência? (aspirador, cama hospitalar, oxigênio, etc.) () Sim () Não

() Consulta Especialidade: _____

() Exame: _____

() Procedimento: _____

() Quimioterapia () Radioterapia () Terapia Renal – HEMODIÁLISE

() Outro: _____

Elaboração Por/Data: Mar/22 Jacyrene A. Zacarias	Atualização Por / Data: Jan/23 Claudio Quadrado Jacyrene Affonso Zacarias Marta R. S. Santiago Simone N. Silveira	Aprovado Por/Data: Melissa Pereira JAN/2023	Versão: 03 Vigência: 2023 Página 1 de 2
--	--	---	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Urgência e Emergência

Checklists exclusivo CTSE

Recebido e-mail: ____/____/____ Horário: ____ Distrito: ____
Data do transporte: ____/____/____
Ida: UTS ____ Volta: UTS ____
Inserida na agenda: ____ sim () não ()
Confirmação: ____/____/____ Horário: ____ Familiar: ____
OBS: ____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Documento Orientativo da CTSE)

☒) Deambula () Deambula com auxílio () Cadeirante
☒) Acamado () Criança

#Capacidade do paciente para executar as Atividades de Vida Diária (AIDV) – Índice de ~~katz~~:

☒) Independente () Dependência parcial () Dependência total

#Capacidade do paciente para executar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIDV) – Escala de Lawton:

☒) Independente () Dependência parcial () Dependência total

DIAGNÓSTICO (S)

COVID-19: ☒) Suspeito () Confirmado () Não

SINAIS VITAIS: Glasgow:

PA: x Saturação: % FC: FR: T: Dextro:

OXIGÊNIO TERAPIA:

☒) Não () Sim: Quantos: ____ L/m Qual dispositivo: cateter nasal: () Máscara ()

VENTILAÇÃO MECÂNICA:

☒) Não () Sim Quais os parâmetros:

ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO:

☒) Não () Sim

DISPOSITIVO:

() Cânula orotraqueal () Traqueostomia

ACESSO VENOSO:

☒) Central - local: () Periférico - local:

SONDAS:

☒) Não () Sim Qual (s)?

PRECAUÇÃO DE CONTATO:

☒) Não () Sim Germe identificado:

Observações importantes a respeito do quadro clínico:

-
-

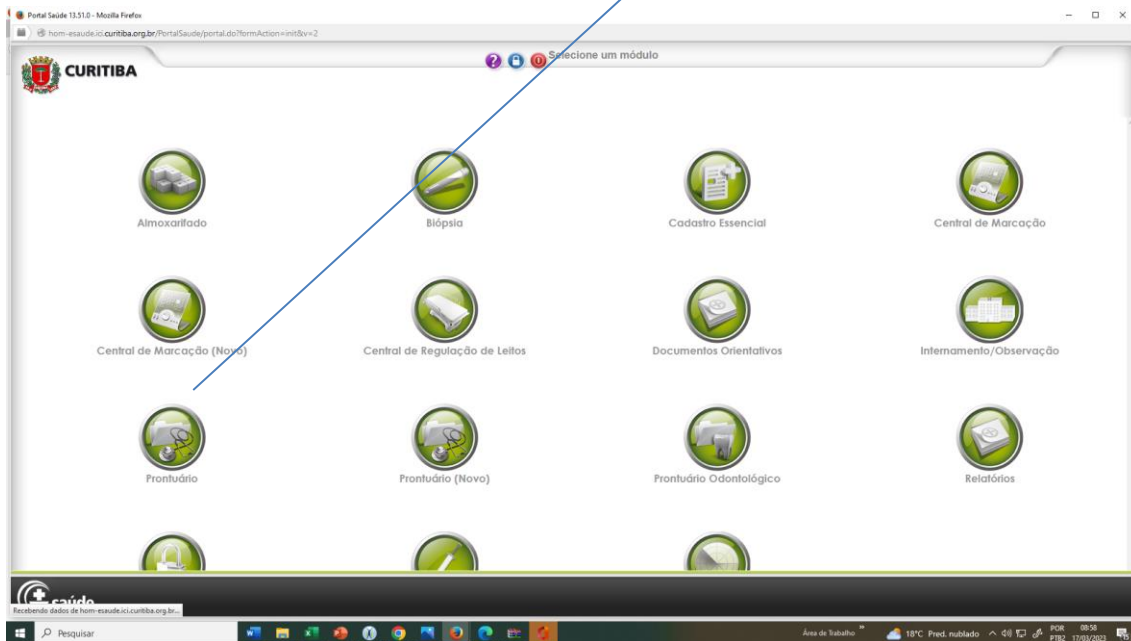
Elaboração Por/ Data: Mar/22 Jacyrene A. Zacarias	Atualização Por / Data: Jan/23 Claudio Davidson Jacyrene Affonso Zacarias Marla R. S. Santiago Simone N. Silveira	Aprovado Por/ Data: Melissa Pereira JAN/2023	Versão: 03 Vigência: 2023 Página 1 de 2
---	--	--	---



