

Sistema de Regulação

Sisreg

 DATASUS

Manual do Operador Solicitante SISREG III

(Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos)

**Brasília
Setembro/2008**

José Gomes Temporão

Ministro de Estado da Saúde

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Secretária Executiva

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Secretária de Atenção a Saúde

Claudio Lucio Brasil da Cunha

Coordenador do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

Ernani Bento Bandarra

Diretor de Departamento de Informação e Informática do SUS

Equipes de Construção

Ministério da Saúde

ÁREA TÉCNICA:

Dr. Claudio Lucio Brasil da Cunha

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

- TÉCNICOS

Donizetti José de Almeida Júnior

João Marcelo Barreto Silva

Maria das Graças Lopes dos Santos Junqueira

Maria de Lourdes de Sousa Ornelas

Miriam Vieira

ÁREA DE DESENVOLVIMENTO:

Francisco José Marques

CAIVS - Coordenação de Atenção Individual e Vigilância à Saúde.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

- ANALISTAS DE SISTEMA:

Daniel Rodrigues dos Passos Luck

Diego Gottselig

Gustavo Chaves de Carvalho Meireles

Juliano Ferreira Hallac

Manoel Ramos de Oliveira Neto

Marcio de Oliveira Miranda Lopes

Raquel Soares Marra Molina

Renata Trein Neira

Renato Gonçalves Lopes Junior

Ronaldo Victor de Oliveira

Tiago Ventura Costa

Sumario

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 01 – Introdução | |
| O que é o SISREG..... | Página 07 |
| Capítulo 02 – O Operador Solicitante | |
| 2.1 - Quem pode ser Operador Solicitante | |
| do Sistema de Regulação..... | Página 08 |
| 2.2 - Quais as funções do Operador Solicitante | |
| do Sistema de Regulação..... | Página 08 |
| Capítulo 03 – Requisitos Mínimos | |
| Requisitos mínimos para o acesso ao | |
| Sistema de Nacional de Regulação:..... | Página 09 |
| Capítulo 04 – Acessando o Sistema. | |
| 4.1 - Como acessar o | |
| Sistema de Regulação: | Página 10 |
| Capítulo 05 – A Tela do Operador Solicitante. | |
| 5.1 - Após o acesso ao SISREG | |
| o Operador Solicitante verá a seguinte tela:..... | Página 11 |
| Capítulo 06 – Solicitar. | |
| D - Solicitar:..... | Página 12 |
| D1 – Iniciando Solicitação de procedimento | |
| via Cartão Nacional de Saúde. | Página 13 |
| D2 – Ao clicar em (OK) teremos a seguinte tela: | Página 14 |
| D3 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS:..... | Página 15 |
| D4 – Formulário de Autorização de Procedimento: | Página 17 |
| D5 – Iniciando Solicitação de procedimento | |
| sem Cartão Nacional de Saúde. | Página 19 |
| D6 – Ao clicar em (OK) teremos a seguinte tela: | Página 20 |
| D7 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS: | Página 21 |
| D8 – Formulário de Autorização de Procedimento:..... | Página 23 |
| D9 – Solicitando um Retorno. | Página 25 |
| D10 – Solicitando um Procedimento | |
| Regulado ou para Fila de Espera. | Página 26 |
| D11 – Após o preenchimento dos campos obrigatórios | |
| teremos a seguinte tela:..... | Página 27 |
| D12 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS:..... | Página 28 |
| D13 – Formulário Motivo da Solicitação: | Página 30 |
| D14 – Formulário Solicitação de Procedimento Ambulatorial: | Página 32 |
| Capítulo 07 – Consultas. | |
| E -Consultas | |
| E1 – Consulta Unidades. | Página 34 |
| E2 – Consulta Horários..... | Página 35 |
| E3 – Consulta Cotas. | Página 36 |
| E4 – Consulta Autorização AMB..... | Página 37 |
| E5 – Consulta Unidade Referenciada..... | Página 39 |
| Capítulo 08 – Impressão. | |
| F - Impressão | |
| F1 - Impressão Solicitações..... | Página 40 |
| F2 – Impressão CNS..... | Página 42 |
| Capítulo 09 – Sair | Página 43 |

Capítulo 10 – Falhas freqüentes dos Usuários:

| | |
|--|-----------|
| 10.1 – Estou sem energia elétrica: | Página 44 |
| 10.2 – Meu Equipamento não liga ou não funciona corretamente: | Página 44 |
| 10.3 – Não consigo acessar a Internet: | Página 44 |
| 10.4 - Usuário não consegue logar | Página 44 |
| 10.5 – Não consigo agendar procedimentos | Página 44 |
| 10.6 – Não encontro o procedimento que quero agendar | Página 44 |

01 – Introdução

O que é o SISREG

SISREG – Sistema de Regulação. Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Este manual tem por objetivo orientar o **Operador Solicitante** de Consultas e Procedimentos SUS, a fim de que ele se integre às novas tecnologias e possa tornar-se parceiro ativo de sua clientela e de seus gestores.

02 – O Operador Solicitante

2.1 - Quem pode ser o Operador Solicitante do Sistema de Regulação?

Todo e qualquer funcionário do município, subordinado ao Dep. de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, com dinamismo, conhecimentos básicos de informática e saúde, bem como, um bom relacionamento com o público.

2.2 - Quais as funções do Operador Solicitante do SISTEMA DE REGULAÇÃO?

- ✓ Primar pela humanização de suas ações;
- ✓ Ser bom ouvinte;
- ✓ Lembrar que mesmo nos momentos mais extremos, o Paciente (Usuário SUS) é quem tem a razão;
- ✓ Ser cortês;
- ✓ Zelar pelo bom funcionamento de seu equipamento e local de trabalho;
- ✓ Estar sempre atento às alterações no sistema;
- ✓ Estar atento ao procedimento ou exame a ser marcado, para evitar transtornos ao usuário;
- ✓ Em caso de dúvidas, recorrer ao gerente do sistema ou superior hierárquico mais próximo;
- ✓ Ser ético e tratar das informações de trabalho apenas dentro do trabalho;
- ✓ Realizar as marcações de procedimentos apenas dentro das normas impostas pelo Sistema Único de Saúde.

03 – Requisitos Mínimos

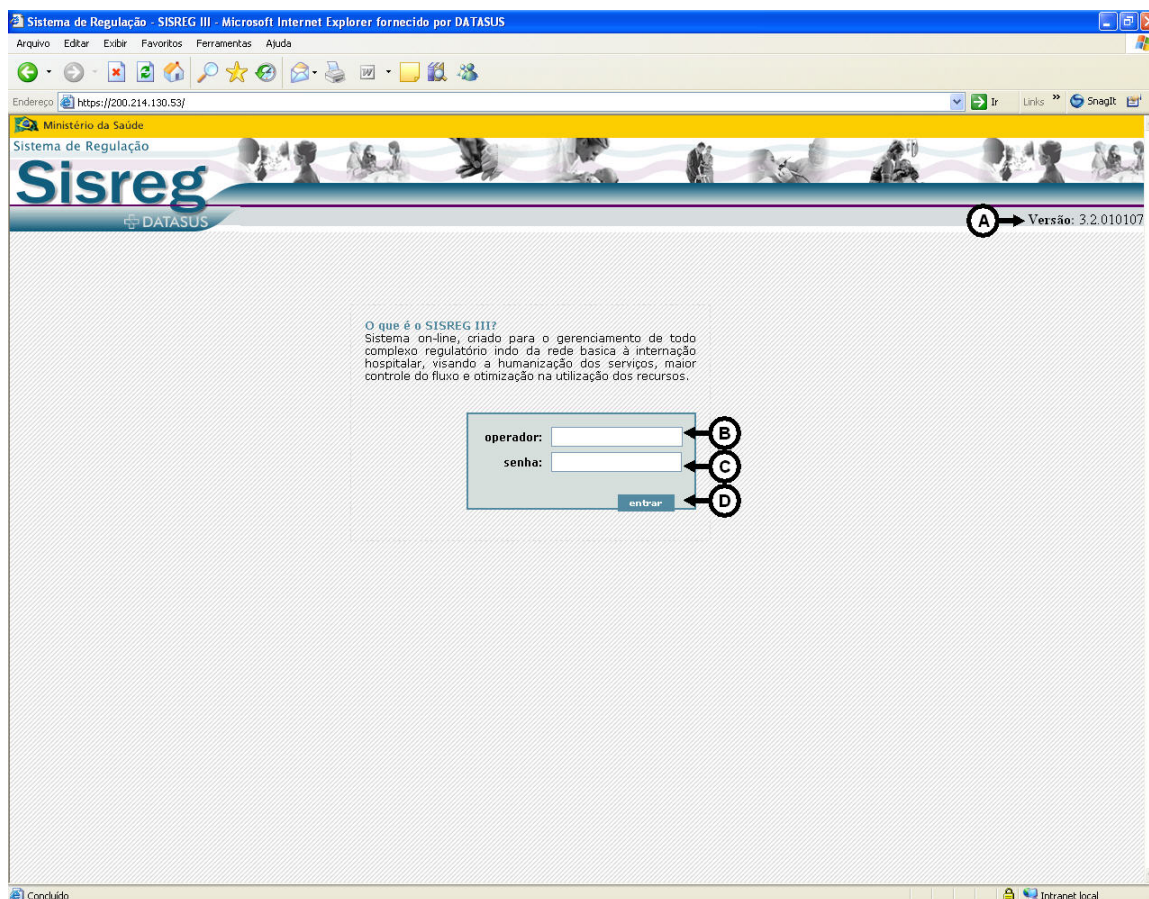
Requisitos mínimos para o acesso ao Sistema de Nacional de Regulação:

- ✓ Computador com processador acima de Pentium III com 500 Mhz e 128 Megas de Memória RAM;
- ✓ Sistema Operacional com navegador Internet Explorer ou similar;
- ✓ Possuir acesso a Internet discada ou banda larga;
- ✓ Estar devidamente cadastrado no sistema;
- ✓ Ter participado do treinamento;
- ✓ Ser responsável pelo LOGIN e SENHA de acesso.

