

Superintendência Executiva
Coordenação de Transporte
Núcleo de Governança Clínica

Tipo do documento	Protocolo Organizacional	PSTAM/PRT25	Versão: 04
		Pág.: 20	
Título do documento	PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE PARA SERVIÇOS DE TRANSPORTE AMBULATORIAL MUNICIPAL (STAM)	Data de emissão: 18/07/2022	
		Atualização 24/09/2024	

ALTERAÇÕES REALIZADAS

As alterações realizadas neste protocolo estão destacadas em cinza

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na oferta de serviços de média e alta complexidade, propiciando à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde básica, como; consulta especializada, tratamento de reabilitação, tratamento oncológico, serviços de hemodiálise entre outros. Desta forma possibilitou uma melhoria na qualidade de vida de pacientes que necessitam destes cuidados. Contudo houve aumento também na procura de tratamento fora do domicílio e transporte de tratamento sanitário eletivo, ocasionando sobrecarga no departamento de transporte.

De acordo com artigo 196 da Constituição Federal “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, todavia é importante salientar que os recursos do sistema de saúde são finitos e requer planejamento e organização nas ações, oferecendo ao cidadão universalidade de acesso através de políticas públicas para manutenção de sua saúde. Para que haja igualdade desse acesso à saúde coletiva e individual de forma integral é preciso analisar as ações, e investir onde há mais iniquidades econômica e sociais.

Diante dessas variáveis, observou-se a necessidade de elaborar protocolo de classificação de pacientes que necessitam de transporte sanitário para tratamento ambulatorial em Aparecida de Goiânia ou em outro município, conforme Resolução nº13 de



23 de fevereiro de 2017.

2. OBJETIVOS

- Implantar protocolo de classificação para pacientes que apresentam quadro de mobilidade nula ou reduzida, incapacidade permanente ou temporária que necessitam de transporte ambulatorial e sanitário;
- Regularizar o transporte de pacientes acompanhados pela Vigilância Epidemiológica que apresentam agravo que ameace a saúde pública, quando a rede assistencial esgotar seus recursos de cuidado e captação destes pacientes;
- Racionalizar o acesso transporte, com definição de responsabilidades dos serviços de saúde e perfil dos usuários apoiados na lei nº13 de 6 de julho de 2015 e Resolução Nº13 de Fevereiro de 2017.

3. PERFIL DO SERVIÇO DE TRANSPORTE

- a) O serviço de transporte sanitário eletivo/ambulatorial, serão destinados a todos os usuários do sistema de saúde residentes em Aparecida de Goiânia, **COM MOBILIDADE NULA OU REDUZIDA** em MMII (que impossibilitem o uso de transporte público) que necessitam de deslocamento para atendimento eletivo, e/ou pacientes acompanhados pela vigilância epidemiológica (com risco de evoluir para emergência pública), agendado e regulado na rede do SUS ou pactuada como: Exames clínicos, consultas, serviços de reabilitação, quimioterapia, radioterapia, terapia renal, e outros serviços agendados;
- b) Pacientes em tratamento oncológicos que não possuem se enquadra no perfil, serão atendidos exclusivamente para quimioterapia e radioterapia;
- c) Os serviços de transportes são destinados exclusivamente ao tratamento de saúde na rede pública ou conveniada com Sistema Único de Saúde.

4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DA CONCESSÃO DO TRANSPORTE PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE COM MOBILIDADE NULA OU REDUZIDA.

- a) Apresentar o relatório profissional apontando que se enquadrem no quadro de mobilidade reduzida, nula ou prejudicada, temporária ou permanente conforme



Medida Internacional de doença (MIF) abaixo de 4 e/ou em ativo tratamento de doença com classificação internacional de doença. Formulário no site <http://saude.aparecida.go.gov.br/> na aba **transporte**;

- b) **Xerox de laudo de exames que comprovam o quadro dos últimos 90 dias**;
- c) Xerox do encaminhamento de Referência que irá receber assistência;
- d) Apresentar xerox legível do RG (Registro Geral); CPF (Cadastro de Pessoa Física); e do Cartão SUS atualizado (possuir cadastro ativo no serviço).
- e) Comprovante de residência atualizado (devendo ser informado um ponto de referência fácil de ser identificado pelo motorista no bairro);
- f) Cópia do prontuário;
- g) Preencher, assinar e entregar o formulário do Paciente disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde ou no Serviço de Transporte Ambulatorial Municipal, conforme Anexo I (atentando para o preenchimento correto do tópico referência/contra referência / contato telefônico atualizado).

5. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DA CONCESSÃO DO TRANSPORTE PARA PACIENTES ACOMPANHADOS PELA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- h) Formulário de Solicitação de transporte que descreva o agravo e justificativa de risco de evoluir para emergência pública, preenchido por profissional de nível superior da Vigilância Epidemiológica (em anexo);
- i) Xerox do encaminhamento do local de referência que irá receber assistência;
- j) Apresentar xerox legível do RG (Registro Geral); CPF (Cadastro de Pessoa Física); e do Cartão SUS atualizado (possuir cadastro ativo no serviço).
- k) Comprovante de residência atualizado (devendo ser informado um ponto de referência fácil de ser identificado pelo motorista no bairro);
- l) Preencher, assinar e entregar o formulário do Paciente disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde ou no Serviço de Transporte Ambulatorial Municipal, conforme Anexo I (atentando para o preenchimento correto do tópico referência/contra referência / contato telefônico atualizado)



6. CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE PARA CONCESSÃO DO TRANSPORTE

Para fins de priorização de transporte será adotado instrumentos de Medida de Independência Funcional (MIF) que avaliará grau de dependência com junção das condições socioeconômicas, adaptadas do Índice de Funcionalidade Brasileira (IF) associado a Classificação Internacional de doenças (CID). É importante salientar que as evoluções das doenças variam individualmente, desta forma usuário de transporte com a mesma patologia podem ter variabilidade de sua assistência com necessidades diferentes.

A MIF é organizada em 2 dimensões, motora e cognitiva, subdivididas em categorias com um total de 18 itens, definidos para avaliar a independência do indivíduo em realizar satisfatoriamente e efetivamente atividades básicas, quanto menor o score maior a dependência do indivíduo. Esta avaliação deverá ser preenchida e assinada pelo profissional médico assistente ou substituto. E o Instrumento de avaliação socioeconômico será aplicado pela profissional de assistência social quanto menor o score maior a dependência das políticas sociais. Os instrumentos de avaliação então em forma de anexo neste documento, sendo o **Anexo 1 MIF** (avaliação médica) e **Anexo 2** (avaliação social).

Desta forma a avaliação será dividida em **três fases**; a **primeira** através do preenchimento do profissional médico, constando história clínica, código de classificação Internacional de doenças, grau de dependência (MIF). **Segunda** fase se dará por auditoria médica para avaliação de prioridades, que terá um prazo de 15 dias úteis para responder contados desde a entrega da documentação completa (descrita no item 4) no STAM (anexo 04). E a **última** por meio de visita do profissional de assistência social para avaliação socioeconômica pelo preenchimento do IF. O resultado será quanto menor o escore maior a prioridade para ser contemplado pelo STAM.

Não serão deferidos pedidos que não se enquadrem no perfil de mobilidade nula, e ou/reduzida e/ou tratamentos ativo de oncologia e hemodiálise. Ou seja, serão indeferidos sumariamente.

O Transporte terá validade de 12 meses, após esse período deverá ser protocolado outro pedido com atualização dos dados. Salvos os casos em que os pacientes possuem mobilidade nula permanente, para esse o pedido será somente de avaliação sócio-econômica.

Após cadastramento com documentos pessoais e formulário preenchido, será



montado prontuário e encaminhado para o departamento de serviço social. O serviço realizará visita social observando os itens elencados no protocolo e, subsequente encaminhado para avaliação médica interna do STAM para analisar conformidades.

Ao término das três (3) fases o prontuário é devolvido para a central de agendamento STAM conforme fluxo (**Anexo 3**). Assim, caso o paciente se enquadre, o tipo de transporte será determinado pela equipe do STAM, considerando o grau de mobilidade do paciente conforme laudo médico.