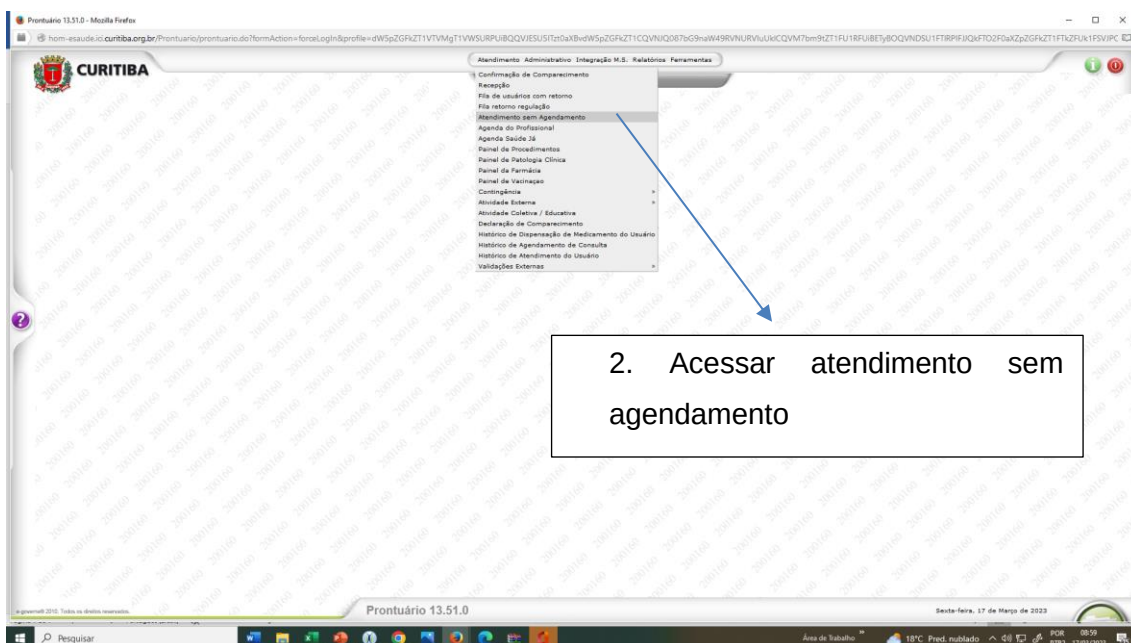
ANEXO VI – PASSO A PASSO SOLICITAÇÃO TRANSPORTE PELO E SAUDE

NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Acessar módulo
prontuário



2. Acessar atendimento sem
agendamento



v.2 21/03/23

The screenshot displays the 'Prontuário 13.51.0 - Milla Freitas' application. The top navigation bar includes links like 'Atendimento Administrativo', 'Integração M.S.', 'Relatórios', and 'Ferramentas'. The main area shows the 'Atendimento sem Agendamento' screen for patient 'FERNANDO DE ARAUJO', aged 52 years, 5 months, and 11 days. A blue arrow points from the 'Dados Vitais e Antropométricos' section to the 'Condições' table.

4. Abrir tela de atendimento

Condições				
COVID-19				
Vacina	08/04/22	01/06/22	20/12/21	
Atendimentos de Urgência em Hospital				
Internamentos Hospitalares				
Alertas / Plano de Cuidado				
Diagnósticos	18/01/23	06/06/18	23/09/10	
Encaminhamento Para Outros Serviços				
Encaminhamento Interhospitalar				
Marcador Consumo Alimentar				
Medicamentos				
Exames de Patologia Clínica				
Outros SADT	23/09/10			
Encaminhamento para outros Profissionais	16/03/23	18/01/23	23/09/10	
Encaminhamento para LUPA				
Atestado / Declaração				
Outros Documentos				
Retorno				
Notificação de Doença e Acidente de Trabalho				
Ratona Regulação	16/03/23			



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

v.2 21/03/23

5. Inserir diagnóstico

Sugiro: A62 GERAL E
INESPECÍFICO

Atendimento sem Agendamento

Informações do usuário:
Nome: FERNANDO DE ARAUJO 62 ANOS, 5 MESES E 11 DIAS Sexo: MASCULINO
Apelido/Nome Social: Tipo Cadastro: CURITIBA

Dados Vitais e Antropométricos:
R.A. (mmHg): Pulso (bpm): Temp. (°C): F.C. (bpm):
Risco de Queda: Glicemia Capilar: Saturação de O2 Glasgow:
P.R. (mmHg): R.C. (cm): Peso (Kg): Altura (m):
Cintura (cm): Quadril (cm): Massa Corporal: Estado Nutricional: Seleccione um item: [v]

Química Principal / Análises / Exame Físico:
Seleccione um item: [v]
Solicitação de transporte: [v]

Abordagem Mínima do Tabagismo:
Realizado Abordagem Mínima do Tabagismo? ☐

Procedimento Realizado

Condutas	08/06/22	01/06/22	20/12/21
COVID-19			
Vacine			
Atendimentos de Urgência em Hospital			
Internamentos Hospitalares			
Alertas / Plano de Cuidado			
Diagnósticos	18/01/23	06/06/18	23/09/10
Encaminhamento Para Outros Serviços			
Encaminhamento Intersectorial			
Marcador Consumo Alimentar			
Medicamentos			
Exames de Patologia Clínica	23/09/10		
Outros SADT			
Encaminhamento para outros Profissionais	16/03/23	18/01/23	23/09/10
Encaminhamento para UPA			
Atestado / Declaração			
Outros Documentos			
Retorno			
Notificação de Doença e Acidente de Trabalho			
Retorno Regulação	16/03/23		

