

# **Procedimento Operacional Padrão**

**POP/URA/2017**

**Versão 1.0**

# **Procedimento Operacional Padrão**

**POP/URA/2017**

**URA - Unidade de Regulação Assistencial**

Versão 1.0

Material produzido pela Unidade de Regulação Assistencial/HC-UFG/Ebserh  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

HC-UFG/EBSERH

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Primeira Avenida, s/n - Setor Leste Universitário  
CEP: 74605-020| Goiânia-GO  
Telefone: (62) 3269-8370 | Site: [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)

**JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO**  
Ministro de Estado da Educação

**KLEBER DE MELLO MORAES**  
Presidente EBSERH

**JOSÉ GARCIA NETO**  
Superintendente HC-UFG/EBSERH

**ALEXANDRINA MARIA NOGUEIRA GUERRA ADÔRNO**  
Gerente de Atenção à Saúde

**JOSÉ MIGUEL DE DEUS**  
Gerente de Ensino e Pesquisa

**MARCIA YASSUNAGA BRITO**  
Gerente Administrativo

**SORAYA REGINA COELHO MEIRA**  
Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

**DIVINA FERNANDES SILVA BARBOSA**  
Chefe da Unidade de Regulação Assistencial

**EXPEDIENTE**  
Unidade de Regulação Assistencial

**HISTÓRICO DE REVISÕES**

<b>Data</b>	<b>Versão</b>	<b>Descrição</b>	<b>Gestor do POP</b>	<b>Autor/responsável por alterações</b>
13/10/2017	1.0	Inclusão no novo modelo	Divina Fernandes Silva Barbosa	Divina Fernandes Silva Barbosa

## SUMÁRIO

POP 001 – Solicitar Leito na Unidade de Internação e Cota Direta na Central de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde (Processo: Realizar Internação de Urgência) .....	8
POP 002 – Separar internações e conferir dados .....	9

## **SIGLAS E DEFINIÇÕES**

- SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
- SCIH - Sistema de Controle de Internações Hospitalares.
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar.
- URA – Unidade de Regulação Assistencial.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- SCAC - Sistema de Controle e Agendamento de Consultas.
- CadWeb - Cartão Nacional de Saúde.
- SAMIS - Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde.
- PRONT - Sistema de Movimentação de Prontuário.
- CNS - cartão nacional de saúde.

**NÚMERO: POP - 002**

**Separar internações e conferir dados**

<b>EXECUTANTE:</b>	Colaborador da Unidade de Regulação Assistencial		
<b>ÁREA:</b>	Unidade de Regulação assistencial		
<b>OBJETIVO:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tem como principal objetivo garantir que as internações de urgência e mudanças de procedimentos sejam encaminhadas de forma correta para autorização pelo médico regulador 2 da Secretaria Municipal de Saúde.</li></ul>		
<b>ELABORADO POR:</b>	Ludymilla Lima Gontijo e Maristela Machado Rezende		
<b>DATA DA VALIDAÇÃO:</b>		<b>DATA DA REVISÃO:</b>	

**PASSOS**

1. Recolher internações com data de entrada superior a 12 horas.
2. Separar as internações recolhidas conforme tipo de procedimento (clínico ou cirúrgico).
  - Procedimento Clínico: Iniciado com dígito 03, com exceção do procedimento Parto normal (03.10.01.003-9) que deverá ser considerado como procedimento cirúrgico.
  - Procedimento Cirúrgico: Iniciado com dígito 04.
3. Conferir os dados do boletim de identificação/internação, laudo de AIH e espelho de senha de AIH, devendo todos estar em concordância.
  - No boletim de identificação/internação, conferir os campos marcados abaixo:

**HC**  
Hospital das Clínicas  
UFG  
Núcleo Interno de Regulação

Universidade Federal de Goiás  
Hospital das Clínicas

**BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO / INTERNAÇÃO**


**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Prontuário: \_\_\_\_\_ Nr. Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ No Reg.: \_\_\_\_\_  
C.I.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ U.F.: GO CEP: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: PARDA  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_  
Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Número da Internação: \_\_\_\_\_  
Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_  
Carater de Internação: Urgencia  
Médico Responsável: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

- No laudo de AIH conferir o preenchimento correto (sem rasuras) dos seguintes campos: 5, 6, 8, 9, 11, 20, 21, 22 (para os campos 20, 21 e 22 conferir apenas se estão preenchidos), 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35.

