

Gerência de Regulação Ambulatorial
Superintendência do Complexo Regulador em Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
2021

Protocolo de Regulação Ambulatorial e de Cirurgia Eletiva

HOSPITAL REGIONAL DE FORMOSA
DR CÉSAR SAAD FAYAD
Macrorregião Nordeste
Formosa



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde





SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL E ELETIVO

Protocolo: 001	Data de Aprovação: 26/01/2021	Revisão – 001 Data: 08/03/2021
Elaborado por:		Aprovado por:

Unidade: Hospital Regional de Formosa Dr César Saad Fayad – HRF

CNES: 2534967

Esfera Administrativa: PÚBLICA

Natureza: PÚBLICO

Endereço: Av. Maestro João Luiz do Espírito Santo, S/n – Parque Laguna II CEP:73814-005

Cidade: Formosa-GO

Responsável pela regulação na Unidade: Silviane Pereira Lopes

Contato: (61) 3642-1097 e (61) 9.9663-6629

1 – INTRODUÇÃO:

Hospital Regional de Formosa Dr César Saad Fayad - HRF, esta localizado na Av. Maestro João Luiz do Espírito Santo, S/n – Parque Laguna II CEP:73814-005, Formosa-GO.

A Unidade Estadual é gerida por uma Organização Social – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, através do Contrato de Gestão nº 026/2020 – SES/GO, tendo por objeto o estabelecimento de compromisso entre as partes para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad – HRF, com a pactuação de indicadores de desempenho e qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários de SUS.

Esse protocolo é dividido em linhas de cuidado, nas quais os serviços estão inseridos, para melhor coordenação do cuidado e ordenamento em rede.

Esse Protocolo visa definir critérios e perfil para atendimento **AMBULATORIAL** que constituirão a porta de entrada também para os procedimentos cirúrgicos eletivos.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

2 – APLICAÇÃO

Esse protocolo aplica-se para todos os municípios de abrangência do Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad – HRF.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição Federal e Lei 8.080/90.

Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008

Portaria nº 1034, de 05 de maio de 2010

4 – DEFINIÇÕES

Hospital Regional de Formosa Dr César Saad Fayad- HRF

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento.

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SISREG III – Sistema Nacional de Regulação.

HDA – História da doença atual.

ASA I – Classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists – Não há distúrbios orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos.

ASA II – Classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists – Distúrbios sistêmicos, variando de discretos a moderados, que eventualmente não estão relacionados com o motivo da cirurgia.

APS – Atenção Primária a Saúde

GOLDMANN I E II – índice de Risco Cardíaco.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva.

5 – MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

Assistência à população de aproximadamente 1.330.797 habitantes da Macrorregião Nordeste que é composta por 31 municípios de acordo com a Tabela 01. Além da Macrorregião Nordeste, a Unidade poderá atender outros municípios de acordo com necessidade discricionária da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

MACRORREGIÃO NORDESTE			
ENTORNO NORTE	ENTORNO SUL	NORDESTE I	NORDESTE II
MUNICÍPIO	MUNICIPIO	MUNICÍPIO	MUNICIPIOS
Água Fria de Goiás	Águas Lindas de Goiás	Campos Belos	Alvorada do Norte
Alto Paraíso	Cidade Ocidental	Cavalcante	Buritópolis
Cabeceiras	Cristalina	Divinópolis de Goiás	Damianópolis
Flores de Goiás	Luziânia	Monte Alegre de Goiás	Guarani de Goiás
Formosa	Novo Gama	Teresina de Goiás	Iaciara
Planaltina	Santo Antônio do Descoberto		Mambaí
São Joao D´Aliança	Valparaíso de Goiás		Nova Roma
Vila Boa			Posse
			São Domingos
			Simolândia
			Sítio D´Abadia

Tabela 01 – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás.

6 – REGULAÇÃO

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

O processo de regulação das consultas especializadas e exames complementares no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás dará através do SISREG III, cuja base está implantada na Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, o qual possui profissionais médicos habilitados e treinados na operacionalização do sistema, seguindo os critérios descritos na Política de Regulação e demais Normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.080/90.

A prioridade de regulação, foi estabelecida, baseado na Classificação de Risco do SISREG III, que tem como parâmetro a história da doença atual (HDA).

Os critérios de regulação estão baseados na classificação de prioridade pertinente aos motivos de encaminhamento, como demonstrado no Tabela 02.

Cor	Classificação de risco	Prioridade de Solicitação
Vermelho	P0	Emergência (necessidade de atendimento imediato).
Amarelo	P1	Urgência (atendimento o mais rápido possível).
Verde	P2	Prioridade não urgente.
Azul	P3	Atendimento Eletivo.

Tabela 02 – Classificação de prioridade de acordo com o SISREG III.