Prontuário 13.51.0

Sexta-feira, 17 de Março de 2023

6. Realizar encaminhamento para outros profissionais

Atendimento sem Agendamento

Informações do usuário:
Nome: FERNANDO DE ARAUJO 62 ANOS, 5 MESES E 11 DIAS Sexo: MASCULINO
Apelido/Nome Social: Tipo Cadastro: CURITIBA

Dados Vitais e Antropométricos:
R.A. (mmHg): Pulso (bpm): Temp. (°C): F.C. (bpm):
Risco de Queda: Glicemia Capilar: Saturação de O2 Glasgow:
P.R. (mmHg): R.C. (cm): Peso (Kg): Altura (m):
Cintura (cm): Quadril (cm): Massa Corporal: Estado Nutricional: Seleccione um item: [v]

Química Principal / Análises / Exame Físico:
Seleccione um item: [v]
Solicitação de transporte: [v]

Abordagem Mínima do Tabagismo:
Realizado Abordagem Mínima do Tabagismo? ☐

Procedimento Realizado

Condutas	08/06/22	01/06/22	20/12/21
COVID-19			
Vacine			
Atendimentos de Urgência em Hospital			
Internamentos Hospitalares			
Alertas / Plano de Cuidado			
Diagnósticos	18/01/23	06/06/18	23/09/10
Encaminhamento Para Outros Serviços			
Encaminhamento Intersectorial			
Marcador Consumo Alimentar			
Medicamentos			
Exames de Patologia Clínica	23/09/10		
Outros SADT			
Encaminhamento para outros Profissionais	16/03/23	18/01/23	23/09/10
Encaminhamento para UPA			
Atestado / Declaração			
Outros Documentos			
Retorno			
Notificação de Doença e Acidente de Trabalho			
Retorno Regulação	16/03/23		

Prontuário 13.51.0

Sexta-feira, 17 de Março de 2023



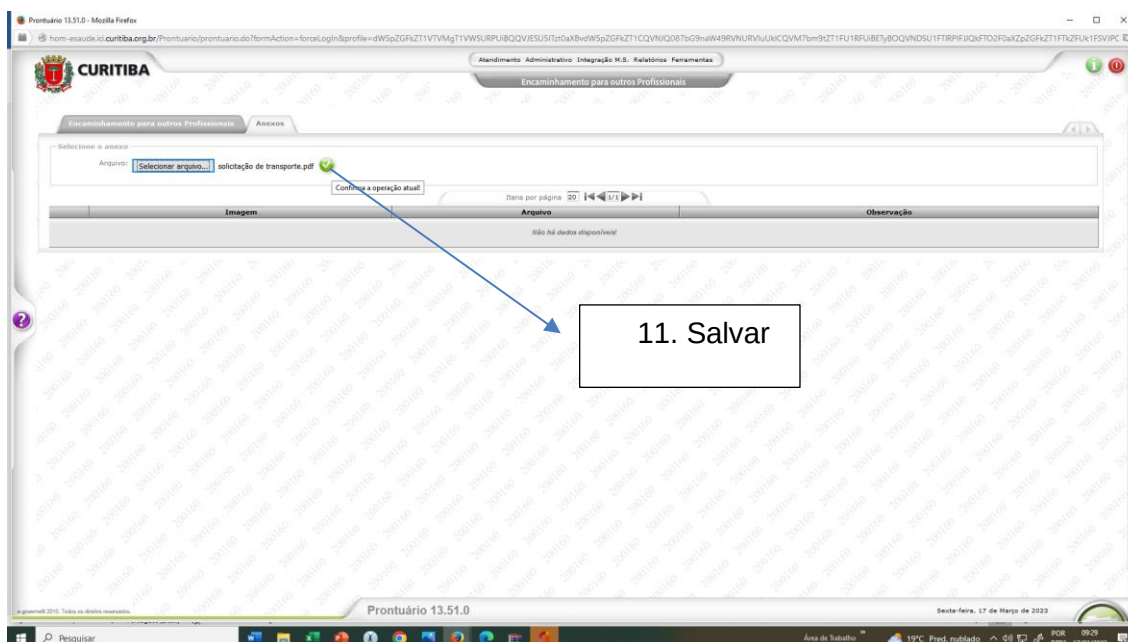
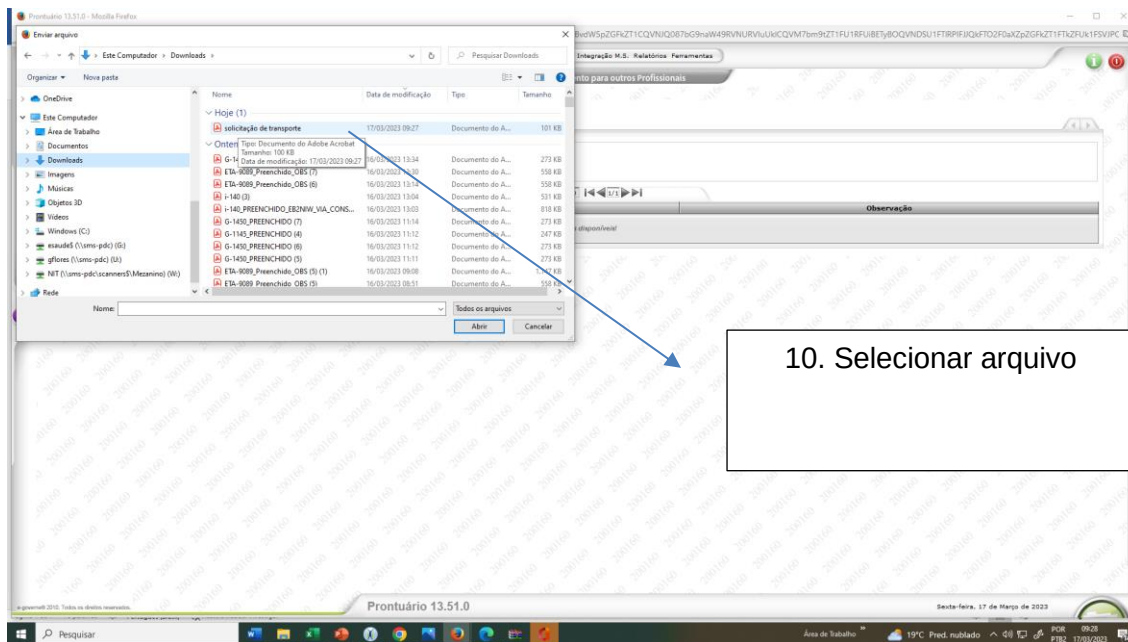
7. Realizar o encaminhamento para outros profissionais