Nos casos de pacientes da Vigilância Epidemiológica que apresentam doenças transmissíveis em que a interrupção do acompanhamento comprometa a saúde pública (tuberculose, hanseníase, HIV, sífilis), agravo que comprometa a integridade física e emocional (violência física, sexual e psicológica) e agravos que geram incapacidades permanentes (toxoplasmose gestacional e congênita). A avaliação consistirá em duas fases: **primeira** por meio da comprovação do agravo, realizada pela notificação emitida pela instituição de saúde. E a **última** por meio de visita do profissional da Vigilância Epidemiológica.

Nos casos de pacientes da VE dispensa-se avaliação social e auditoria médica, pois o paciente acompanhado pela vigilância já tem o diagnóstico definido e comprovado por essa instituição, e o nível socioeconômico não é fator decisório diante da emergência de atenção em casos de violência e riscos de transmissão comunitária de agravos. O Transporte de paciente da VE terá validade até cessar os riscos de evolução do agravo.

Em casos de consultas médicas e/ou procedimento que o paciente não conseguiu o preenchimento do formulário, mas os outros requisitos do item 5.0 forem cumpridos, o transporte poderá ser realizado e o MIF poderá ser entregue indispensavelmente no próximo agendamento.

7. DA CONCESSÃO DE AGENDAMENTO DO TRANSPORTE

- a) Será concedida a partir do momento que toda documentação estiver atualizada e aprovada conforme classificação de perfil. Assim, o paciente poderá começar a usufruir do Serviço de Transporte Ambulatorial Municipal (STAM) conforme disponibilidade de veículos e classificação de transporte.
- a) O paciente ou o profissional da VE poderá realizar agendamento de segunda a sexta feira das da 8he00min às 17he30min (exceto feriados e pontos facultativos) e poderá ser



realizado por e-mail stamagendamentos@gmail.com. Em caso de dúvidas, o contato pode ser feito, via telefone (62) 3545-6007

- b) A solicitação de agendamento tem um prazo de dez (10) dias corridos para apresentação de resposta pela a divisão de transporte. Sendo como possibilidade de respostas. Agendamento realizado com sucesso, assim a STAM/SMS passará dia e horário do transporte. O paciente e seu acompanhante deverão aguardar em local seguro previamente informado e registrado junto ao motorista responsável pelo transporte; ou Agendamento em fila de espera, pois não há vaga disponível na data, horário e local de destino solicitado. Neste caso, se o paciente e/ou familiar solicitar deverá ser informado quanto a existência de fila de espera, e qual ranking na fila ele ocupa.

8. RESPONSABILIDADES DO SOLICITANTE/USUÁRIO:

- a) Solicitar agendamentos com no mínimo de 72 horas para planejamento de rotas e disposição de veículos. Salvo os casos que a própria instituição de saúde marca com antecedência de 24 horas. O agendamento, ocorre de segunda a sexta feira das da 8he00min às 17he30min (exceto feriados e pontos facultativos) e poderá ser realizado por e-mail stamagendamentos@gmail.com . Em caso de dúvidas, o contato pode ser feito, via telefone (62) 3545-6007. Salvo os casos que a própria instituição realiza a solicitação de transporte diretamente no STAM.
- b) O paciente deverá estar em prontidão em horário estabelecido juntamente com acompanhantes. O motorista aguardará por um prazo máximo de 10 minutos de tolerância caso atraso não justificado.
- c) O acompanhante deverá ser uma pessoa com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e gozar de boa saúde física e mental a fim de auxiliar o paciente em seus deslocamentos. É **obrigatória** a presença de acompanhante quando o paciente for menor de 18 anos e/ou maior de 60 anos, ou com dificuldade de locomoção/discernimento. Caso não haja disponibilidade de acompanhante para estes pacientes o transporte não será realizado.
- d) Aos pacientes que possuírem condições de viajarem sozinhos só será permitido acompanhante mediante recomendação médica.



- e) Os pacientes deverão manter os dados do cadastro atualizados **anualmente** junto a Serviço de Transporte Ambulatorial (Endereço, telefone, e-mail etc.). Para a atualização deverá apresentar relatório médico atualizado, comprovante de endereço atualizado e o Formulário Situacional do Paciente disponibilizado no site <http://saude.aparecida.go.gov.br/> na aba transporte;
- f) Tratar com gentileza o condutor que realiza os serviços; sendo agressões verbais como infração para suspensão da concessão do transporte;
- g) Usar itens de segurança no interior dos veículos;
- h) Mudanças de rotas não serão permitidas;
- i) Quando a consulta demorar mais que um período, o paciente será responsável em avisar no STAM sobre o horário de retorno (para casos que o motorista não está aguardando no local).

