

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 SÃO LUÍS DE MONTES BELOS
Macrorregião Centro Oeste
São Luís de Montes Belos



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 São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL E ELETIVO

Protocolo 001	Data de Aprovação: 29/01/2021	Revisão: 01 Data: 09/03/2021
Elaborado Por:		Aprovado por:

Unidade: Hospital Regional de São Luís de Montes Belos

CNES: 2382474

Esfera Administrativa: PÚBLICA

Natureza: PÚBLICA

Endereço: Rua 03, Quadra 04, Lote 08-SN Vila popular-GO

Cidade: São Luís de Montes Belos – GO

Responsável pela regulação na Unidade: Enfermeira Susana Mariano Miranda

Contato: (64)993335798

1 – INTRODUÇÃO:

O Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó está localizado na Rua 03, quadra 04, Lote 08, SN – Vila Popular – GO, 776100.000, em São Luís de Montes Belos, Goiás.

A Unidade Estadual é gerida por uma Organização Social – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento – IMED, através do Contrato de Gestão nº 50-2020 – 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 São Luís de Montes Belos – Drº Geraldo Landó, 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 HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

2 – APLICAÇÃO

Esse protocolo aplica-se para todos os municípios de abrangência do Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Drº Geraldo Landó

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:

HRSLMB – Hospital Regional São Luís de Montes Belos

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.

GOLDMANN I E II – índice de Risco Cardíaco.

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva.

5 – MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

Assistência à população de aproximadamente 2.340.061 habitantes da Macrorregião Centro-Oeste que é composta por 72 municípios de acordo com a Tabela 01. Além da Macrorregião Centro-Oeste, a Unidade poderá atender outros municípios de acordo com necessidade discricionária da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE (POPULAÇÃO 2.340.061)			
REGIONAL CENTRAL (POP. 1.910.923)	REGIONAL RIO VERMELHO (POP. 199.298)	REGIONAL OESTE I (POP. 113.882)	REGIONAL OESTE II (POP. 115.958)
MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	MUNICÍPIO
Abadia de Goiás	Americano do Brasil	Amorinópolis	Adelândia
Anicuns	Araguapaz	Aragarças	Aurilândia
Araçu	Aruanã	Arenópolis	Buriti de Goiás
Avelinópolis	Britânia	Baliza	Cachoeira de Goiás
Brazabrantés	Faina	Bom Jardim de Goiás	Córrego do Ouro
Campestre de Goiás	Goiás	Diorama	Firminópolis
Caturai	Guaraíta	Fazenda Nova	Palmeiras de Goiás
Damolândia	Heitorai	Iporá	Palminópolis
Goiânia	Itaberaí	Israelândia	Paraúna
Goianira	Itapirapuã	Ivolândia	Sanclerlândia

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

Guapó	Itapuranga	Jaupaci	São João da Paraúna
Inhumas	Jussara	Moiporá	São Luís de Montes Belos
Itaguari	Matrinchã	Montes Claros de Goiás	Turvânia
Itauçu	Mossâmedes	Novo Brasil	
Jesúpolis	Mozarlândia	Palestina de Goiás	
Nazário	Nova Crixás	Piranhas	
Nerópolis	Santa Fé de Goiás		
Nova Veneza			
Ouro Verde de Goiás			
Petrolina de Goiás			
Santa Bárbara de Goiás			
Santa Rosa de Goiás			
Santo Antônio de Goiás			
São Francisco de Goiás			
Taquaral de Goiás			
Trindade			

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

6 – REGULAÇÃO

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

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

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

ESPECIALIDADE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NO SISREG
Cirurgia Geral	0301010072 - CONSULTA EM CIRURGIA GERAL – GERAL
Cirurgia Ginecológica	0301010072 - CONSULTA EM GINECOLOGIA CIRURGICA
Cirurgia Ortopédica	0301010072 - CONSULTA EM ORTOPEDIA – GERAL
Cirurgia Vascular (para Varizes)	0301010072 - CONSULTA EM VASCULAR – VARIZES

Tabela 03 – Relação de consultas ambulatoriais

7.1.1 – CONSULTA EM CIRURGIA GERAL (acima de 18 anos)

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

Principais motivos para o encaminhamento:

- Hérnia Inguinal
- Hérnia Umbilical
- Hérnia Epigástrica
- Colelitíase

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**

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 para procedimento de colecistectomia e/ou patologias que necessitem do US
- Risco cirúrgico para idade **maior /igual a 40 anos**



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

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
- Doenças benignas dos ovários
- Exérese de pólipos uterinos
- Miomectomia
- 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:

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

- 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
- 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 (acima de 18 anos)

Principais motivos para o encaminhamento:

- Sequelas de fraturas

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

- Síndrome do túnel do carpo
- 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, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

Exame físico: relatar achados importantes.

Exames complementares necessários: Exames relacionados.

Critério: P2

7.1.4– CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – PARA VARIZES (acima de 18 anos)

Principais motivos para o encaminhamento:

- Tratamento cirúrgico de varizes unilateral
- Tratamento cirúrgico de varizes bilateral

Critérios gerais para encaminhamento:



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

Exame físico: relatar achados importantes.

Exames complementares necessários: Exames relacionados.