CBO: enfermeiro

Área de atuação: Solicitação de transporte DS (DS da Unidade)

8. Selecionar a aba anexos

9. Inserir documento de solicitação em PDF conforme protocolo



v.2 21/03/23

Prontuário 13.51.0 - Moella Freitas

hom-esaduc.curitiba.org.br/Prontuario/prontuario.do?formAction=fora&log&profile=dW5pZGZrZT1VTVMgTVVWSURlbnBQVWESU1Tr0k&vdW5pZGZrZT1CQVNUQ8T6G9nW43RVNURVUwUACQVf7bm9ZTlFU1FUIBETyBQGVNDU1FTRPFjQWQ2f2QaZGZrZT1FTkZUk1FVlP

**CURITIBA**

Atendimento Administrativo Integração M.S. - Relatórios - Ferramentas

Encaminhamento para outros Profissionais

Nome: **FERNANDO DE ARAUJO** 62 ANOS, 5 MESES E 11 DIAS Sexo: **MASCULINO**

Apelido/Nome Social: Tipo Cadastro: **CURITIBA**

Profissional Solicitante: **42797 ESTER DO NASCIMENTO RIBAS**

Detalhes da Encaminhamento

CSO

Código: 223505 Descrição: ENFERMEIRO

Área de Atuação: SOLICITAÇÃO TRANSPORTE DE MATRIZ ☐

CHES: ☐

Seleção um item: ☐

Profissional: ☐

Seleção um item: ☐

Motivo do Encaminhamento:

Solitação de transporte

Terapêutica já utilizada: solitação de transporte

Exame Complementar já realizado: solitação de transporte

12. Salvar encaminhamen

Prontuário 13.51.0

Selecione, 17 de Março de 2023

12. Salvar encaminhamen

13. Confirmar o encaminhamento para a



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

v.2 21/03/23

Procedimento	Data	Status
Marcar Consumo Alimentar		
Medicamentos		
Exames de Patologia Clínica	23/09/10	
Outros SADT		
Encaminhamento para outros Profissionais	16/03/23	18/03/23
Encaminhamento para UPA		
Atestado / Declaração		
Outros Documentos		
Retorno		
Notificação de Doença e Acidente de Trabalho		
Retorno Regulação	16/03/23	

Procedimento Realizado

Procedimento	Status
0802029901	PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

