



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO SUL

Av. Ipiranga, 72 - Centro - Fone/fax: (46) 3548-2000 - CEP 85708-000 - CNPJ 01.612.443/0001-04  
www.bomjesusdosul.pr.gov.br | E-mail: gabinete@bomjesusdosul.pr.gov.br

---

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

## TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO

2025



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO SUL

Av. Ipiranga, 72 - Centro - Fone/fax: (46) 3548-2000 - CEP 85708-000 - CNPJ 01.612.443/0001-04  
www.bomjesusdosul.pr.gov.br | E-mail: gabinete@bomjesusdosul.pr.gov.br

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

**BOM JESUS DO SUL - 2025**

**Prefeito Municipal,**

Hélio José Surdi

**Vice Prefeito Municipal**

Orasil Cezar Bueno da Silva

**Secretária Municipal de Saúde**

Clarice Dill Pretto

**Responsável pelo tratamento de Tratamento fora do Domicílio**

Vanda Aparecida Chaves de Almeida Tavares

**TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO  
2025**



ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO SUL

Av. Ipiranga, 72 - Centro - Fone/fax: (46) 3548-2000 - CEP 85708-000 - CNPJ 01.612.443/0001-04  
www.bomjesusdosul.pr.gov.br | E-mail: gabinete@bomjesusdosul.pr.gov.br

## Sumário

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

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO****POP  
02****DATA DA REVISÃO  
18/11/2024****2024**

Protocolo de agendamento e priorização de consultas e exames especializados

**Executante:** Toda Equipe**Área:** Assistência à saúde**Objetivo:** Estabelecer fluxo de agendamento e priorização de consultas e exames especializados.**1ª ETAPA DO PROCEDIMENTO**

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

**2ª ETAPA PROCEDIMENTO**

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

**OBSERVAÇÕES**

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



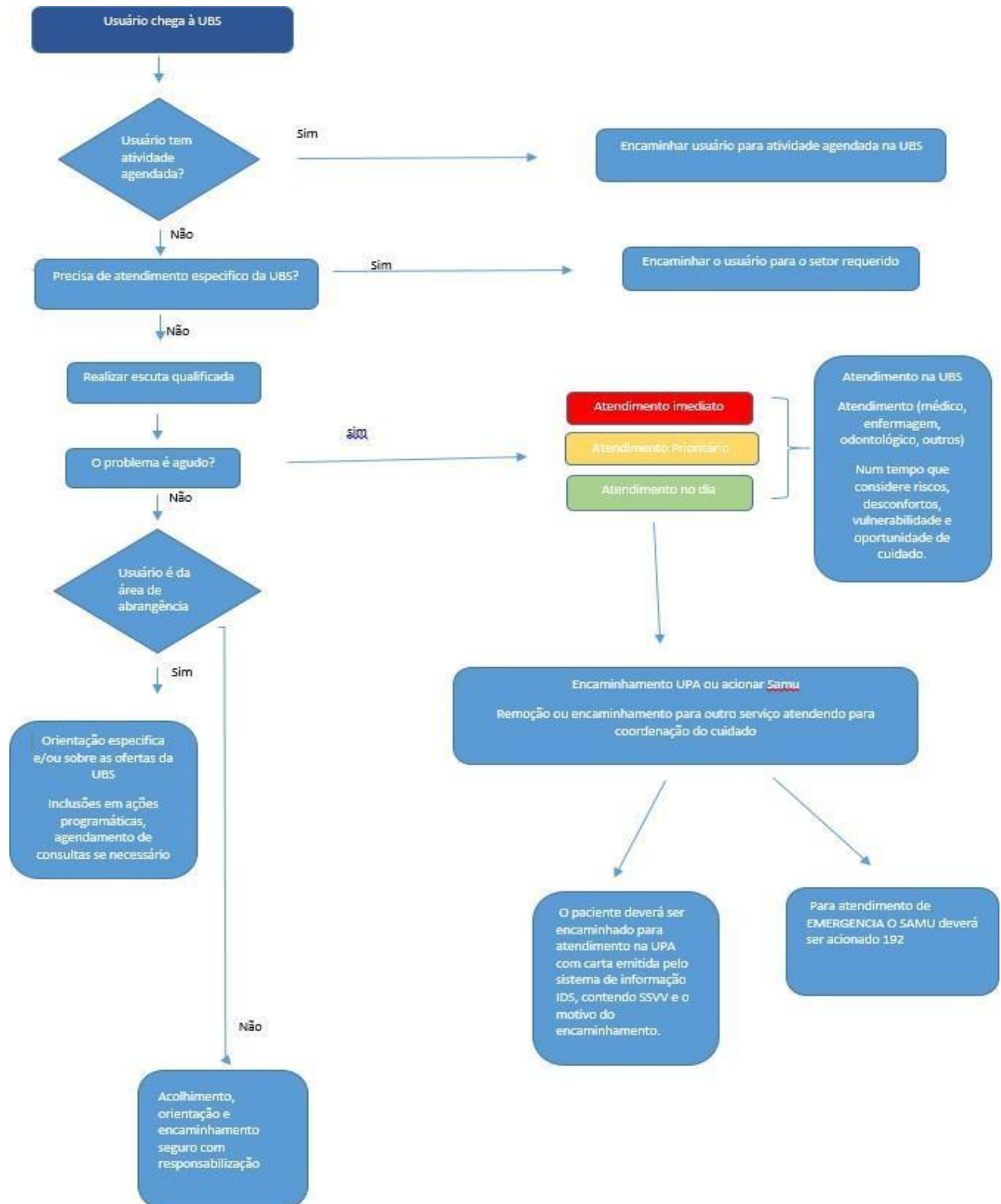
ESTADO DO PARANÁ

# MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO SUL

Av. Ipiranga, 72 - Centro - Fone/fax: (46) 3548-2000 - CEP 85708-000 - CNPJ 01.612.443/0001-04  
www.bomjesusdosul.pr.gov.br | E-mail: gabinete@bomjesusdosul.pr.gov.br

## Anexo II - Fluxo de atendimento APS

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:



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

## CHEKLIST



**BOM JESUS DO SUL** *Caminho, verdade e vida.*