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>Identificação do Paciente</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO</b>				2 - CNES <b>2 / 3 / 3 / 8 / 4 / 2 / 4 /</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO</b>				4 - CNES <b>2 / 3 / 3 / 8 / 4 / 2 / 4 /</b>			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1      Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
<b>JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

- No espelho de senha de AIH, conferir a concordância dos dados marcados na imagem abai-

...xo, com o boletim de identificação de internação e o laudo de AIH.

**Senha AIH:**

**Origem AIH:**

**Situação Atend. AIH:**

**Situação Pac. AIH:**

**Unidade Solicitante:** 2338424 HOSPITAL DAS CLINICAS

**Unidade Executante:** 2338424 HOSPITAL DAS CLINICAS

**Paciente:**

**N. CNS :**

**Nome:**

**Mãe:**

**Sexo:**

**Dt. Nascimento:**

**Munic. Resid:**

**Dados da AIH:**

**Requisitante do Leito:**

**Profissional Solicitante:**

**Procedimento:**

**CID:**

**Leito:**

**Tipo do Leito:**

**Data de Solic. AIH:**

**Data de Aceitação:**

**Data de Confirmação:**

**Data da Alta:**

**Dados Clínicos**

**Pressão Arterial/Frequencia Respiratória**

FR

IPM,

PA sistólica

PA Diastólica

Escala de Glasgow

**Acesso Venoso**

**Respiração**

**Transporte**

Scalp

Espontânea

Próprio

**Resultado de Exame**

**Avaliação Cota Direta:**

**Primeira Avaliação**

**Data:**

**Profissional: Avaliado pela equipe médica**

**Justificativa:**

4. Estando todos os dados em concordância, conferir a confirmação das internações no site da central

de regulação de vagas da SMS e para internações com procedimento clínico se houve alta hospitalar

- Entra no site da Central de Regulação de Vagas da SMS (<https://www.goiania.go.gov.br/>)

Entra no site:



Clicar em Serviços>Regulação:



Goiânia

Administração

Serviços

Servidor

Notícias

**SERVIÇOS**

Página inicial | Cadastro de autoridades

- ▶ APROVAÇÃO DE PROJETOS
  - Alvará Fácil
  - Válida Alvará
  - Outros serviços de aprovação de projeto
- ▶ CERTIDÕES
  - Certidões Municipais
  - Cadastro de Informações Municipal - CADIN
- ▶ MEIO AMBIENTE
  - Cadastro Técnico Ambiental
- ▶ IPTU-ITU/TAXAS
  - Imposto Predial e Territorial Urbano
- ▶ SAÚDE
  - Agentes Comunitários da Saúde
  - Vale Exame - Baixa Prestador
  - Regulação**
  - Teleconsulta
  - Cirurgias Eletivas/APAC
  - Autorização de Vale Exame
  - APAC
  - Cartão SUS
  - Lista de Acesso (antiga lista de espera)
  - Vale Exame - Emissão (Interior)
  - Nota Fiscal

**ESCOLHA O GRUPO DE SERVIÇOS**

- » Aprovação de Projetos
- » Certidões
- » Meio Ambiente
- » IPTU-ITU/Taxas
- » ISSQN/TAXAS
- » Feiras
- » Asfalto
- » Assistência social
- » ISTI/Taxas
- » Mapas
- » Processos
- » Recursos Humanos
- » Saúde
- » GUIAS DIVERSAS
- » eDOC
- » Portal do credenciado
- » Fiscalização

Fazer o Login e clicar em entrar.

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE VAGAS**

A Central de Regulação disponibiliza alguns serviços para sua rede credenciada. Para ter acesso a esses serviços, a unidade credenciada deve ter usuário e senha previamente cadastrados.