14. Encerrar o registro como PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

NO DISTRITO

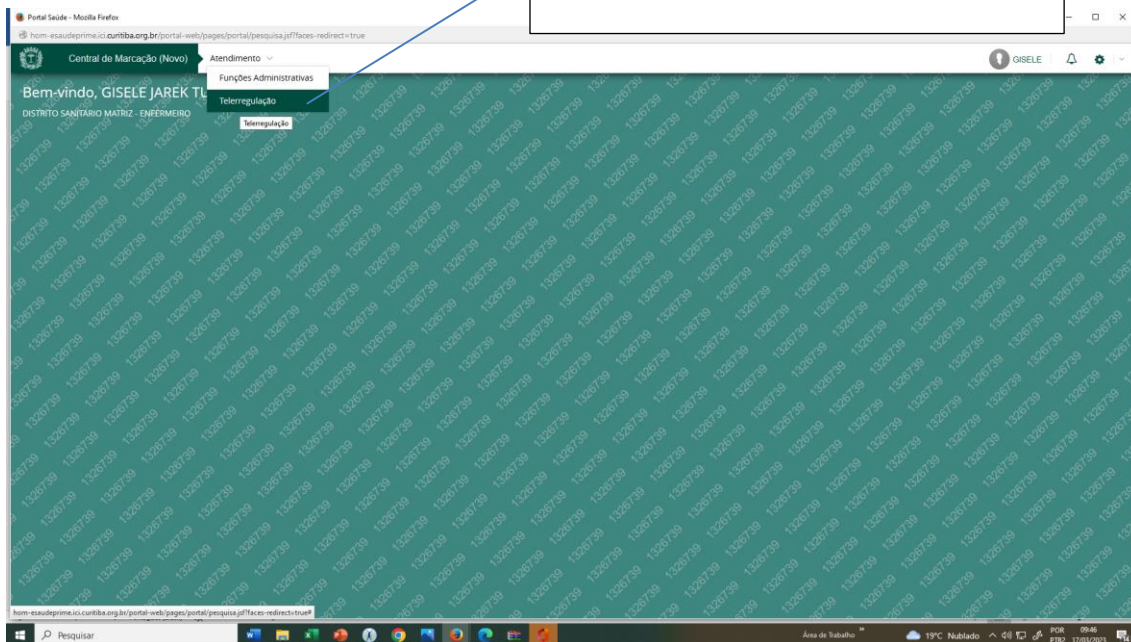
Cadastro Essencial

Central de Marcação (Novo)

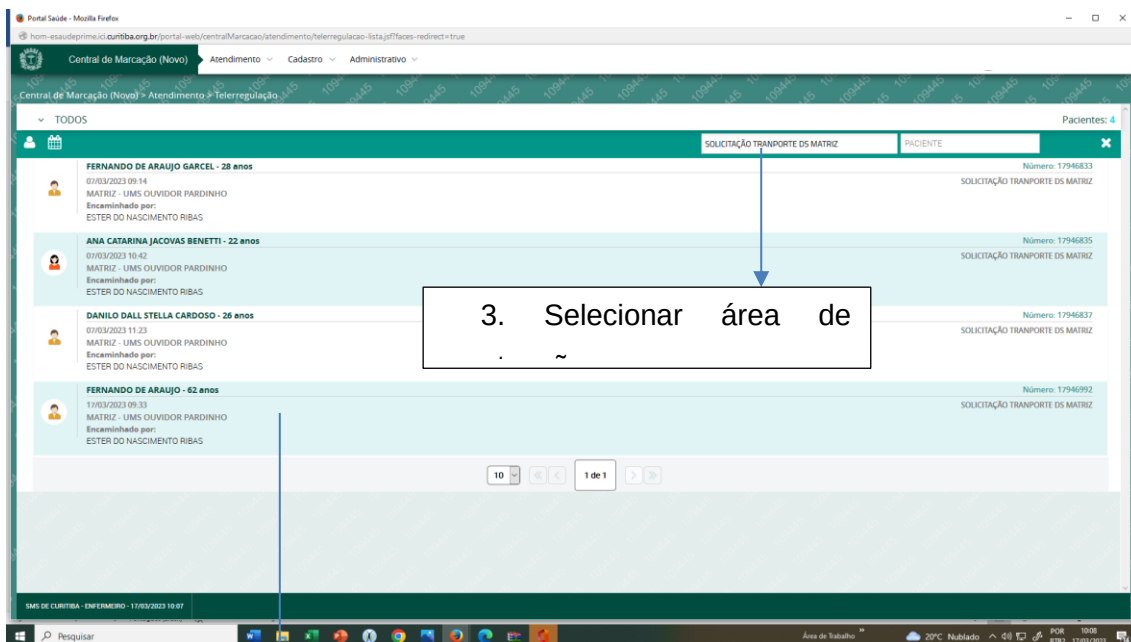
1. Acessar o módulo central de marcação novo