7 – SERVIÇOS OFERTADOS

7.1 – CONSULTAS AMBULATORIAIS

PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NO SISREG
Consulta em Cirurgia Geral	0301010072 – CONSULTA EM CIRURGIA GERAL – GERAL
Consulta em Cirurgia Ginecológica	0301010072 – CONSULTA EM GINECOLOGIA CIRÚRGICA
Consulta em Ortopedia	0301010072 – CONSULTA EM ORTOPEDIA – GERAL

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

Consulta em Cirurgia Vascular (para Varizes)	0301010072 – CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – VARIZES
---	--

Tabela 03 – Relação de consultas ambulatoriais.

7.1.1 – CONSULTA EM CIRURGIA GERAL

Principais motivos para o encaminhamento:

- Hérnia Inguinal
- Hérnia Umbilical
- Hérnia Epigástrica
- Colelitíase
- Vasectomia
- Postectomia (**Adultos com menos 100 kg**)

Critérios gerais para encaminhamento:

- Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II;
- Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento;

Especificidades:

Colelitíase: **peso inferior a 100 kg**

Vasectomia: necessário planejamento familiar

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

Exame físico: relatar achados importantes

Exames complementares necessários: Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Glicemia de jejum
- EAS
- Coagulograma
- ECG com laudo
- USG para procedimento de colecistectomia e/ou patologias que necessitem do US
- Risco cirúrgico para idade maior /igual a 40 anos ou quando o cirurgião achar necessário

Critério: P2

OBS: casos de colecistite aguda ou hérnia encarcerada devem ser encaminhados ao serviço de atendimento de urgência.

7.1.2 – CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLÓGICA

Principais motivos para o encaminhamento:

- Laqueadura (**Paciente deverá apresentar ata assinada do planejamento familiar completo realizada no município de origem**)
- Leiomioma uterino
- Sangramento disfuncional do endométrio
- Doenças benignas dos ovários

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

- Exérese de pólipos uterinos
- Miomectomia
- Ninfoplastia
- Distúrbios da glândula de Bartholin
- Histerectomia

OBS:

- Encaminhar somente doenças benignas.
- Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao serviço de referência (de acordo com a pactuação do município de origem).

Critérios gerais para encaminhamento:

- Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II
- Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento
- **Maiores de 16 anos**

Especificidades:

- Histerectomia: **PESO INFERIOR A 100 KG.**

Exame físico: Relatar achados importantes.

Exames complementares necessários: Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

- Glicemia de jejum
- EAS
- Coagulograma
- ECG c/ laudo
- USG para procedimento relacionado a útero e ovário
- Risco cirúrgico para **maiores ou igual a 40 anos.**

Critério: P2

7.1.3 – CONSULTA EM ORTOPEDIA

Principais motivos para o encaminhamento:

- Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites
- Sequelas de fraturas
- Síndrome do túnel do carpo
- Sinovite
- Bursite
- Fasceíte Plantar
- Ressecção de cisto sinovial
- Retirada de Pino ou Fio Intra Osseo
- Retirada de Placa e Parafusos
- Redução incruenta de fraturas/luxações (que não aconteceram no mesmo dia)
- Manipulação Articular

Critérios gerais para encaminhamento:

Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados,

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

Exame Físico: relatar achados importantes.

Exames complementares necessários: Exames relacionados ao caso em questão.

Critério: P2

7.1.4 – CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – VARIZES

Principais motivos para encaminhamento:

- Varizes em membros inferiores/superiores;
- Úlceras de pernas;
- Insuficiência circulatória arterial/venosa com dor e dormência e/ou edema em membros inferiores;
- Refluxo ou obstrução na ecografia venosa com doppler e refratária ao tratamento conservador na Atenção Primária por 6 meses;
- Não encaminhar pacientes jovens com microvarizes ou para procedimentos estéticos que não são autorizados pelo SUS;

Critérios gerais para encaminhamento:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
- Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não). Se sim, descreva;
- Tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado;

- Resultado de ecografia com doppler venoso, se realizada, com data;

Exame Físico: Relatar achados importantes.

Exames complementares necessários: Todos realizados nos últimos 03 meses, SE HOUVER.

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Glicemia de jejum
- EAS
- Coagulograma
- ECG c/ laudo
- USG com doppler do membro acometido
- Risco cirúrgico para **maiores ou igual a 40 anos** ou para os que o cirurgião assistente achar necessário

Critério: P2

8 – CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

A definição de critérios, visa à otimização da oferta dos serviços aos usuários do SUS e à qualificação dos motivos de encaminhamento evitando recusa de atendimento e devoluções de pacientes fora do perfil estabelecido.