04 – Acessando o Sistema.

4.1 - Como acessar o Sistema de Regulação:

- Abra o programa de navegação na Internet;
- Acesse o site: www.saude.gov.br/sisregIII



Conhecendo a tela inicial:

- A-** Identificação da Versão do Sistema em uso;
- B-** Campo para inserção da identificação do Operador;
- C-** Campo para a digitação da Senha de acesso;
- D-** Botão para a confirmação dos dados de acesso.

05 – A Tela do Operador Solicitante.

5.1 - Após o acesso ao SISREG o Operador Solicitante verá a seguinte tela:



- A) Identificação do Operador**
- B) Identificação do Perfil**
- C) Identificação da Unidade de Saúde**
- D) Solicitar**
- E) Consultas**
- F) Impressão**
- G) Sair**

a) Identificação do Operador:

Apresentação do login de identificação do operador ativo.

b) Identificação do Perfil:

Apresentação do Perfil de Acesso referente ao login ativo.

c) Identificação da Unidade de Saúde:

Apresentação dos dados da Unidade de Saúde onde se encontra alocado o operador.

d) Solicitar:

Acesso para a realização de solicitações e agendamentos de Consultas e Procedimentos.

e) Consultas

Área para a verificação das ações realizadas pelos Operadores Solicitantes.

f) Impressão

Permite a impressão e/ou reimpressão de documentos como Solicitações e Autorizações Ambulatórias.

g) Sair:

Desfaz a conexão do sistema.

6 – Solicitar.

Acesso para realizar solicitações e agendamentos de Consultas e Procedimentos.

D - Solicitar:

solicitar

Forneça o CNS com 15 dígitos, o CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE
 OU
 Forneça o NOME, NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO, CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE.

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Cartão Nacional de Saúde | |
| Nome | |
| Nome da Mãe | |
| Data de Nascimento | |
| CID | |
| Escolha o Procedimento | ACIDENTE POR QUEDA |
| Profissional Solicitante | ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES |
| Retorno | <input type="checkbox"/> |
| OK | |

Descrição da tela:

1. Mensagem informativa de qual o conjunto de campos será utilizado durante a solicitação ou agendamento de procedimentos;
2. **Cartão Nacional de Saúde** – Campo para a digitação do número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS a ter seu procedimento solicitado ou agendado;
3. **Nome** – Campo para a digitação do nome do Usuário SUS a ter seu procedimento solicitado ou agendado;
4. **Nome da Mãe** – Campo para a digitação do nome da mãe do Usuário SUS a ter seu procedimento solicitado ou agendado;
5. **Data de Nascimento** – Campo para a digitação da data de nascimento do Usuário SUS a ter seu procedimento solicitado ou agendado;
6. **CID** – Campo para a digitação do Código Internacional de Doenças referente à patologia inicial do Usuário SUS a ter seu procedimento solicitado ou agendado;
7. **Escolha do Procedimento** – Campo para a seleção do procedimento a ser solicitado ou agendado;
8. **Profissional Solicitante** - Campo para a seleção do procedimento a ser solicitado ou agendado;
9. **Retorno** – Campo para a distinção entre uma solicitação de 1ª Vez e uma solicitação de retorno;
10. **OK** – Botão para a confirmação dos dados inseridos ou selecionados.

Todos os campos são obrigatórios de acordo com a forma de acesso a solicitação de procedimentos:

D1 – Iniciando Solicitação de procedimento via Cartão Nacional de Saúde.

Campos Obrigatórios – (2, 6, 7, 8 e 10)

2) Entre com o Número do CNS do Usuário SUS com 15 dígitos. Caso a numeração inserida possua padrão diferente da solicitada o processo não será concluído.

6) Entre com o Código CID – Classificação Internacional de Doenças. Caso o CID inserido esteja fora dos padrões o processo não será concluído.

7) Selecione a Consulta, Procedimento ou Grupo de Procedimento desejado.

8) Selecione o nome do profissional de saúde que solicitou a realização do procedimento. Todos os profissionais listados estarão vinculados a unidade solicitante com login ativo.

10) Clique em “OK” para passar a próxima tela

D2 – Ao clicar em (OK) teremos a seguinte tela:

The screenshot shows a web interface for confirming user data. It includes a title bar, a patient information section, a selection for 'Nenhum deles', a procedure selection section, a list of units, a list of professionals and vacancies, and a bottom navigation bar with 'VOLTAR' and 'CADASTRO' buttons.

CONFIRAR OS DADOS DO USUÁRIO

1. ☐ Paciente: CRISTIANE SOARES DA ROCHA / Mãe: DORVINA DAS GRAÇAS ROCHA
Cidade: ANAPOLIS-GO / Nascimento: 13/07/1975 / CNS: 898001088862677

2. ☐ Nenhum deles

3. **CONSULTA EM CARDIOLOGIA**
CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS

PSF REZENDE

5. ☐ 25.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 28.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 30.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 01.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 04.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 06.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas
☐ 08.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas

HOSPITAL MATERNIDADE DE EUNAPOLIS

4. [Link]

6. **VOLTAR** **CADASTRO** 7.

Descrição da tela:

1. Campo para a seleção dos dados do Usuário SUS conforme resposta da pesquisa CNS;
2. Campo para a seleção, caso nem um dos dados de Usuário SUS apresentados seja coerentes a documentação em mãos;
3. Campo para a visualização do procedimento a ser solicitado ou agendado;
4. Link para seleção Unidades de Saúde que possuem oferta configurada;
5. Campo para a seleção das: Datas, Horários, Nomes dos Profissionais Executantes e Vagas da Oferta configurada;
6. **Voltar** – Botão para retornar, caso exista alguma informação a ser retificada;
7. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e acesso ao cadastro do Usuário SUS.

D3 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS:

Sisreg - Sistema de Regulação DATASUS

Confira os dados e clique em marcar

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Procedimento Solicitado: CONSULTA EM CARDIOLOGIA 1
 Unidade Executante: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS 2
 Profissional Executante: ANDERSON ALVES DUTRA 3
 Data/Horário de Atendimento: 29.05.2007 - 13:00:00 4

DADOS DO PACIENTE:

Nome do Paciente: marialva 5
 Raça: Branca 6
 Filiação: 7
 Pai: 8
 Mãe: maria 9
 Data de Nascimento: 01/01/1983 10
 Sexo: Feminino 11
 UF de Nascimento: AC 12
 Naturalidade: ACRELANDIA 13

DADOS RESIDENCIAIS:

Logradouro: AVENIDA CONTORNO 14
 Complemento: 15
 Bairro: 16
 UF: AC 17
 Endereço: 18
 Número: 19
 CEP: 20
 Cidade: ACRELANDIA 21
 Telefone Residencial ou para Recado: 22
 Unidade de Referência: 23

OBSERVAÇÕES:

Motivo de Cadastramento: TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO 24

Voltar
MARCAR
25

Descrição da Tela:

Dados da Solicitação:

1. **Procedimento Solicitado** – Identificação do procedimento a ser agendado;
2. **Unidade Executante** – Identificação da Unidade de Saúde que realizará o procedimento solicitado;
3. **Profissional Executante** – Identificação do profissional responsável pelo procedimento na unidade de saúde;
4. **Data/Horário do Atendimento** – Data e horário em que o profissional responsável estará realizando o procedimento solicitado;

Dados do Paciente:

5. **Nome do Paciente** – nome do Usuário SUS que está solicitando o procedimento;
6. **Raça** – Identificação da raça do Usuário SUS;
7. **Pai** – Campo para registro do nome do pai do Usuário SUS;
8. **Mãe** – Campo para registro do nome da mãe do Usuário SUS;
9. **Data de Nascimento** – Campo para o registro da data de nascimento do Usuário SUS;