2. Acessar a funcionalidade telerregulação



3. Selecionar área de



4. Selecionar paciente



5. Verificar solicitação

6. Verificar preenchimento do PDF

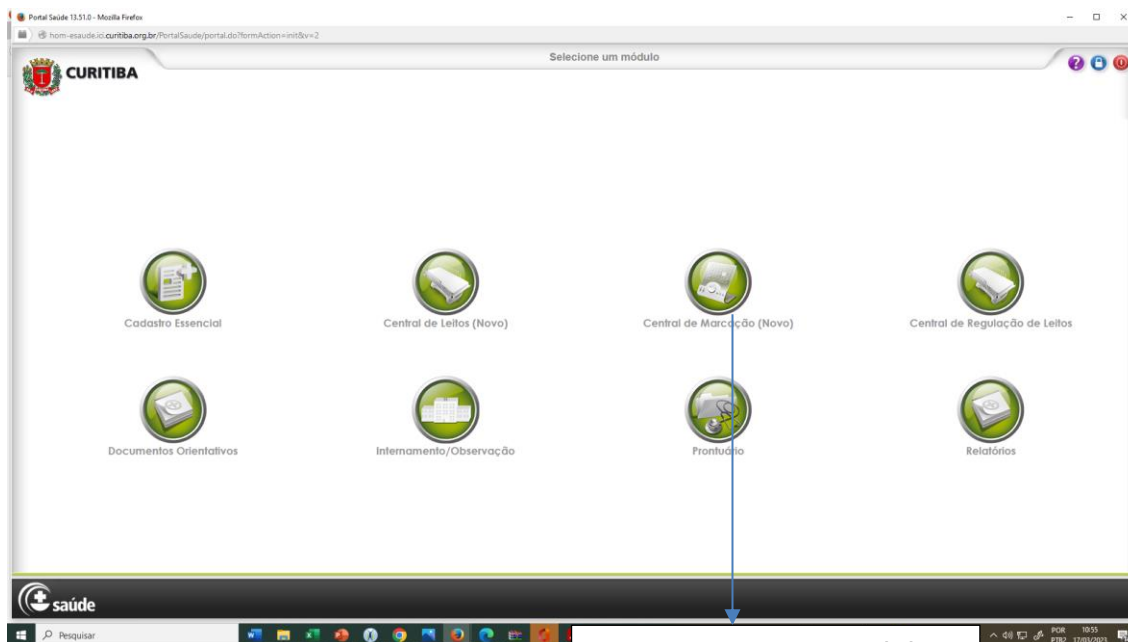


7. Descrever a solicitação

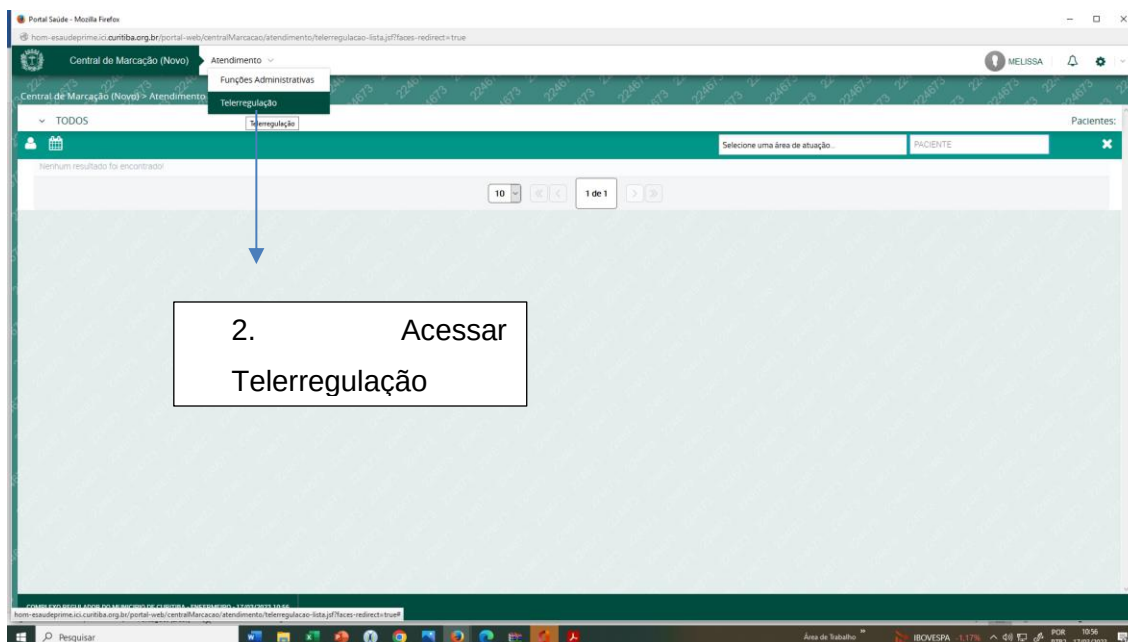
8. Realizar encaminhamento para o especialista

9. Encaminhar para a solicitação de transporte DUE

NO COMPLEXO



1. Acessar central de
marcação Novo



2. Acessar
Telerregulação



3. Selecionar paciente

4. Salvar



ANEXO VII: TERMO DE COMPROMISSO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

Eu, _____, CPF: _____, visando o bom atendimento e o andamento do Transporte Sanitário Eletivo, declaro estar ciente e cumprir as seguintes orientações:

- 1- Fornecer informações verdadeiras, mantendo o endereço e telefone atualizados junto a sua Unidade Municipal de Saúde (UMS), para facilitar o contato quando necessário;
- 2 - Comprometer a estar pronto no local combinado pelo menos cinco minutos antes do veículo chegar, para que o início do horário do transporte seja cumprido;
- 3- Estar ciente de que o transporte sanitário está autorizado a aguardar até cinco minutos e, se ocorrer atraso superior, não será feito o transporte. Exceto em situações eventuais no retomo do serviço de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia;
- 4- Fui informado de que o paciente será deixado única e exclusivamente no local onde será realizada a hemodiálise /radioterapia e quimioterapia. E que não serão feitas, em hipótese alguma, paradas para pegar medicamentos entrega ou realização de exames, ou em qualquer outro lugar que não seja o destino usual;
- 6- Comunicar a CTSE, pelo telefone 41-3360-4970 o mais breve possível, no caso de não utilização do serviço (por internamento, exame, consulta, ir embora antecipadamente com familiar ou de qualquer outra intercorrência), para as devidas organizações;
- 7- Ter uma pessoa disponível no domicílio para me receber no horário de retorno da clínica que no caso sera: _____ telefone: _____;
- 8- Estou ciente que quando estiver com dificuldade de locomoção, obrigatoriamente um único acompanhante, deverá vir junto, auxiliando para entrada/saida do veículo;
- 9- Ter ciência de que este é um transporte coletivo e não individual;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

v.2 21/03/23

10- O trajeto realizado pelo transporte não poderá sofrer alteração para beneficiar nenhum paciente, tendo em vista que já é pré-determinado para que possamos atender a todos da melhor maneira;