TIPO DE CONSULTA	INDICAÇÕES CLÍNICAS	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
------------------	---------------------	-----------------------

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

			PARA SOLICITAÇÃO DE VAGA
01	Consulta em Cirurgia Geral	Hérnia Inguinal, Hérnia Umbilical, Hérnia Epigástrica, Colelitíase, Vasectomia, Postectomia (Adultos com menos 100 kg),	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II; Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento; Especificidades: Colelitíase: peso inferior a 100 kg Vasectomia: necessário planejamento familiar.
02	Consulta Em Cirurgia Ginecológica/ Obstetrícia	Laqueadura (Paciente deverá apresentar planejamento familiar completo), Leiomioma uterino, Sangramento disfuncional do endométrio, Doenças benignas dos ovários, Exérese de pólipos uterinos, Miomectomia, Ninfoplastia, Distúrbios da glândula de Bartholin, Histerectomia. OBS: Encaminhar somente doenças benignas. Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao serviço de referência (de acordo com a	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento Maiores de 16 anos Especificidades: Histerectomia: PESO INFERIOR A 100 KG.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

		pactuação do município de origem).	
03	Consulta em Ortopedia	Dor localizada a esclarecer: articular, tendinites, Sequelas de fraturas, Síndrome do túnel do carpo, Sinovite, Bursite, Fasceite Plantar, Ressecção de cisto sinovial, Retirada de Pino ou Fio Intra Osseo, Retirada de Placa e Parafusos, Redução incruenta de fraturas/luxações (que não aconteceram no mesmo dia), Manipulação Articular.	Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.
04	Consulta em Cirurgia Vascular	Varizes em membros inferiores/superiores; Úlceras de pernas; Insuficiência circulatória arterial/venosa com dor e dormência e/ou edema em membros inferiores; Refluxo ou obstrução na ecografia venosa com doppler e refratária ao tratamento conservador na APS por 6 meses; Não encaminhar pacientes jovens com microvarizes ou para procedimentos estéticos que não são autorizados pelo SUS;	Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros); Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não). Se sim, descrever; Tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

			presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado; Resultado de ecografia com doppler venoso, se realizada, com data.
--	--	--	--

Tabela 04 – Síntese dos critérios / indicação clínica.

9 – CIRURGIAS ELETIVAS

As solicitações de Cirurgias Eletivas são de responsabilidade da Secretaria do município de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREG.

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA
04.09.06.023-2	SALPINGENCTOMIA UNI / BILATERAL
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
04.09.04.024-0	VASECTOMIA
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)

Tabela 05 – Cirurgias Eletivas.

10 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

As solicitações de consultas é de responsabilidade da secretaria do município de origem do paciente, que devera solicitar via sistema SISREG de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas conforme Tabela 04 – Síntese dos critérios / indicação clínica.

- **Solicitação de consulta especializada via SISREG:** Responsabilidade das Unidades Municipais.

Acessar o SISREGIII > Fazer login > Solicitar > Ambulatorial > Inserir CNS do paciente > Pesquisar > Conferir dados > Continuar > Preencher dados do Procedimento Ambulatorial desejado > Preencher CID > Preencher nome do profissional solicitante > Selecionar Central Executante > Selecionar Unidade executante – Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF > Selecionar OK > Conferir dados > Selecionar Solicitar (mesmo que o sistema diga que não há vagas disponíveis) > Conferir dados > Em **destino da solicitação** selecionar “Regulação” > Inserir as observações necessárias para o agendamento da consulta especializada > Incluir CRM do médico solicitante > Enviar > Anotar número da solicitação para acompanhamento.

As Unidades devem solicitar o tipo de consulta de acordo com as indicações clínicas

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 04.

- **Avaliação técnica da solicitação de consulta especializada e agendamento das consultas:** Responsabilidade do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

Os médicos reguladores avaliarão todas as solicitações de consulta, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será negada via SISREG com justificativa pertinente.

Caso as solicitações estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 04, a consulta será agendada via SISREG, na data mais próxima disponível nas agendas dos médicos da Unidade.

- **Informação do agendamento aos pacientes:** Responsabilidade das Unidades Municipais Solicitantes.

Para verificar o andamento das solicitações deve-se proceder da seguinte maneira:

Acessar o SISREGIII > Fazer login > Consulta Amb > Preencher Cód. Solicitação > Pesquisar.

Após verificação do agendamento da consulta especializada no SISREG, as Unidades Municipais solicitantes procederão ao contato telefônico com os pacientes e realizarão a entrega dos comprovantes de agendamento emitidos pelo SISREG, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes.

No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão enviar de forma eletrônica solicitação de cancelamento da consulta ao Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

O Complexo Regulador em Saúde de Goiás poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente em aguardo na fila de espera SISREG.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de Formosa Dr Cesar Saad Fayad- HRF

- **Atendimento às consultas agendadas:** Responsabilidade do Hospital Regional de Formosa Dr. Cesar Saad Fayad – HRF.

O Hospital Regional de Formosa Dr. Cesar Saad Fayad deve proceder com o atendimento dos pacientes e providenciar os exames complementares e risco cirúrgico dos pacientes para a realização da cirurgia.

11 – CRÉDITOS

Elaborado por:	Gerência de Regulação Ambulatorial/ Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás / SES.	29/01/2021
	Hospital Regional de Formosa DR Cesar Saad Fayad- HRF	28/01/2021
Validado por:	Hospital Regional de Formosa DR Cesar Saad Fayad- HRF	02/02/2021
	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/SES.	02/02/2021

Ouvidoria: Sugestão, reclamações, elogios e denúncias entre em contato pela ouvidoria da SES – GO no telefone 0800 643 3700.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRF	Aprovado por: SCRS e Diretoria HRF
--	------------------------------------