- 10. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
- 11. **UF de Nascimento** – Campo para o registro da Unidade Federativa (Estado) de nascimento do Usuário SUS;
- 12. **Naturalidade** – Campo para o registro do município de nascimento do Usuário SUS;

Dados Residenciais:

- 13. **Logradouro** – campo para a seleção do tipo de logradouro residencial do Usuário SUS;
- 14. **Endereço** – Campo para a digitação do nome da rua de residência do Usuário SUS;
- 15. **Complemento** – Campo para a digitação do complemento de endereço do Usuário SUS;
- 16. **Número** – Campo para a digitação do numero da residência do Usuário SUS;
- 17. **Bairro** – Campo para a digitação do bairro de residência do Usuário SUS;
- 18. **CEP** – Campo para a digitação do código de endereçamento postal do Usuário SUS;
- 19. **UF** – Campo para a seleção da Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
- 20. **Cidade** – Campo para a seleção da cidade (Município) de residência do Usuário SUS;
- 21. **Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a digitação dos números de contato do Usuário SUS;
- 22. **Unidade de Referência** – Campo para que seja selecionada a unidade de referência do Usuário SUS (Unidade a qual o Usuário SUS faz parte da cobertura dos programas de PSF ou ACS);

Observações

- 23. **Motivo do Cadastramento** – Campo para a seleção do motivo de cadastramento do Usuário SUS no CNS;
- 24. **Voltar** – Botão para retornar a tela anterior;
- 25. **Marcar** – Botão para a confirmação dos dados cadastrado e passar para a próxima tela.

D4 – Formulário de Autorização de Procedimento:

Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nº Chave: 00000008016

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01 CNES: 25565533 Operador: DATASUS-SOL

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS CNES: 0000001

Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: ----- MUNICÍPIO: EUNAPOLIS

Profissional Executante: RENATO PORTO DOS SANTOS Data e Horário Atendimento: SEX-01.06.2007-14:30:00H

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: CRISTIANE SOARES DA ROCHA CNES: 898001088862677

Nome do Responsável: DORVINA DAS GRAÇAS ROCHA UF: GO

Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: RUA RUA 23 - S/N - Q90 LT16 - JK

MUNICÍPIO: ANAPOLIS

CEP: 75000 Telefone: 33140830 Data Nascimento: 13.07.1975 Sexo: ☒ M ☐ F

Unidade de Referência: CAPS - VIDATIVA

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 90140796568 Nome Médico Solicitante: ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS CID: R68

Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM DERMATOLOGIA Código: 070121

Imprimir Nova Solicitação

Descrição da Tela:

- Nº Chave** – Número Chave para a confirmação dos procedimentos executados;

Unidade Solicitante:

- Nome** – Identificação da Unidade de Saúde Solicitante;
- CNES** – Código na Unidade Solicitante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Operador** – Identificação do operador que cadastrou a solicitação no sistema;

Unidade Executante:

- Nome** - Identificação da Unidade de Saúde Executante para o procedimento solicitado;
- CNES** - Código na Unidade de Saúde Executante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Identificação da localização da Unidade de Saúde Executante;

8. **Município** – Identificação do município de localização da Unidade de Saúde Executante;
9. **Profissional Executante** – Nome do Profissional que executará o procedimento solicitado;
10. **Data e Horário do Atendimento** – Data e horário em que o Usuário SUS deverá comparecer a Unidade de Saúde Executante para realização do procedimento;

Dados do Paciente:

11. **Nome do Paciente** – Identificação do Usuário SUS a ser atendido;
12. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS (Paciente);
13. **Nome do Responsável** – Nome do Responsável pela chegada do paciente a unidade de saúde;
14. **UF** – Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
15. **Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Tipo do Logradouro, Nome do Logradouro, Número da Residência, Complemento do Logradouro e Nome do Bairro de Residência do Usuário SUS;
16. **Município** – Cidade de Residência do Usuário SUS;
17. **CEP** – Código de Endereçamento Postal Residencial do Usuário SUS;
18. **Telefone** – Número de telefone para contato com o Usuário SUS;
19. **Data de Nascimento** – Data de nascimento do Usuário SUS;
20. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
21. **Unidade de Referência** – Identificação da unidade de referência do Usuário SUS (Unidade a qual o Usuário SUS faz parte da cobertura dos programas de PSF ou ACS);

Dados da Solicitação:

22. **CPF do Médico Solicitante** – CPF do Profissional de Saúde (Médico) responsável pela solicitação do procedimento;
23. **Nome do Médico Solicitante** – Nome do Profissional de Saúde (Médico) responsável pela solicitação do procedimento;
24. **Diagnóstico Inicial** – Descrição do Código Internacional de Doenças que justifique a solicitação do procedimento;
25. **CID** – Código Internacional de Doenças que justifique a solicitação do procedimento;
26. **Procedimentos Solicitados** – Nome do procedimento solicitado;
27. **Código** – Código SIA do procedimento solicitado.
28. **Imprimir** – Botão para a solicitação de impressão do formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais;
29. **Nova Solicitação** – Botão para iniciar a solicitação de procedimentos para outro Usuário SUS.

D5 – Iniciando Solicitação de procedimento sem Cartão Nacional de Saúde.

solicitar

Forneça o CNS com 15 dígitos, o CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE
OU
Forneça o NOME, NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO, CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE.

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---------|
| Cartão Nacional de Saúde | | ← 2 |
| Nome | | ← 3 |
| Nome da Mãe | | ← 4 |
| Data de Nascimento | | ← 5 |
| CID | | ← 6 |
| Escolha o Procedimento | ACIDENTE POR QUEDA | ← 7 |
| Profissional Solicitante | ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES | ← 8 |
| Retorno | <input type="checkbox"/> | ← 9 |
| | | OK ← 10 |

Campos Obrigatórios – (3, 4, 5, 6, 7, 8 e 10)

- 3) Entre com o Nome do Usuário SUS.
- 4) Entre com o nome da Mãe do Usuário SUS.
- 5) Entre com a Data de Nascimento do Usuário SUS.
- 6) Entre com o Código CID – Classificação Internacional de Doenças. Caso o CID inserido esteja fora dos padrões o processo não será concluído.
- 7) Selecione a Consulta, Procedimento ou Grupo de Procedimento desejado.
- 8) Selecione o nome do profissional de saúde que solicitou a realização do procedimento. Todos os profissionais listados estarão vinculados a unidade solicitante com login ativo.
- 10) Clique no botão “OK” para passar a próxima tela

D6 – Ao clicar no botão OK teremos a seguinte tela:

| CONFIRA OS DADOS DO USUÁRIO | |
|-----------------------------|---|
| 1 | Paciente: CRISTIANE SOARES DA ROCHA / Mãe: DORVINA DAS GRAÇAS ROCHA Cidade: ANAPOLIS-GO / Nascimento: 13/07/1975 / CNS: 898001088862677 |
| 2 | Nenhum deles |
| 3 | CONSULTA EM CARDIOLOGIA |
| | CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES |
| | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS |
| | PSF REZENDE |
| 5 | <div> <input type="radio"/> 25.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 28.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 30.05.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 01.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 04.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 06.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas <input type="radio"/> 08.06.2007 - 07:30:00h - ADELZA LUIZ DE LIMA - 6 vagas </div> |
| | HOSPITAL MATERNIDADE DE EUNAPOLIS |
| 6 | VOLTAR |
| 7 | CADASTRO |

Descrição da tela:

1. Campo para a seleção dos dados do Usuário SUS conforme resposta da pesquisa CNS;
2. Campo para a seleção caso nem um dos dados de Usuário SUS apresentados seja coerente a documentação em mãos;
3. Campo para a visualização do procedimento a ser solicitado ou agendado;
4. Link para seleção das Unidades de Saúde que possuem oferta configurada;
5. Campo para a seleção das: Datas, Horários, Nomes dos Profissionais Executantes e Vagas da Oferta configurada;
6. **Voltar** – Botão para retornar, caso exista alguma informação a ser retificada;
7. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e acesso ao cadastro do Usuário SUS.