9. DO CANCELAMENTO DE VIAGEM E MUDANÇA DE ROTA:

- a) As alterações de rota, cancelamento de viagem e suspensão temporária de programação deverá ser informada ao setor de transporte via telefone (62) 3545-6007 de segunda a sexta-feira das 8he00min às 17he30min, ou via e-mail stamagendamentos@gmail.com, ao menos um dia antes do transporte agendado.
- b) A alteração de horário e/ou destino de uma viagem junto ao setor de Agendamento se dará desde que haja vaga disponível no dia, horário e destino desejado seja instituição do SUS ou pactuada e este deverá ser feito com 72 horas antecedência.
- c) A ocorrência de mudanças de rotas ou ausência do paciente conforme dados pré-agendados e cancelamentos comunicados no dia do transporte, “na porta”, sem comunicação prévia sem justificativa adequada serão considerados absenteísmo para todos os efeitos.
- d) Na ocorrência de três faltas ou alterações abruptas durante o período de um ano haverá bloqueio do cadastro do paciente por três meses a contar da data do último agendamento. Tal penalidade poderá ser excluída em caso de motivo justificado de força maior. O paciente que sofrer essa penalidade para ter direito a mobilidade deverá recomeçar o processo de cadastramento.



- e) Solicitações feitas sem antecedência mínima ou dirigidas a outros setores do serviço serão indeferidas sumariamente.

10. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE INTERNA DO STAM

- a) A equipe de STAM é responsável em comunicar ao usuário sobre concessão ou fila de espera do cadastro assim que receber o relatório da assistente social conforme item 6, C.
- b) Manter atualizados cadastro dos pacientes;
- c) Enviar veículos compatível com o grau de mobilidade do paciente conforme classificação de perfil do paciente constante no cadastro
- d) Informa no ato do cadastro aos responsáveis de menores usuários menores de menores de 10 anos conforme Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008 (Contran), em seu Art. 1º Crianças até 10 anos devem ser acomodadas nos bancos traseiros, usando individualmente cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente, caso seja preciso o uso da cadeirinha, os responsáveis deverão se apresentar com a mesma, desde que seja informado no ato do Agendamento da Viagem quando o deslocamento ocorrer com veículo de passeio. Quando aos deslocamentos forem realizados em veículo coletivo deverá ser obedecida o estabelecido no §3º do art. 1º da mesma resolução em que se dispensa a necessidade de sistema de retenção (cadeirinha, porta-bebê, assento de elevação ou similares).
- e) Para análise de desempenho desse protocolo será adotado indicadores de: 1) nº absoluto de pacientes cadastrado no ano. 2) Nº de pacientes deferidos no período/total de processos abertos no período*100=%. 3) Nº de viagens realizadas no período/nº total de viagens agendadas no período*100=%. Esse serão avaliados semestralmente ou ao ano, conforme demanda da chefia imediata.

11. RESPONSABILIDADES DO MOTORISTA

- a) Conduzir veículos de forma segura e eficiente durante o percurso, observando regras de trânsitos.
- b) Facilitar acesso dos usuários no destino;



- c) Observar rigorosamente os horários de destino/embarque/desembarque de cada usuário evitando atrasos e possíveis prejuízos no tratamento;
- d) Definir trajeto mais adequado para o atendimento ao usuário de forma segura e confortável;
- e) Quando a ausência do usuário e ou endereço inexistente o motorista deverá comunicar imediatamente ao STAM repassando os fatos e arrolando testemunhas se possível com nome, endereço e telefone a fim de subsidiar a futuras reclamações;
- f) Tratar com cordialidade o usuário;
- g) É vedado à motorista mudança de rota sem autorização prévia da STAM. Salvo nos casos em que os desvio não ultrapassar ao raio de 2Km e que possa acarretar atrasos em atendimentos posteriores.
- h) Quando não houve condição de retorno imediato para central de STAM aguardar no local de fácil acesso e de maior visibilidade para o paciente;
- i) Aos casos de retorno de veículos sem usuários, o motorista deverá avisar a central para receber possíveis demandas.

