



Comprovante de Publicação

Nº: 27798

Identificação:

3879/2015

Data/Hora Veiculação: 19/10/2015 16:15

Data Publicação :

20/10/2015

Ato: PORTARIA Nº 41.866/2015

Assunto: CERTIDÃO DE NEGATIVA DE ATENDIMENTO PARA TODOS OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS NÃO ATENDIDOS NA UNIDADE/SERVIÇO DE SAÚDE

Tipo: Decreto

Órgão 1: Prefeitura do Município

Órgão 2: Secretaria Municipal de Saúde

Ementa: O fornecimento de Certidão de Negativa de Atendimento para todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS não atendidos na unidade/serviço de saúde, independente do motivo, sempre que solicitado pelo mesmo (em cumprimento à determinação do Processo Administrativo – PA nº 1.25.000.002495/2015-71);

Completo

PORTARIA Nº. 41.866/2015 O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ARAUCÁRIA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, DETERMINA Art. 1º - O fornecimento de Certidão de Negativa de Atendimento para todos os usuários do Sistema Único de Saúde ? SUS não atendidos na unidade/serviço de saúde, independente do motivo, sempre que solicitado pelo mesmo (em cumprimento à determinação do Processo Administrativo ? PA nº 1.25.000.002495/2015-71); Art. 2º - A referida certidão deverá, obrigatoriamente, conter as seguintes informações: nome do usuário, número de documento oficial do usuário (CPF/Documento de Identidade/Cartão Nacional de Saúde), Unidade/Serviço de saúde, data, hora, motivo da recusa/impossibilidade no atendimento; Art. 3º - Os servidores públicos que atuam na Unidade/Serviço de Saúde ficarão encarregados de fornecer tal documento; Art. 4º - O modelo da certidão a ser utilizada encontra-se em anexo. Art. 5º - A presente Portaria entra em vigor nesta data. Prefeitura do Município de Araucária, 15 de outubro de 2015. ROGÉRIO DONATO KAMPA Secretário Municipal de Saúde CERTIDÃO DE NEGATIVA DE ATENDIMENTO O(A) Senhor(a) ..... , portador do documento (CPF/Documento de Identidade/Cartão Nacional de Saúde) nº ..... esteve presente na Unidade/Serviço de Saúde ..... no dia ...../...../..... às .....: ..... Na referida data não foi possível realizar: ( ( ( ( ( ( ) Consulta médica; ) Consulta odontológica; ) Consulta ..... ) Exame - Qual? ..... ) Curativo; ) Entrega do medicamento/insumo - Qual?..... ) Outro motivo - Qual?..... Motivo da falta (1) Falta do medicamento/insumo apenas nesta Unidade/Serviço de Saúde; (2) Falta do medicamento/insumo no almoxarifado central da saúde; (3) Falta do medicamento/insumo no mercado; (4) Insumo/medicamento em processo de compra; (5) Procedimento ou consulta remarcada para outra data (especificar data e horário); (6) Paciente chegou atrasado (7) Profissional envolvido estava em outra atividade; (8) Profissional ausente (especificar motivo); (9) Outro motivo (especificar). Justificativa/Especificações: .....

..... Para todos os fins, Eu, ..... cadastrado na Matrícula nº ..... Cargo/Função ..... Declaro serem verdadeiras as informações acima.

..... NOME E CARIMBO DO SERVIDOR E CARIMBO DA UNIDADE/SERVIÇO DE SAÚDE ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 ASSINATURA DO SOLICITANTE Assinado de forma digital por ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Caixa Economica Federal, ou=AC CAIXA PJ v2, cn=ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 Dados: 2015.10.19 11:21:34 -0200