D7 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS:

Sisreg - Sistema de Regulação + DATASUS

Confira os dados e clique em marcar

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Procedimento Solicitado: CONSULTA EM CARDIOLOGIA 1

Unidade Executante: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS 2

Profissional Executante: ANDERSON ALVES DUTRA 3

Data/Horário de Atendimento: 29.05.2007 - 13:00:00 4

DADOS DO PACIENTE:

Nome do Paciente: marialva 5

Raça: Branca 6

Filiação: Pai: 7

Mãe: maria 8

Data de Nascimento: 01/01/1981 9

Sexo: Feminino 10

UF de Nascimento: AC 11

Naturalidade: ACRELANDIA 12

DADOS RESIDENCIAIS:

Logradouro: AVENIDA CONTORNO 13

Endereço: 14

Complemento: 15

Número: 16

Bairro: 17

CEP: 18

UF: AC 19

Cidade: ACRELANDIA 20

Telefone Residencial ou para Recado: 21

Unidade de Referência: 22

OBSERVAÇÕES:

Motivo de Cadastro: TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO 23

24 Voltar
MARCAR 25

Descrição da Tela:

Dados da Solicitação:

1. **Procedimento Solicitado** – Identificação do procedimento a ser agendado;
2. **Unidade Executante** – Identificação da Unidade de Saúde que realizará o procedimento solicitado;
3. **Profissional Executante** – Identificação do profissional responsável pelo procedimento na unidade de saúde;
4. **Data/Horário do Atendimento** – Data e horário em que o profissional responsável estará realizando o procedimento solicitado;

Dados do Paciente:

5. **Nome do Paciente** – nome do Usuário SUS que está solicitando o procedimento;
6. **Raça** – Identificação da raça do Usuário SUS;
7. **Pai** – Campo para registro do nome do pai do Usuário SUS;
8. **Mãe** – Campo para registro do nome da mãe do Usuário SUS;

9. **Data de Nascimento** – Campo para o registro da data de nascimento do Usuário SUS;
10. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
11. **UF de Nascimento** – Campo para o registro da Unidade Federativa (Estado) de nascimento do Usuário SUS;
12. **Naturalidade** – Campo para o registro do município de nascimento do Usuário SUS;

Dados Residenciais:

13. **Logradouro** – campo para a seleção do tipo de logradouro residencial do Usuário SUS;
14. **Endereço** – Campo para a digitação do nome da rua de residência do Usuário SUS;
15. **Complemento** – Campo para a digitação do complemento de endereço do Usuário SUS;
16. **Número** – Campo para a digitação do número da residência do Usuário SUS;
17. **Bairro** – Campo para a digitação do bairro de residência do Usuário SUS;
18. **CEP** – Campo para a digitação do código de endereçamento postal do Usuário SUS;
19. **UF** – Campo para a seleção da Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
20. **Cidade** – Campo para a seleção da cidade (Município) de residência do Usuário SUS;
21. **Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a digitação dos números de contato do Usuário SUS;
22. **Unidade de Referência** – Campo para que seja selecionada a unidade de referência do Usuário SUS (Unidade a qual o Usuário SUS faz parte da cobertura dos programas de PSF ou ACS);

Observações:

23. **Motivo do Cadastramento** – Campo para a seleção do motivo de cadastramento do Usuário SUS no CNS;
24. **Voltar** – Botão para retornar a tela anterior;
25. **Marcar** – Botão para a confirmação dos dados cadastrado e passar para a próxima tela.

D8 – Formulário de Autorização de Procedimento:

Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Nº Chave: 0000008016

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01 CNES: 2556553 Operador: DATASUS-SOL

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS CNES: 0000001

Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: ----- MUNICÍPIO: EUNAPOLIS

Profissional Executante: RENATO PORTO DOS SANTOS Data e Horário Atendimento: SEX-01.06.2007-14:30:00H

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: CRISTIANE SOARES DA ROCHA CNS: 898001088862677

Nome do Responsável: DORVINA DAS GRAÇAS ROCHA UF: GO

Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: RUA RUA 23 - S/N - Q90 LT16 - JK

MUNICÍPIO: ANAPOLIS

CEP: 75000 Telefone: 33140830 Data Nascimento: 13.07.1975 Sexo: M

Unidade de Referência: CAPS - VIDATIVA

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 90140796568 Nome Médico Solicitante: ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS CID: R68

Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM DERMATOLOGIA Código: 070121

Imprimir Nova Solicitação

Descrição da Tela:

- Nº Chave** – Número Chave para a confirmação dos procedimentos executados;

Unidade Solicitante:

- Nome** – Identificação da Unidade de Saúde Solicitante;
- CNES** – Código na Unidade Solicitante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Operador** – Identificação do operador que cadastrou a solicitação no sistema;

Unidade Executante:

- Nome** - Identificação da Unidade de Saúde Executante para o procedimento solicitado;
- CNES** - Código na Unidade de Saúde Executante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Identificação da localização da Unidade de Saúde Executante;
- Município** – Identificação do município de localização da Unidade de Saúde Executante;

9. **Profissional Executante** – Nome do Profissional que executará o procedimento solicitado;
10. **Data e Horário Atendimento** – Data e horário em que o Usuário SUS deverá comparecer a Unidade de Saúde Executante para realização do procedimento;

Dados do Paciente:

11. **Nome do Paciente** – Identificação do Usuário SUS a ser atendido;
12. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS (Paciente);
13. **Nome do Responsável** – Nome do Responsável pela chegada do paciente a unidade de saúde;
14. **UF** – Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
15. **Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Tipo do Logradouro, Nome do Logradouro, Número da Residência, Complemento do Logradouro e Nome do Bairro de Residência do Usuário SUS;
16. **Município** – Cidade de Residência do Usuário SUS;
17. **CEP** – Código de Endereçamento Postal Residencial do Usuário SUS;
18. **Telefone** – Número de telefone para contato com o Usuário SUS;
19. **Data de Nascimento** – Data de nascimento do Usuário SUS;
20. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
21. **Unidade de Referência** – Identificação da unidade de referência do Usuário SUS (Unidade a qual o Usuário SUS faz parte da cobertura dos programas de PSF ou ACS);

Dados da Solicitação:

22. **CPF do Médico Solicitante** – CPF do Profissional de Saúde (Médico) responsável pela solicitação do procedimento;
23. **Nome do Médico Solicitante** – Nome do Profissional de Saúde (Médico) responsável pela a solicitação do procedimento;
24. **Diagnóstico Inicial** – Descrição do Código Internacional de Doenças que justifique a solicitação do procedimento;
25. **CID** – Código Internacional de Doenças que justifique a solicitação do procedimento;
26. **Procedimentos Solicitados** – Nome do procedimento ou procedimentos solicitados;
27. **Código** – Código SIA do procedimento solicitado.
28. **Imprimir** – Botão para a solicitação de impressão do formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais a ser entregue ao Usuário SUS;
29. **Nova Solicitação** – Botão para iniciar a solicitação de procedimentos para outro Usuário SUS.

D9 – Solicitando um Retorno.

A solicitação de um retorno deverá acontecer da mesma forma que as demais solicitações, com ou sem CNS (Cartão Nacional de Saúde), o diferencial é a adição do campo 9 nas solicitações.

solicitar

Forneça o CNS com 15 dígitos, o CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE 1
 OU
 Forneça o NOME, NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO, CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE.

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|----|
| Cartão Nacional de Saúde | | 2 |
| Nome | | 3 |
| Nome da Mãe | | 4 |
| Data de Nascimento | | 5 |
| CID | | 6 |
| Escolha o Procedimento | ACIDENTE POR QUEDA | 7 |
| Profissional Solicitante | ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES | 8 |
| Retorno | <input type="checkbox"/> | 9 |
| OK | | 10 |

Campos Obrigatórios:

Campos obrigatórios para as solicitações de Retorno Com CNS:
(2, 6, 7, 8, 9 e 10).

Campos obrigatórios para as solicitações de Retorno Sem CNS:
(3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10)

Obs1.: Os demais passos seguirão as mesmas cronologias das solicitações de primeira consulta como descritos nas opções, D2, D3 e D4 “Solicitação com CNS” e D6, D7 e D8 “Solicitação sem CNS”.

Obs2.: A quantidade de consultas de 1ª vez ou de retorno será negociada entre os profissionais ou Unidades Executantes e o Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, que são os responsáveis pela fiscalização, negociação, contratação e contratualização dos serviços de saúde.

Obs3.: As aberturas de agenda de 1ª Vez e Retorno podem ser diferenciadas de acordo com a parametrização utilizada pelo administrador do complexo regulatório municipal.

D10 – Solicitando um Procedimento Regulado ou para Fila de Espera.

A solicitação de um Procedimento Regulado ou para Fila de Espera, deverá acontecer da mesma forma que as demais solicitações, com ou sem CNS (Cartão Nacional de Saúde), o diferencial esta na disponibilidade da vaga.

solicitar

Forneça o CNS com 15 dígitos, o CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE
 OU
 Forneça o NOME, NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO, CID, o PROCEDIMENTO e o PROFISSIONAL SOLICITANTE.

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Cartão Nacional de Saúde | |
| Nome | |
| Nome da Mãe | |
| Data de Nascimento | |
| CID | |
| Escolha o Procedimento | ACIDENTE POR QUEDA |
| Profissional Solicitante | ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES |
| Retorno | <input type="checkbox"/> |
| OK | |

O que é Procedimento Regulado?

Procedimento de Alto Custo (APAC ou AIH), procedimento que o município não possua oferta suficiente para a cobertura de sua demanda com base nas legislações de Saúde em vigência em nosso País.