12. SANÇÕES PARA SUSPENSÃO DE CONCESSÃO DE TRANSPORTE

- a) Na ocorrência de três faltas ou alterações abruptas durante o período de um ano haverá bloqueio do cadastro do paciente por três meses a contar da data do último agendamento. Tal penalidade poderá ser excluída em caso de motivo justificado de força maior. O paciente que sofrer essa penalidade para ter direito a mobilidade deverá recomeçar o processo de cadastramento
- b) Agressão física ou verbal condutor sujeitará os usuários a suspensão do seu cadastro de uso serviço;

13. TRANSPORTE DE FORA DO DOMICILIO (TFD)

- a) É caracterizado como tratamento fora do domicílio deslocamentos maiores de 50KM conforme portaria Nº55 DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999. O paciente deverá dar entrada na Central de Regulação.



- b) A central de regulação será o responsável em enviar via e-mail todas as informações de data, horário, instituição com antecedência mínima de 72 horas. Salvo os casos em que a instituição demandar diretamente ao serviço transporte ambulatorial municipal.

14. CRITÉRIOS DE REMOÇÃO DE PACIENTE COM ALTA HOSPITALAR (DESOSPITALIZAÇÃO) PELO TRANSPORTE AMBULATORIAL (STAM)

- a) Paciente quadro de **mobilidade reduzida, nula ou prejudicada, temporária ou permanente** conforme Medida Internacional de doença (MIF) abaixo de 4 e/ou em ativo tratamento de doença incapacitante conforme classificação internacional de doença
- b) Paciente em uso de oxigenioterapia de até 3 litros, sem dispositivo respiratório;

15. INFORMAÇÕES GERAIS

- a) O Serviço de Transporte Sanitário **não** realiza atendimento para transporte de emergência, ou aqueles que não se enquadram no perfil correspondente; Transporte para clínicas e hospitais particulares, Tratamento estético; Perícia médica junto ao INSS e Poder Judiciário (salvo em casos de liminares judiciais ou se o mesmo for autorizado e encaminhado pelo superior do Município, desde que haja vaga sobressalente em relação aos pacientes atendidos pelo SUS no dia e disponibilidade extra de motorista e de veículo de passeio).
- b) É proibida a utilização do serviço de transporte ambulatorial ou sanitário municipal para a realização de qualquer fim que não seja o de tratamento de saúde;
- c) O percurso e a logística serão definidos pela equipe juntamente com o motorista e não existe a obrigatoriedade dos veículos de transporte aguardar o término da consulta, exame ou procedimento. Salvo em casos em que a distância impossibilitar o retorno.
- d) Paciente de alta hospitalar em outros municípios que se enquadre no item 14, deverão ser discutido diretamente com a superintendência.

ANEXO 1 MIF (AVALIAÇÃO MÉDICA) – disponível para impressão no site da SMS



ANEXO 01 (Formulário padronizado) -Disponível para impressão no site da SMS

PREFEITURA DE
APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE AVALIAÇÃO PARA INGRESSO NO SERVIÇO DE TRANSPORTE AMBULATORIAL MUNICIPAL (STAM)

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Raça: _____ RG _____ Sexo _____ Idade _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

DIAGNÓSTICO (de acordo com o CID-10): _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome completo do profissional médico e CRM: _____

Local e data da avaliação: _____

Nome do local ou instituição: _____

ASSINALAR QUEM PRESTOU AS INFORMAÇÕES:

() A própria pessoa: quando é o próprio indivíduo que fornece as informações.

() Pessoa de convívio próximo: é alguém que de alguma forma convive e participa da vida desse indivíduo. Quem: _____

() Outro: Descreva: _____

TIPO DE TRANSPORTE: () VAN/Carro de passeio () Ambulância Sanitária

TRATAMENTO: () Fisioterapia () Quimioterapia () Radioterapia () Consulta () Exames

Início do tratamento _____ Previsão de término () -60 dias () +60 dias () Permanente

Possui acompanhante/cuidador? () SIM () NÃO

Quadro 1- Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 - (S.A.) Sem ajuda	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 - (S.A.) Sem ajuda	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 - (N.A.) Necessita de ajuda	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 - (N.A.) Necessita de ajuda	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 - (N.A.) Necessita de ajuda	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 - (D.C.) Dependência completa	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 - (D.C.) Dependência completa	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Adaptado do instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF) 2004

A Pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro de categorias, com escore mínimo de 18 e máximo de 126.