Fone: (62) 3524-1580  
(62) 3524-1616

**Secretaria Municipal de Saúde**  
Sistema da Central de Regulação de Vagas  
Identificação do Usuário

**Acesso restrito**

Usuário

Senha

Clicar na opção Internação:

Consulta Especializada

Internação

Deslizar o mouse na opção Relatórios, clicando em seguida na opção internações:



ANTONIO - HOSPITAL DAS CLINICAS

- Lançamento
- Leitos
- Solicitação
- Relatórios**
- Arquivos

- Internações
- Solicitações de Internação
- Demanda Encaminhamento
- Censo Leitos
- Solicitações de Rejeição
- Internações Conveniadas
- Faixas de Faturamento
- Diaria do Leito
- Diaria de Leito por AIH



Solicitação de Internação de Urgência

[Acesso...](#)

**INFORME PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO WASSILY CHUC**

No campo “Informe o Número da AIH”, digitar a Senha AIH presente no Espelho de Senha de AIH e clicar em confirmar:



ANTONIO - HOSPITAL DAS CLINICAS

Informe o Número da AIH

Consultar

Limpar

Informe o Período (Dt. Autorização da AIH)

Data Início

Data Fim

Informe o Paciente

Nº CNS

Nome

Mãe

Sexo  Dt. Nascimento

\*\*Para consultar pelo do Nº CNS não é necessário informar os demais dados do paciente.

Consultar

Limpar

Informe a Situação da AIH

Informe o Tipo do Relatório

Após clicar em confirmar, o espelho de Senha de AIH será gerado, verificar então a Situação Pac. AIH e se o paciente já recebeu alta, caso este já tenha recebido alta separar das demais internações.

**Senha AIH:**

Origem AIH:  
Situação Atend. AIH:  
Situação Pac. AIH: INTERNAÇÃO NÃO CONFIRMADA ←

Unidade Solicitante: 2338424 HOSPITAL DAS CLINICAS  
Unidade Executante: 2338424 HOSPITAL DAS CLINICAS

**Paciente:**

N. CNS :  
Nome:  
Mãe:  
Sexo: Dt. Nascimento:  
Munic. Resid:

**Dados da AIH:**

Requisitante do Leito:  
Profissional Solicitante:  
Procedimento:  
CID:  
Leito:  
Tipo do Leito:  
Data de Solic. AIH:  
Data de Aceitação: -  
Data de Confirmação: -  
Data da Alta: -

Se a internação não estiver confirmada, clicar em Menu Principal no canto superior direito da tela:

Informe o Número da AIH

Informe o Período (Dt. Autorização da AIH)

Data Início   
Data Fim

Informe o Paciente

Nº CNS   
Nome   
Mãe   
Sexo  Dt. Nascimento

\*\*Para consultar pelo do Nº CNS não é necessário informar os demais dados do paciente.

Informe a Situação da AIH

Deslizar no canto superior esquerdo até a opção Lançamento, e clicar em “Confirmar/Cancelar/Solicitar Rejeição Internação”



ANTONIO - HOSPITAL DAS CLINICAS

Lançamento	Confirmar/Cancelar/Solicitar Rejeição Internação
Leitos	Alta Hospitalar
Solicitação	Procedimentos Secundários
Relatórios	Cancelamento Alta Hospitalar
Arquivos	

**NOVIDADE:**

**Protocolo de Solicitação de Internação de Urgência**

[Veja mais no arquivo em anexo...](#)

**INFORME PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO WASSILY CHUC**

Após clicar em “Confirmar/Cancelar/Solicitar Rejeição Internação”, digitar o número da Senha de AIH e clicar em confirmar:



ANTONIO - HOSPITAL DAS CLINICAS

Senha AIH  Consultar

Paciente	<input type="text"/>
Dt Nascimento	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Solicitante	<input type="text"/>
Procedimento	<input type="text"/>
Tipo Leito	<input type="text"/>
Leito	<input type="text"/>

Data/Hora Confirmação: 03/11/2017 10:47

5. Estando todas as internações confirmadas, colocar as internações com código de procedimento clínico em ordem de leitos e encaminhar ao médico Regulador 2 da SMS. As internações com procedimento cirúrgico confirmadas deverão ser arquivadas por ordem alfabética para aguardar recebimento da descrição de cirurgia.