Neste caso, faz-se necessário a intervenção do profissional (Médico Autorizador) para avaliação dos pedidos e “Aprovação”, “Negação” ou “Devolução” para a unidade de saúde solicitante, mediante justificativa por escrito.

O que é Fila de Espera?

Programa para a marcação de consultas e procedimentos de forma automática, as solicitações são armazenadas e todos os dias das 00:00 as 05:00 da manhã, conforme os parâmetros de Quantitativo de Vagas e Abertura de Agenda configurados pelo Administrador Municipal, busca a vaga e retorna a Unidade Solicitante o parecer em caso de aprovação.

Campos Obrigatórios:

Campos obrigatórios para as solicitações Com CNS:

(2, 6, 7, 8, 9 e 10).

Campos obrigatórios para as solicitações Sem CNS:

(3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10)

Campos obrigatórios para as solicitações de Retorno Com CNS:

(2, 6, 7, 8, 9 e 10).

Campos obrigatórios para as solicitações de Retorno Sem CNS:

(3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10)

D11 – Após o preenchimento dos campos obrigatórios teremos a seguinte tela:

| ESCOLHA UM USUARIO ABAIXO | |
|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | Paciente: ANA MARIA DA SILVA PEREIRA / Mae: MARIA AUXILIADORA DOS SANTOS Cidade: ITUMBIARA-GO / Nascimento: 01.01.1981 / CNS: 160893223940009 |
| <input type="radio"/> | Paciente: MARIA JOSE DA SILVA / Mae: MARIA MARIA APARECIDA MUNHOES Cidade: TESOURO-MT / Nascimento: 01.01.1981 / CNS: 898001078962113 |
| <input type="radio"/> | Nenhum deles |
| 2 → TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | |
| 3 → VOLTAR | CADASTRO ← 4 |

Descrição da Tela:

1. Campo para a seleção do Usuário SUS;
2. Identificação do procedimento solicitado;
3. Botão para retorno a tela anterior;
4. Botão para acesso ao cadastro do Usuário SUS;

Obs.: No caso de Solicitação de Procedimentos Regulados ou para Fila de Espera, não será apresentada a listagem de Unidades de Saúde para seleção de Profissional e Horário. A seleção dos referidos campos será atribuição do Profissional Médico Autorizador para os procedimentos regulados e do programa de Fila de Espera automático.

D12 – Formulário de Cadastro do Usuário SUS:

Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

Confira os dados e clique em marcar

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Procedimento Solicitado: CONSULTA EM PROCTOLOGIA (1)

DADOS DO PACIENTE:

Nome do Paciente: JOAO JOSE DA SILVA (2) Raça: Branca (3)

Filiação: Pai: FRANCISCO DA SILVA (4) Mãe: MARIA JOSE SANTIAGO (5)

Data de Nascimento: 01.01.1981 (6) Sexo: Masculino (7)

UF de Nascimento: MT (8) Naturalidade: TESOIRO (9)

DADOS RESIDENCIAIS:

Logradouro: AVENIDA CONTORNO (10) Endereço: ASD (11)

Complemento: (12) Número: (13)

Bairro: DSA (14) CEP: (15)

UF: GO (16) Cidade: ITUMBIARA (17)

Telefone Residencial ou para Recado: (18)

Unidade de Referência: HOSPITAL JACIZISTA DO BRASIL (19)

(20) Voltar (21) MARCAR

Descrição da Tela:

Dados da Solicitação:

- 1. Procedimento Solicitado** – Identificação do procedimento a ser agendado;

Dados do Paciente:

- 2. Nome do Paciente** – nome do Usuário SUS que esta solicitando o procedimento;
- 3. Raça** – Identificação da raça do Usuário SUS;
- 4. Pai** – Campo para registro do nome do pai do Usuário SUS;
- 5. Mãe** – Campo para registro do nome da mãe do Usuário SUS;
- 6. Data de Nascimento** – Campo para o registro da data de nascimento do Usuário SUS;
- 7. Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
- 8. UF de Nascimento** – Campo para o registro da Unidade Federativa (Estado) de nascimento do Usuário SUS;
- 9. Naturalidade** – Campo para o registro do município de nascimento do Usuário SUS;

Dados Residenciais:

- 10. Logradouro** – campo para a seleção do tipo de logradouro residencial do Usuário SUS;
- 11. Endereço** – Campo para a digitação do nome da rua de residência do Usuário SUS;
- 12. Complemento** – Campo para a digitação do complemento de endereço do Usuário SUS;
- 13. Número** – Campo para a digitação do número da residência do Usuário SUS;
- 14. Bairro** – Campo para a digitação do bairro de residência do Usuário SUS;
- 15. CEP** – Campo para a digitação do código de endereçamento postal do Usuário SUS;
- 16. UF** – Campo para a seleção da Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
- 17. Cidade** – Campo para a seleção da cidade (Município) de residência do Usuário SUS;
- 18. Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a digitação dos números de contato do Usuário SUS;
- 19. Unidade de Referência** – Campo para que seja selecionada a unidade de referência do Usuário SUS (Unidade a qual o Usuário SUS faz parte da cobertura dos programas de PSF ou ACS);
- 20. Voltar** – Botão para retornar a tela anterior;
- 21. Marcar** – Botão para confirmação dos dados cadastrado e passar para a próxima tela.

D13 – Formulário Motivo da Solicitação:

Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

SOLICITACAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01 (1) CNES: 2556553 (2)

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: ANA MARIA DA SILVA PEREIRA (3) CNS: 160893223940009 (4)

Nome do Responsável: MARIA AUXILIADORA DOS SANTOS (5) UF: GO (6)

Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: RUA BELO MONTE S/N - CENTRO (7) MUNICÍPIO: ITUMBIARA (8)

CEP: 48.520-000 (9) Telefone: (10) Data Nascimento: 01/01/1981 (11) Sexo: F (12)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 901.407.965-88 (13) Nome Médico Solicitante: ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES (14)

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS (15) CID: R68 (16) Caráter/Prioridade: Seleção (17)

Unidade Desejada: SEM OPCAO DE PRESTADOR (18) Data Desejada: (19)

Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM PROCTOLOGIA (20) Código: 0701228 (21)

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

☒ Regulação (22) ☐ Fila de Espera (23)

Município Regulador: EUNAPOLIS (24)

Observações: (25)

Situação: PENDENTE

Assinatura do Médico solicitante (examinador): (26) CRM: (27) Data: 05/06/2007 (28)

(29) SOLICITAR (30) CANCELAR

Descrição da Tela:

Identificação da Unidade:

- Nome** – Identificação da Unidade de Saúde Solicitante;
- CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da Unidade Solicitante;

Dados do Paciente:

- Nome do Paciente** – nome do Usuário SUS que está solicitando o procedimento;
- CNS** – Numero do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS;
- Nome do Responsável** – Apresentação do nome do responsável pelo Usuário SUS;
- UF** – Apresentação da Unidade Federativa (Estado) de Residência do Usuário SUS.
- Logradouro, Endereço, nº, Complemento, Bairro** – Campo para apresentação do endereço residencial completo do Usuário SUS;

8. **Município** – Campo para a apresentação do município de residência do Usuário SUS;
9. **CEP** – Apresentação do Código de Endereçamento Postal residencial do Usuário SUS;
10. **Telefone** – Campo para apresentação do telefone para contato do Usuário SUS;
11. **Data de Nascimento** – Campo para apresentação da data de nascimento do Usuário SUS;
12. **Sexo** – Campo para a apresentação do registro do sexo do Usuário SUS;

Dados da Solicitação:

13. **CPF do Médico Solicitante** – Campo para a exibição do Cadastro Nacional de Pessoa Física do Médico do Usuário SUS;
14. **Nome do Médico Solicitante** – Exibição do Nome do Profissional de Saúde responsável pela solicitação do procedimento;
15. **Diagnostico Inicial** – Campo para a exibição da descrição do Diagnostico Inicial CID;
16. **CID** – Campo para a apresentação do Código Internacional de Doenças referente ao diagnóstico inicial apresentado;
17. **Caráter da Prioridade** – Campo para a identificação se a solicitação é de Urgência ou Eletiva;
18. **Unidade Desejada** – Campo para a indicação da unidade de saúde de preferência do Usuário SUS;
19. **Data Desejada** – Campo para a identificação da data de preferência do Usuário SUS para a realização do procedimento;
20. **Procedimento Solicitado** – Descrição do procedimento solicitado;
21. **Código** – identificação do Código SIA referente ao procedimento solicitado;

Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento

22. **Regulação** – Indicativo de que a solicitação está sendo enviada para a Regulação;
23. **Fila de Espera** – Indicativo de que a solicitação esta sendo enviada para a Fila de Espera;
24. **Município Regulador** – Campo para a identificação de qual município regulador receberá a Solicitação (este campo só estará ativo caso seja selecionado o item 22);
25. **Observação** – Campo para a digitação da justificativa pela qual a solicitação está sendo enviada para a regulação;
26. **Assinatura do Médico Solicitante (examinador)** – Campo reservado para a assinatura do profissional médico solicitante em caso de fichas impressas;
27. **CRM** – Campo reservado para o código do Conselho Regional de Medicina do profissional médico solicitante em caso de fichas impressas;
28. **Data** – Campo para a apresentação da data de inserção dos dados no sistema;
29. **Solicitar** – Botão para a confirmação dos dados e encaminhamento da solicitação para a regulação ou fila de espera;
30. **Cancelar** – Botão para uso em caso de desistência na realização da solicitação.