Rua Antônio Batista Sandoval, Área Pública nº 3 – Centro – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.980-970



Quadro 2- Escala MIF- Medida de Independência Funcional

CATEGORIAS		Escore						
Avaliação do Profissional Médico		1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS	1. Alimentação							
	2. Auto cuidado							
	3. Banhar-se							
	4. Vestir tronco superior							
	5. Vestir tronco inferior							
	6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO	7. Controle vesical							
	8. Controle intestinal							
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
	10. Banheiro							
	11. Banho chuveiro / banheira							
LOCOMOÇÃO	12. Andar / cadeira de rodas							
	13. Escadas							
COMUNICAÇÃO	14. Compreensão							
	15. Expressão							
COGNITIVO	16. Interação social							
	17. Resolver problemas							
	18. Memória							
ESCORE TOTAL								

Evolução médica:

Carimbo e assinatura do médico



ANEXO 2 (AVALIAÇÃO SOCIAL) – disponível para impressão no site da SMS



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL PARA INGRESSO NO SERVIÇO DE TRANSPORTE AMBULATORIAL MUNICIPAL (STAM)

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome _____
 Nome da mãe: _____
 Raça: _____ Sexo _____ Idade _____ Escolaridade _____
 Profissão: _____ Telefone: _____
 Endereço _____
 Possui acompanhante/cuidador? () SIM () NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome completo do profissional: _____ Data da avaliação: _____
 Local da avaliação: () residência () posto de saúde () hospital () escola () outro: _____
 Assinalar quem prestou as informações: () A própria pessoa () Pessoa de convívio próximo. Quem: _____ () Outro:
 Descreva: _____

INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – 2010*

Situação Econômica da Família				
Quadro 1- Situação Econômica da Família				
Renda Bruta	Pontos			
+DE 100SM	21			
+ DE 60 A 100 SM 18 + DE 30 A 60 SM	18			
+ DE 30 A 60 SM	14			
+ DE 15 A 30 SM	12			
+ DE 9 A 15 SM 09 + DE 4 A 9 SM	09			
09 + DE 4 A 9 SM	05			
+ DE 2 A 4 SM	03			
+ DE 1/2 A 2 SM	02			
ATÉ 1/2 SM	01			
TIPO DE RENDIMENTO:				
() salário () retirada pró-labore () rendimento financeiro () aluguéis () benefícios do governo () honorários () aposentadoria () pensionista () seguro desemprego () outros Especificar: _____				
Quadro 2 – Número de membros residentes da família				
				Pontos
1 a 2				06
3 a 4				04
5 a 6				03
7 a 8				02
Acima de 8				01
Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família				
				Pontos
Superior				07
Superior incompleto ou Médio completo				05
05 Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)				04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8ºano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)				03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)				02
Alfabetizado				01
Analfabeto				00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).				
Quadro 4 – Habitação				
Condição / situação	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2
Obs.: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infraestrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).				