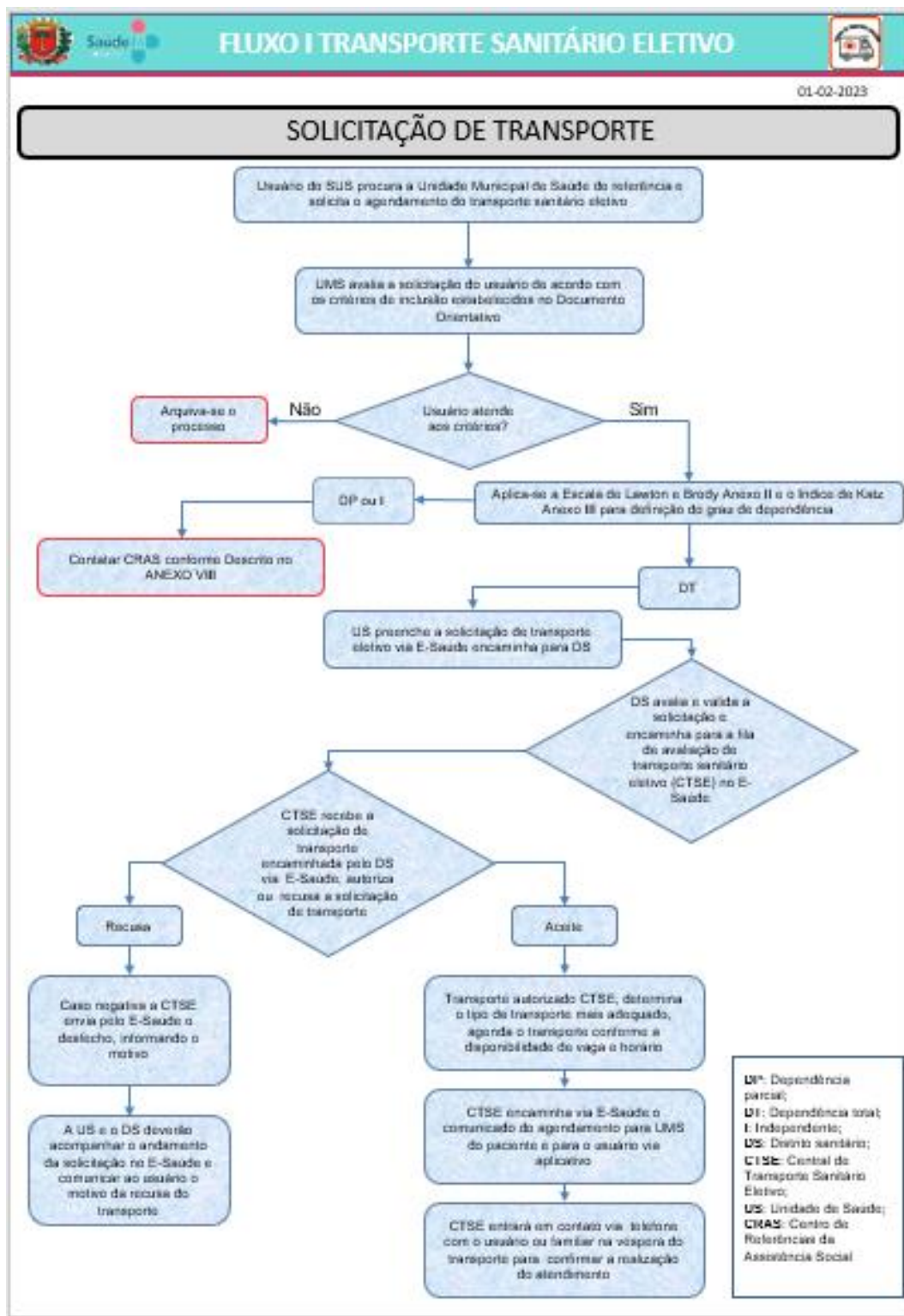
11- Informar a UMS em caso de mudança de dia/horário do tratamento, para que entre em contato com o Distrito Sanitário para verificar junto a CTSE a possibilidade de novo agendamento do transporte;

Declaro estar ciente dos critérios presentes na Instrução Normativa nº ____ de e das orientações do transporte sanitário eletivo, para a melhor prestação deste serviço.