D14 – Formulário Solicitação de Procedimento Ambulatorial:

Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

SOLICITACAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Nº Solicitação: 0000000002232

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01 CNES: 2556553

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: PAULO ANDRE DOS ANJOS GODOI
 Nome do Responsável: MARIA ROSA DOS ANJOS GODOI
 Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: DISTRITO COLONIA DO FORMOSO S/N - CASA - ZONA RURAL
 CEP: 47.690-000 Telefone: Data Nascimento: 01/01/1989
 Sexo: M F

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 901.407.965-84 Nome Médico Solicitante: ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORG
 Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS CID: R68 Caráter/Prioridade: Seleção
 Unidade Desejada: SEM OPCAO DE PRESTADOR Data Desejada:
 Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM PROCTOLOGIA Código: 0701229

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Regulação Fila de Espera
 Município Regulador: EUNAPOLIS
 Observações: MOTIVO DO ENVIO PARA A REGULAÇÃO
 Situação: PENDENTE
 Assinatura do Médico solicitante (examinador): CRM: Data: 08/06/2007
 IMPRIMIR NOVA SOLICITACAO

Descrição da Tela:

1. **Nº Solicitação** – Número da solicitação;**Dados do Paciente:**

2. **Identificação da Unidade** – Nome da Unidade de Saúde Solicitante;

3. **CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da Unidade Solicitante;

Dados do Paciente:

4. **Nome do Paciente** – nome do Usuário SUS que está solicitando o procedimento;

5. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS;

6. **Nome do Responsável** – Nome do responsável legal pelo Usuário SUS;

7. **UF** – Unidade Federativa (Estado) de residência do Usuário SUS;
8. **Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Apresentação do endereço residencial completo do Usuário SUS;
9. **Município** – Município de residência do Usuário SUS;
10. **CEP** – Código de Endereçamento Postal de Residência do Usuário SUS;
11. **Telefone** – Telefone para contato com Usuário SUS;
12. **Data de Nascimento** – Campo para o registro da data de nascimento do Usuário SUS;
13. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);

Dados da Solicitação:

14. **CPF do Médico Solicitante** – Número do Cadastro de Pessoa Física do Profissional Médico Solicitante;
15. **Nome Médico Solicitante** – Nome do Profissional Médico Solicitante;
16. **Diagnostico Inicial** – Descrição do diagnóstico inicial da solicitação de procedimento;
17. **CID** – Código Internacional de Doenças referente ao Diagnóstico Inicial;
18. **Caráter/Prioridade** – Indica se a solicitação é Urgente ou Eletiva;
19. **Unidade Desejada** – Indica se o Usuário SUS já é acompanhado em alguma unidade de saúde específica;
20. **Data Desejada** – Indica se a busca de vagas terá alguma data de referência não sendo obrigatória a sua obediência;
21. **Procedimento Solicitado** – Descrição do Procedimento Solicitado;
22. **Código** – Código SIA referente ao procedimento solicitado;

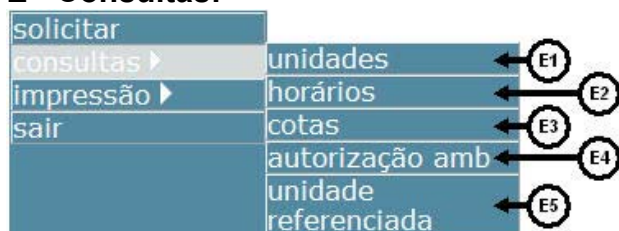
Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento:

23. **Regulação** – Indicativo de que a solicitação foi encaminhada para a regulação;
24. **Fila de Espera** – Indicativo de que a solicitação foi encaminhada para a fila de espera;
25. **Município Regulador** – Em caso de encaminhamento para a regulação identifica o município que receberá a solicitação;
26. **Observações** – Apresenta o motivo pelo qual a solicitação foi enviada para a regulação;
27. **Situação**: Indica que a solicitação ainda não foi avaliada;
28. Campo para as observações do Médico Regulador;
29. **Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)** – Campo para assinatura do médico solicitante em caso de formulário impresso;
30. **CRM** – Campo para a inclusão da inscrição do Conselho Regional de Medicina do Profissional Solicitante em caso de formulário impresso;
31. **Data** – Data do preenchimento do formulário pelo operador solicitante.

7 – Consultas.

Acesso para verificações das configurações do sistema.

E - Consultas:



E1 – Consultas Unidades:

Dá acesso a verificação da situação das unidades de saúde cadastradas no SISREG.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------|--|-----------|--------------|----------|------------------|
| CNES | Razão Social | Cidade | Telefone | Situação | Tipo |
| 2557886 | 8 DIRETORIA REGIONAL DE SAUDE | EUNAPOLIS | (73)2815174 | Normal | Nao Classificada |
| 3996395 | CAPS AD | EUNAPOLIS | | Normal | Nao Classificada |
| 2771047 | CAPS- CENTRO DE ATENCAO PSICO SOCIAL | EUNAPOLIS | (73)2614230 | Normal | Nao Classificada |
| 3423638 | CENFI CENTRO DE FISIOTERAPIA | EUNAPOLIS | (73)2811433 | Normal | Nao Classificada |
| 3588181 | CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICO DE SAUDE | EUNAPOLIS | (73)32613918 | Normal | Solic./Exec. |
| 3578658 | CENTRAL DE REGULACAO DE SERVIÇOS DE SAÚDE | EUNAPOLIS | 73-3281-4191 | Normal | Nao Classificada |
| 2556634 | CENTRO DE SAUDE BUCAL TANIA GUERRIERE | EUNAPOLIS | (73)2814225 | Normal | Nao Classificada |
| 3918777 | CEO-CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS | EUNAPOLIS | | Normal | Nao Classificada |
| 3033597 | CITOLAB | EUNAPOLIS | | Normal | Nao Classificada |
| 2556499 | CLIGOLAB | EUNAPOLIS | (73)2811618 | Normal | Nao Classificada |
| 2556162 | CLIMORV | EUNAPOLIS | (73)2816609 | Normal | Nao Classificada |
| 3486745 | CLINA NEURO | EUNAPOLIS | | Normal | Nao Classificada |
| 2556383 | CLINDERME | EUNAPOLIS | (73)2812043 | Normal | Nao Classificada |
| 5009138 | CLINICA ASSIS FIGUEREDO | EUNAPOLIS | | Normal | Nao Classificada |
| 3539466 | CLINICA DA MULHER | EUNAPOLIS | (73)32815065 | Normal | Executante |
| 3017389 | CLINICA DE OLHOS DR ALAILSON | EUNAPOLIS | (73)32613145 | Normal | Nao Classificada |

7 Pagina 1 2 3 4 5 6 7

Descrição da Tela:

- CNES** – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- Razão Social** – Nome de identificação da Unidade de Saúde;
- Cidade** – Município de localização da Unidade de Saúde;
- Telefone** – Telefone para contato com a Unidade de Saúde;
- Situação** – Indicação se a Unidade possui afastamento ou não;
- Tipo** – Indicação do tipo de classificação da unidade de saúde de acordo com seu perfil;
- Paginas** – Indicador da quantidade de paginas resultantes da consulta.

Obs 1.: Dando um clique nos títulos de colunas de 1 a 6, teremos o link para a classificação da consulta:

- 1 – Classificação por CNES em ordem crescente;
- 2 – Classificação por Razão social em ordem alfabética;
- 3 – Classificação por Cidade em ordem alfabética;
- 4 – Classificação por Telefone em ordem crescente;
- 5 – Classificação por Situação em ordem alfabética;
- 6 – Classificação por Tipo em ordem alfabética.

Obs 2.: Dando um clique em um dos números da sequência numérica item 7, será exibida a próxima página da consulta.

E2 – Consultas Horários:

Dá acesso a verificação das escalas de serviços cadastradas no SISREG.