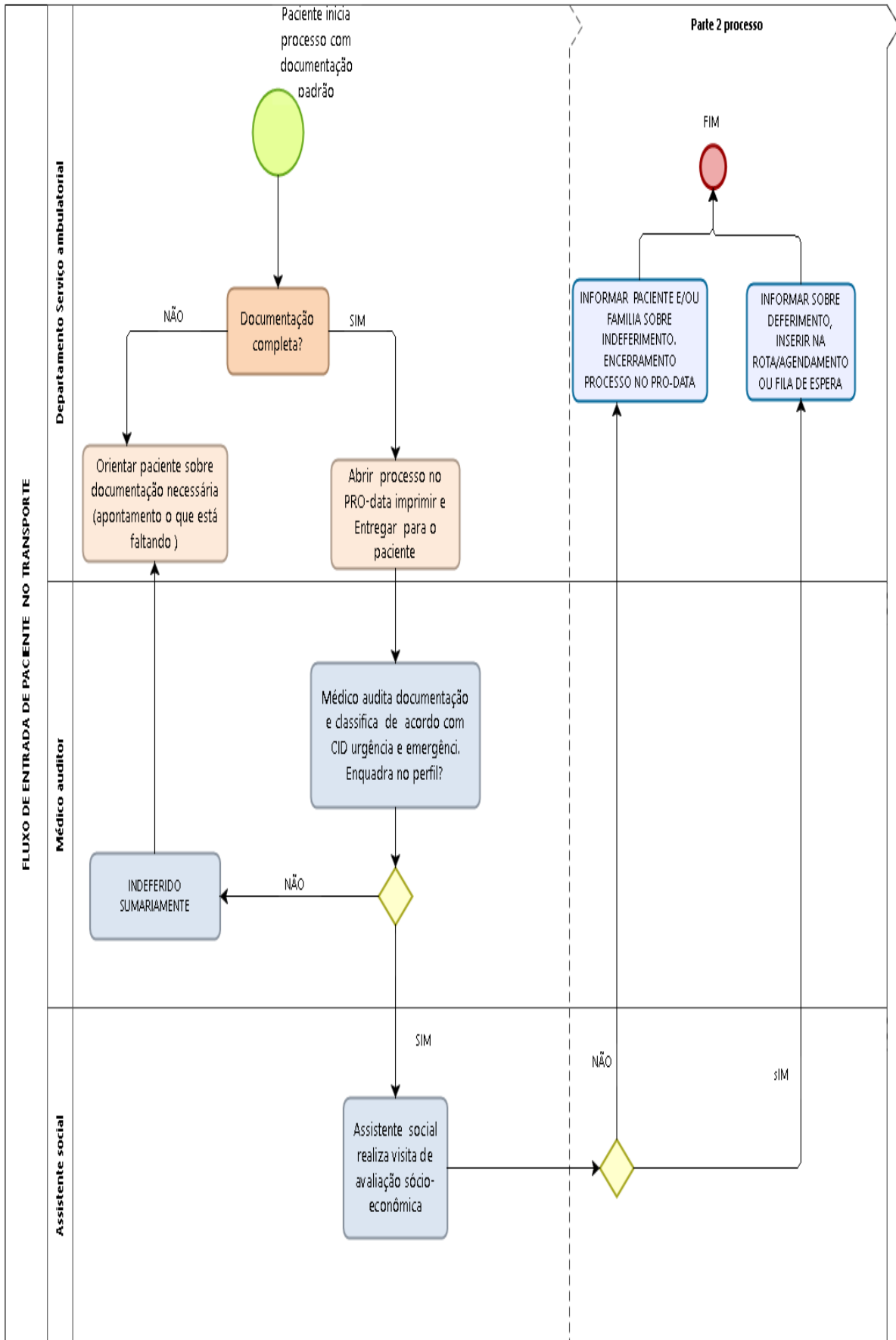
Quadro 5- Ocupação dos membros da Família	Pontos
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.	13
Trabalhadores da alta administração: Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.	10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.	09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.	07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabelereiros, Taxistas, vendedores etc.	07 06
- Com empregado	
- Sem empregado	
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc.	05 03
- Com empregado	
- Sem empregado	
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc.	03 02
- Urbano	
- Rural	
Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, BóiaFria, Ajudantes Gerais, etc.	01
OBS.: Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).	
Total de Pontos	

Quadro -6 Sistema de pontos para classificação socioeconômica		
Pontos	Classificação	Siglas
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média Inferior	MI
41 a 47	Média	Me
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	Al

* Fonte: Graciano MIG, Lehfel'd N.A.S. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 9, Jul. 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634873>

Evolução Social

Carimbo e assinatura





ANEXO 04

Relatório do médico auditor constando DEFERIMENTO ou INDEFERIMENTO e breve história clínica do quadro apresentado (favor assinalar o quadro correspondente).