CURITIBA, ____/____/____ ASSINATURA: _____

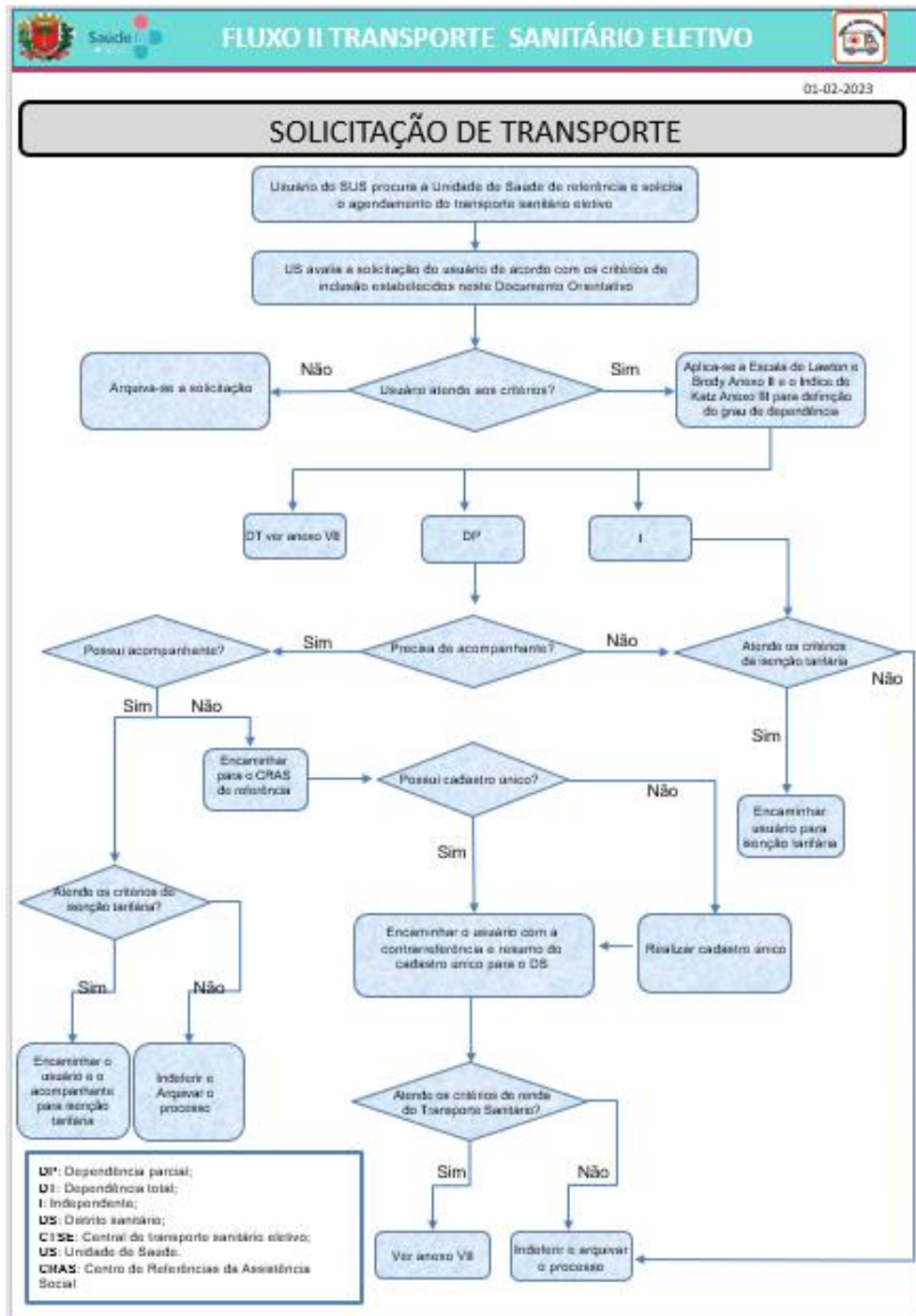


ANEXO VIII – FLUXO I TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO DE CURITIBA





ANEXO IX: FLUXO II - TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO DE CURITIBA





ANEXO X : FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO
SAÚDE /FAS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

UNIDADE E SAÚDE: DISTRITO:

NOME COMPLETO DO USUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

RUA: Nº

COMPLEMENTO: CIDADE: BAIRRO:

CEP: TELEFONE:

TIPO DE DOCUMENTO: Nº DOCUMENTO: UF:

CPF: DN: ____/____/____ SEXO:

PROFISSIONAL QUE PREENCHE ESTA FICHA:

USO EXCLUSIVO DA SAÚDE

A fim de que o Distrito Sanitário emita parecer de inclusão ou não do usuário _____ no serviço de Transporte Sanitário Eletivo do município de Curitiba conforme a Instrução Normativa nº ____ de ____/____/____ com demanda clínica de _____ classificado como dependência parcial está sendo encaminhado para este serviço da FAS -Fundação de Ação Social de Curitiba para realização de Cadastro Único e impressão de folha resumo, a qual referência pelo próprio usuário. Por este motivo, pedimo a devida priorização na realização de tal cadastro por este serviço da FAS.



USO EXCLUSIVO DA FAS

Conforme previsto na Instrução Normativa nº _____ de ____/____/____ segue anexo folha resumo do Cadastro Único solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde, não cabendo a Fundação de Ação Social de Curitiba emitir parecer sobre o acesso ao serviço previsto na Instrução Normativa citada.

Observações:

Curitiba, _____ de _____ de _____.

CRAS: _____ Profissional: _____