Descrição da Tela:

1. Campo para a seleção do profissional de saúde que terá seus horários verificados;
2. Botão para a confirmação do dado selecionado;

Resultado da Consulta:

| Procedimento | Unidade | Dia | Hora | Qt_atendimento | Situação |
|-------------------------|------------------------------------|-----|----------|----------------|----------|
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Seg | 07:00:00 | 20 | AFASTADO |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Sex | 07:00:00 | 20 | AFASTADO |
| ELETRCARDIOGRAMA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Ter | 07:00:00 | 18 | OK |
| ELETRCARDIOGRAMA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Qui | 07:00:00 | 18 | OK |
| ELETRCARDIOGRAMA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Dom | 07:00:00 | 9 | OK |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | Qua | 07:00:00 | 9 | AFASTADO |

3. **Procedimento** – Procedimentos realizados pelo profissional selecionado;
4. **Unidade** – Unidade de Saúde onde o profissional selecionado possui escala de atendimento;
5. **Dia** – Dias da semana da escala do profissional selecionado;
6. **Hora** – Horário Inicial do atendimento do profissional selecionado, referente ao procedimento, unidade de saúde e dia da semana exibidos;
7. **Qt_atendimento** – Número de atendimentos referentes ao dia e horário inicial exibido;
8. **Situação** – Indica se o profissional selecionado esta “OK” pronto para ser solicitado ou afastado para o procedimento e/ou unidade de saúde apresentados;

Obs.: Será possível a identificação de um mesmo profissional de saúde atuando com diversos procedimentos em mais de uma unidade de saúde, isso, devido o acúmulo de especialidades e a distribuição de carga horária.

E3 – Consultas > Cotas:

A Consulta -> Cotas, permite ao Operador Solicitante a visualização das cotas de procedimentos liberadas para seu município, a não ser em caso de configurações contemplando “Cota Unidade”, neste caso, o operador visualizará apenas as cotas disponíveis para a sua unidade de trabalho.

1. **Município** – Campo para a seleção do município solicitante, em caso de configuração de Cota unidade no local do município esta visível apenas a identificação da própria unidade de vínculo do operador;
2. **Referências** – Campo para a seleção do município executante;
3. **Mês** – Campo para a seleção do mês a ter suas cotas consultadas;
4. **Ano** – Campo para a seleção do ano de vigência das cotas;
5. **OK** – Botão para confirmação dos dados selecionados e início da pesquisa;

Resultado de Consulta Cotas:

| Código Unificado | Código | Procedimento | Max | Uso | Saldo | Financeiro |
|------------------|---------|--|------|-----|-------|------------|
| 0301010072 | 0701203 | CONSULTA EM ANGIOLOGIA | 250 | 0 | 250 | N |
| 0301010072 | 0701205 | CONSULTA EM CARDIOLOGIA | 390 | 0 | 390 | N |
| 0301010072 | 0701207 | CONSULTA EM CIRURGIA GERAL | 346 | 0 | 346 | N |
| 0301010064 | 0201204 | CONSULTA EM CLINICA MEDICA | 2910 | 0 | 2910 | N |
| 0301010072 | 0701212 | CONSULTA EM DERMATOLOGIA | 433 | 0 | 433 | N |
| 0301010072 | 0701213 | CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA | 303 | 0 | 303 | N |
| 0301010072 | 0701214 | CONSULTA EM FISIATRIA | 303 | 0 | 303 | N |
| 0301010072 | 1402000 | ULTRASONOGRAFIA | 400 | 0 | 400 | N |

6. **Código Unificado** – Código de 10 dígitos da tabela de procedimentos unificados;
7. **Código** – Código do procedimento tabela SIA com 7 dígitos;
8. **Procedimento** – Nome do procedimento ambulatorial;
9. **Max** – Quantidade máxima de procedimentos da cota de PPI municipal;
10. **Uso** – Quantidade de cota já utilizada para o período selecionado;
11. **Saldo** – Resíduo de cota ainda disponível para uso;
12. **Financeiro** – Indicativo se o procedimento possui controle de uso físico ou financeiro.

- **Utilizando a Consulta Cotas:**

- ✓ Selecione o solicitante município (item 1);
- ✓ Selecione o município executante ou referência (item 2);
- ✓ Selecione o mês (item 3);
- ✓ Selecione o ano de vigência (item 4);
- ✓ Clique em OK para confirmação dos dados (item 5).

E4 – Consultas Autorização AMB:

Dá acesso as Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais com origem na unidade de saúde vinculada ao operador com login ativo.

Descrição da Tela:

1. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS a ter sua autorização localizada;
2. **Paciente** – Nome do Usuário SUS a ter sua autorização localizada;
3. Campo para a digitação ou seleção da data inicial do período de busca;
4. Campo para a digitação ou seleção da data final do período de busca;
5. **Consultar** – Botão para confirmação dos dados e disparo da pesquisa;

Campos para pesquisa:

- a) 1, 3, 4 e 5
- b) 2, 3, 4 e 5

Obs1.: Item 2 (Paciente) a informação deverá ser digitada da mesma forma que no cadastro do usuário SUS, de preferência utilizando um documento (certidão de nascimento, carteira de identidade , etc...), quanto maior a informação mais exata a resposta;

Obs2.: Itens 3 e 4 (Informe o Período de Solicitação) estes campos deverão ser preenchidos com o período em que a autorização foi introduzida no sistema.

Resultado da Consulta:

| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|-----------|--|--------------------------|----------------------|-------------|
| Procedimento | Realizado | Unidade Executante | Médico | Paciente | Operador |
| PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES DE LABORATORIO) | Pendente | EUNALAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS | ISABEL CRISTINA DE SOUZA | MARIA DO CARMO ALVES | DATASUS-SOL |

12

6. **Procedimento** – Procedimento Autorizado;
7. **Realizado** – Caso o procedimento esteja executado e confirmado, teremos a data da confirmação, caso não esteja confirmado, teremos a palavra “Pendente”;
8. **Unidade Executante** – Exibição da identificação da Unidade de Saúde onde deverá ser executado o procedimento;
9. **Médico** – Nome do profissional de saúde que deverá executar o procedimento;
10. **Paciente** – Nome do Paciente (Usuário SUS) para quem o procedimento foi autorizado;

- 11. Operador** – Identificação do profissional responsável pela introdução dos dados da solicitação no sistema;
- 12. Área de link** para acesso ao formulário de Autorização de Procedimentos.

Obs1.: Ao dar um clique no item 12, teremos a apresentação do formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial:



Sisreg - Sistema de Regulação **DATASUS**

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Nº Chave: 000000018711

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01 CNES: 2556553 Operador: DATASUS-SOL

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS CNES: 0000001
 Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: ----- MUNICÍPIO: EUNAPOLIS
 Profissional Executante: MARCUS VINICIUS ANDRADE GOMES Data e Horário Atendimento: SEX-01.06.2007-07:00:00H

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: MARIA JOSE DA SILVA CNS: 898001078962113
 Nome do Responsável: MARIA MARIA APARECIDA MUNHOES UF: MT
 Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro: RUA 1RUA JOAO MANOEL DE SOUZA - 10 - - JORDÃO
 MUNICÍPIO: TESOURO
 CEP: 3685400 Telefone: 34251541 Data Nascimento: 01.01.1981 Sexo: ☒ M ☐ F
 Unidade de Referência: PSF 01

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 90140796568 Nome Médico Solicitante: ANDREIA CONCEICAO DE JESUS BORGES
 Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS CID: R68
 Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM CARDIOLOGIA Código: 0701205

[Voltar](#) [Imprimir](#)

Obs2.: Além do CNS no item 1 ou o Nome completo do Paciente (Usuário SUS) item 2 a indicação do início e final do período de pesquisa, terá o papel de minimizar a quantidade dos itens encontrados.

E5 – Consultas Unidade Referenciada:

De acordo com o período determinado, permite a visualização em que data, quais os Usuários SUS deverão ter seus prontuários enviados para qual Unidade Executante.

A imagem mostra a interface de um formulário web. No topo, há um título 'Prontuários a Enviar' com um número 1 apontando para ele. Abaixo, há um campo 'Unidade de Referência' com o valor 'USF VALDENOR CORDEIRO PSF 01'. Segue o campo 'Período' com subcampos 'Entre' (número 2 apontando) e 'e' (número 3 apontando), ambos com seletores de data. Um botão 'Ok' (número 4 apontando) está na base.