Nome do paciente _____ **Cartão SUS** _____

DEFERIDO

INDEFERIDO

RELATÓRIO:

MNGC

Carimbo médico auditor



ANEXO 05

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE PACIENTES DA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nome: _____

Nome da Mãe: _____

RG: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Telefones: () _____ - _____ () _____ - _____

Endereço: _____

Possui acompanhante/cuidador? () sim () não

Agravo

() Agravos Infecciosos de Interesse para a Saúde Pública

() Agravo causador de Risco à Integridade Física e Mental

SINAN: _____

Relatório do profissional de saúde da Vigilância Epidemiológica constando a necessidade e justificativa da remoção:

Precaução

() Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis

Dados do Estabelecimento receptor

Nome/Razão Social do Estabelecimento: _____

Horário do atendimento: _____ Telefone: () _____

Endereço completo: _____

Serviço de: _____

Profissional nível superior (assinatura e carimbo com registro profissional)



	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Herica Souza Leguizamon	Coordenadora	Núcleo de Governança Clínica
	Adrielle Cristina Silva Souza	Enfermeira/Apoio técnico	Núcleo de Governança Clínica
Revisão	Carlos Eduardo Itacaramby	Superintendente Executivo	Superintendência Executiva
Aprovação	Guilherme Limonge	Superintendente Planejamento	Superintendência de Planejamento e Finanças
	Renato Rodrigues	Coordenador de Transporte SMS	Divisão de Transporte
	Gustavo Amoury	Superintendente	Superintendência de Atenção à Saúde
Colaboradores	Valdir Francisco dos Santos	Auxiliar administrativo	Divisão de Transporte
	Amanda Melo Limonge	Diretora de Atenção às Urgências	Superintendência de Atenção à Saúde
	Bruna Anielle	Chefia de Agravos não transmissíveis	Superintendência de Atenção à Saúde
	Josiane Rodrigues Borges	Enfermeira do Programa de Doenças Negligenciadas	Superintendência de Vigilância em Saúde
	Patricia Maria de Oliveira	Enfermeira do Programa de Doenças Negligenciadas	Superintendência de Vigilância em Saúde
	Nathalia Athaides Ramos	Enfermeira do Programa de Doenças Negligenciadas	Superintendência de Vigilância em Saúde
	Naianny Jonas Fogaça Souza	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	Superintendência de Vigilância em Saúde
	Camila Corrêa de Godoy	Coordenadora	Comunicação SMS
	Cleyton Oliveira Teles	Auxiliar administrativo	Divisão de Transporte
	Linniker Abdias Gomes Nascimento	Auxiliar administrativo	Divisão de Transporte
	Magna Veiga Alves de Souza	Coordenadora do Serviço de atenção domiciliar	Superintendência de Atenção à Saúde
	Welder Batista	Apoio Técnico	Superintendência de Planejamento e Finanças
	Willian Rabello Mendes	Apoio Técnico	Comunicação SMS
Atualização	Hérica Souza Leguizamon	Coordenadora	Núcleo de Governança

REFERÊNCIAS



Assis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acesso ao transporte Sanitário Eletivo para Tratamento Fora do domicílio-TFD**. São Paulo, 2018.

Brasil. Lei Nº13.416 de 6 de julho de 2015. **Institui a lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**.2015

Ferraz, M.B. **Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional “Stanford Health Assessment Questionnaire”**. Escola Paulista de Medicina, USP. São Paulo, 1990.

GMFCS-Sistema e Classificação da Função Motora Grossa. Traduzido por Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Luzia Iara Pfeiffer e Carolina Araújo Rodrigues Funayama (Programa de Pós-graduação em Neurociências e Ciências do Comportamento - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).

Indaiatuba. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno Central De Ambulâncias**. São Paulo. 2018

Mato Grosso. Prefeitura Municipal de Sapezal. Estado de Mato Grosso. DECRETO Nº 108/2014, DE 27 de outubro de 2014. **Aprova o Regimento Interno do Departamento Municipal de Trânsito de Sapezal e dá outras providências**. Mato Grosso, 2014

Ministério da fazenda. Avaliação da deficiência. **Estudo comparativo entre os instrumentos utilizados para a efetivação de direitos previdenciários no Brasil e na Alemanha**. Brasil, 2016.

Ministério da Saúde. Portaria nº55 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora do domicílio no Sistema Único de Saúde**. Brasil. 1999.

Ministério da Saúde. Resolução Nº13 DE Fevereiro de 2017 . **Dispõe sobre as diretrizes para o transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS**.Brasil.2017.

Universidade de São Paulo. Orientação Funcional para a utilização da MIF. Hospital das Clinicas.São Paulo, 2001.