

PORTARIA Nº. 41.866/2015

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO 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;	(5) Procedimento ou consulta remarcada para outra data (especificar data e horário);
(2) Falta do medicamento/insumo no almoxarifado central da saúde;	(6) Paciente chegou atrasado
(3) Falta do medicamento/insumo no mercado;	(7) Profissional envolvido estava em outra atividade;
(4) Insumo/medicamento em processo de compra;	(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.

<p>_____ NOME E CARIMBO DO SERVIDOR E CARIMBO DA UNIDADE/SERVIÇO DE SAÚDE</p>	<p>_____ ASSINATURA DO SOLICITANTE</p>
--	---