Descrição da Tela:

1. **Unidade Referenciada** – Identificação da Unidade de Saúde a qual pertence o operador com login ativo;
2. Campo para registro do Início do período para realização da pesquisa;
3. Campo para registro do Final do período para realização da pesquisa;
4. **OK** – Botão para a confirmação dos dados e disparo da pesquisa;

Resultado de pesquisa:

A imagem mostra uma tabela com o título 'Prontuários a serem entregues'. A tabela possui cinco colunas: 'Data', 'Unidade Destino', 'CNS', 'Nome' e 'Telefone'. Cada coluna é numerada de 5 a 9 respectivamente. A tabela contém nove linhas de dados.

| Data | Unidade Destino | CNS | Nome | Telefone |
|------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|--------------|
| 12/04/2007 | POLICLINICA ADOLPHO SPECK | 898000089412358 | MARIA JOSE DA SILVA | (61)33597776 |
| 12/04/2007 | CEMEC CENTRO | 898000089412375 | ANTONIO CARDISO DE ANDRADE | (61)33598989 |
| 12/04/2007 | POLICLINICA ADOLPHO SPECK | 898000089412398 | JUVENAL PEREIRA SANTOS | (61)33598825 |
| 12/04/2007 | CEMEC CENTRO | 898000089412144 | FATIMA FELIPELI | (61)33592378 |
| 12/04/2007 | POLICLINICA ADOLPHO SPECK | 898000089412798 | JOSE FERREIRA DA FE | (61)33598900 |
| 12/04/2007 | CEMEC CENTRO | 898000089412550 | ALMIR FONSECA RAMOS | (61)33598901 |
| 12/04/2007 | POLICLINICA ADOLPHO SPECK | 898000089412762 | RITA MARIA MATOS | (61)33598168 |
| 12/04/2007 | CEMEC CENTRO | 898000089412112 | JASIARA DIAS DE MELO | (61)33590152 |

5. **Data** – Data de execução do procedimento autorizado;
6. **Unidade Destino** – Unidade para a qual deverá ser enviado o prontuário anterior a data de execução do procedimento;
7. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde que poderá ser usado também como número do prontuário;
8. **Nome** – Nome do Usuário SUS correspondente ao número de CNS apresentado;
9. **Telefone** – telefone para contato com o Usuário SUS caso seja necessário;

8 – Impressão.

Acesso a impressão ou reimpressão de Formulários e dados CNS.

F - Impressão:



F1 – Impressão Solicitações:

Permite a impressão e reimpressão de formulários de solicitações e/ou Autorizações de Procedimentos.

Informe o Período de Solicitação [1] a [2]
 Tipo de Solicitação [3] Status [4] Visualizar [5]
☐ Imprimir como Lista [6] [7] Pesquisar

Descrição da Tela:

1. Campo para a seleção ou digitação da data inicial do período de pesquisa;
2. Campo para a seleção ou digitação da data final do período de pesquisa;
3. **Tipo da Solicitação** – Campo para a seleção do tipo da solicitação a ser pesquisada (Todos / AIH / APAC / Ambulatorial);
4. **Status** – Campo para a seleção do status da solicitação (Todos / Aprovado / Pendente / Negado / Devolvido / Reenviado / Cancelado);
5. **Visualização** – Campo para a seleção do tipo de visualização (Todos / Solicitações / Fila de Espera);
6. **Imprimir como lista** – Opção que quando selecionada permite a emissão da relação numa única lista.
7. **Pesquisar** – Botão para a confirmação dos dados e disparo da pesquisa;

Resultado de pesquisa:

| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|------------|------------------------------------|-------------|---|--|------------|----------|
| Dt.Solic. | Paciente | Telefone | Procedimento | Unidade | Dt.Exec. | Status |
| 04.06.2007 | MARIA JOSE DA SILVA | 34251541 | PATOLOGIA CLINICA (EXAMES DE LABORATORIO) | EUNALAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS | 05.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | DANIEL DO CARMO SANTOS | --- | CONSULTA EM DERMATOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 07.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | DANIEL DO CARMO SANTOS | --- | LEITE COM PERA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 08.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | DIVA ARAUJO DA SILVA | 67 33143033 | CONSULTA EM CARDIOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 07.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | GUSTAVO CHAVES DE ARVALHO MEIRELES | --- | LEITE COM PERA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 08.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | MARIA APARECIDA CARVALHO | --- | CONSULTA EM CARDIOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 07.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | MARIA DO CARMO ALVES | 34642324 | PATOLOGIA CLINICA (EXAMES DE LABORATORIO) | EUNALAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS | 07.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | MARIA DO CARMO ALVES | 34642324 | CONSULTA EM DERMATOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 07.06.2007 | Aprovado |
| 06.06.2007 | NATHALIA SANTOS GUIMARAES | 33151353 | CONSULTA EM DERMATOLOGIA | POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS | 07.06.2007 | Aprovado |

8. **Dt.Solic.** – Data da introdução dos dados da solicitação no sistema;
9. **Paciente** – Nome do Usuário SUS com solicitação cadastrada;

- 10. Telefone** – Telefone residencial ou para contato do paciente (Usuário SUS);
- 11. Procedimento** – Nome do procedimento ou grupo de procedimentos solicitado;
- 12. Unidade** – Identificação da Unidade de Saúde Executante;
- 13. Dt.Exec.** – Data para a execução do procedimento solicitado em caso de status “Aprovado”;
- 14. Status** – Indica a situação da solicitação (Aprovado / Pendente / Negado / Devolvido / Reenviado / Cancelado) conforme a seleção do item 4;
- 15. Área de link** para acesso aos formulários de Solicitação e/ou Autorização;

F1 – Impressão CNS:

Permite a impressão dos dados do Cartão Nacional de Saúde para o Usuário SUS solicitado.

| | |
|--------------------|---|
| Nome | 1 |
| Nome da Mãe | 2 |
| Data de Nascimento | 3 |
| PESQUISA | 4 |

Descrição da Tela:

1. **Nome** – Nome do Usuário SUS;
2. **Nome da Mãe** – Nome da Mãe do Usuário SUS;
3. **Data de Nascimento** – Data de Nascimento do Usuário SUS;
4. **Pesquisa** – Botão para confirmação dos dados e disparo da pesquisa;

Dados Pesquisados:

Nome - MARIA JOSÉ

Nome da Mãe - MARIA APARECIDA

Nascimento de Nascimento - 01/01/1981

Resultado da Pesquisa:

| | |
|---|--|
| 5 | Paciente: MARIA JOSE DA SILVA Mãe: MARIA MARIA APARECIDA MUNHOES Nascimento: 01/01/1981 |
| | Paciente: CIDA MARIA JOSE DA SILVA Mãe: MARIA APARECIDA MUNHOES Nascimento: 08/11/1988 |
| | Paciente: MARIA JOSE DA SILVA Mãe: MARIA DA SILVA APARECIDA MUNHOES Nascimento: 11/01/1998 |
| | Paciente: MARIA JOSE DA SILVA Mãe: MARIA APARECIDA MUNHOES DA SILVA Nascimento: 01/08/1981 |

5. Campos para a seleção dos dados corretos;

Ao selecionar um dos dados teremos a seguinte resposta:

| | | | |
|---|---------------------------|---|----------|
| 6 | Cartão Nacional de Saúde | | |
| | Nome: MARIA JOSE DA SILVA | | |
| | Número: 898001078962113 | | |
| 7 | NOVA PESQUISA | 8 | IMPRIMIR |

6. Identificação do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS selecionado;
7. **Nova Pesquisa** – Botão para a solicitação de uma nova pesquisa;
8. **Imprimir** – Solicitação da impressão dos dados abertos em tela.

9 – SAIR

Como em qualquer outro sistema informatizado, a função sair é para desconectar e deixar as informações guardadas em segurança.

10 – Falhas freqüentes dos Usuários:

10.1 – Estou sem energia elétrica:

- Entre em contato com a Secretaria de Saúde para que ela tome as devidas providências.

10.2 – Meu Equipamento não liga ou não funciona corretamente:

- Verifique as tomadas elétricas;
- Verifique se a energia elétrica está ligada;
- Verifique o estabilizador ou nobreak;
- Verifique as conexões do equipamento;
- Entre em contato com o seu Dep. de Manutenção de Equipamentos.

10.3 – Não consigo acessar a Internet:

- Verifique o endereço eletrônico se está correto;
- Em caso de Internet discada:
 - Verifique a linha telefônica;
 - Ligue para o provedor de acesso;
- Em caso de Banda Larga:
 - Ligue para o provedor de acesso;
- Em caso de rede própria:
 - Entre em contato com o Administrador de Rede.

10.4 - Usuário não consegue logar

- Verifique o formato de seu login e senha (maiúscula/minúscula);
- Observar se a senha não expirou;
- Ter certeza que sua senha dá acesso à área desejada.

10.5 – Não consigo agendar procedimentos

- Verifique se seu usuário possui pactuação;
- Verifique se seu usuário possui cota;
- Verifique se a agenda não se encontra cheia;
- Verifique o horário de funcionamento do sistema;
- Verifique se o Paciente (Usuário SUS) não possui procedimento marcado*.

***Obs.:** Caso seja realmente necessário o reagendamento da consulta, verifique se o agendamento não é de retorno, caso não consiga executá-lo, encaminhe a solicitação para o Dep. de Regulação ou Fila de Espera.

10.6 – Não encontro o procedimento que quero agendar

- Verifique se o nome do procedimento é realmente como você está procurando;
- Tome cuidado com as grafias semelhantes;
- Procure no sistema sempre o nome completo do procedimento;
- Nunca procure no sistema abreviaturas ou apelidos.