Critério: P2

7.2 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

As solicitações de exames são de responsabilidade da secretaria municipal de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREGIII, conforme quadro abaixo:

SADT	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO NO SISREG
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	XXXX – GRUPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADO

Procedimento	Código do Procedimento – SIGTAP	Procedimento no SISREG
Tomografia computadorizada de coluna torácica	020601003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA
Tomografia computadorizada do crânio	020601007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

-Tomografia computadorizada de articulações de membro superior direito -Tomografia computadorizada de articulações de membro superior esquerdo	020602001-5	-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO
-Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior direito -Tomografia computadorizada de articulações de membro superior esquerdo	020603002-9	-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
Tomografia computadorizada de tórax	020602003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX
Tomografia computadorizada de abdômen superior	020603001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR
Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdômen inferior	020603003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/ BACIA /ABDÔMEN INFERIOR

- ◆ **Por motivos de especificação do aparelho, encaminhar pacientes até 100 kg para realizarem exames.**
- ◆ **Tomografias realizadas sem a utilização de contraste.**

➔ **Tomografia computadorizada de crânio**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none">• Traumatismo;• AVCs;	<ul style="list-style-type: none">• Não há	<ul style="list-style-type: none">• História Clínica.• Exame Físico.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

<ul style="list-style-type: none">• Doenças Degenerativas do Encéfalo;• Aneurismas;• Convulsões recentes a esclarecer;• Cefaleia grave a esclarecer;• Hemorragias;• Tumores (diagnóstico e estadiamento);• Metástases (detecção e acompanhamento);• Processos Expansivos;• Hidrocefalia;• Distúrbio do comportamento;• Alterações endócrinas e estudo da hipófise;• Síndromes demências a esclarecer.		<ul style="list-style-type: none">• RX simples com Laudo.• USG com laudo, quando indicado.• Relatório médico (na ausência de RX e USG).• Exame do Liquor (se doença infecciosa)
--	--	--

➔ **Tomografia computadorizada de articulações**

Membros superiores

- Articulações Esternoclaviculares;
- Articulações dos Ombros;
- Articulações dos Cotovelos;
- Articulações dos Punhos.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
 Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
 Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

Membros inferiores

- Articulações Sacro-Iliacas;
- Articulações Coxo-Femorais;
- Articulações dos Joelhos;
- Articulação dos Tornozelos.

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos; • Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento); • Processos expansivos; • Fraturas (cominutivas); • Artrose. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há 	<ul style="list-style-type: none"> • História Clínica. • Exame Físico. • RX simples com Laudo. • USG com laudo, quando indicado. • Relatório médico (na ausência de RX e USG).

- ◆ Caso seja necessário fazer exames de membro direito e esquerdo, solicitar o mesmo procedimento duas vezes. Ex: Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior direito+ Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior+ esquerda.

➔ **Tomografia computadorizada de tórax**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo; • Sangramentos (vias aéreas); • Pneumopatias Intersticiais; • Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação); 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há 	<ul style="list-style-type: none"> • História Clínica. • Exame Físico. • RX simples com Laudo. • USG com laudo, quando indicado. • Relatório médico (na ausência de RX e USG). •



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

<ul style="list-style-type: none">• Bronquiectasias (acompanhamento);• Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural;• Tumores (diagnóstico e estadiamento);• Metástases (detecção e acompanhamento);• Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento);• Síndrome de compressão da veia cava superior;• Doenças da aorta; (aneurisma/dissecção);• Tromboembolismo pulmonar;• Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.		
--	--	--

➔ **Tomografia de abdômen superior**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
-----------	------------------	---------------

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

<ul style="list-style-type: none"> • Abscessos; • Traumatismos; • Tumores (diagnóstico e estadiamento); • Processos expansivos; • Ruptura de órgãos (suspeita); • Pesquisa de metástases; • Aneurismas; • Pancreatites; • Litíase pancreática; • Linfonodomegalia; • Cálculo renal; • Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante; • Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há 	<ul style="list-style-type: none"> • História Clínica. • Exame Físico. • RX simples com Laudo. • USG com laudo, quando indicado. • Relatório médico (na ausência de RX e USG). •
---	--	--

➔ **Tomografia computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos; • Malformações 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> • História Clínica. • Exame Físico.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

<p>congenitas;</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);• Processos expansivos;• Cálculo renal.• Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;• Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;• Patologia geniturinária (doença inflamatória/neoplásica);• Patologia uterina e anexos;• Patologia prostática; Patologia na transição retosigmóide;• Neoplasias de partes moles e ósseas; Malformações congênitas.		<ul style="list-style-type: none">• RX simples com Laudo.• USG com laudo, quando indicado.• Relatório médico (na ausência de RX e USG).•
---	--	---

◆ Caso seja solicitado abdomen total solicitar: Tomografia computadorizada de abdômen superior + Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdômen inferior

8 – CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

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 PARA SOLICITAÇÃO DE VAGA
01	Cirurgia Geral	Hérnia Inguinal, Hérnia Umbilical Hérnia Epigástrica, Colelitíase Retirada de corpo estranho subcutâneo, Retirada de cisto sebáceo, Retirada de verruga, Retirada de calosidade, Retirada de corpo estranho, Drenagem de abscesso.	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento Especificidades: Colelitíase: <u>peso inferior a 100 kg</u>
02	Cirurgia Ginecológica	Laqueadura (Paciente deverá apresentar planejamento familiar completo), Leiomioma uterino, Doenças benignas dos ovários, Exérese de pólipos uterinos, Miomectomia, Distúrbios da glândula de Bartholin, Histerectomia. OBS: ENCAMINHAR <u>SOMENTE</u> DOENÇAS BENIGNAS. Casos confirmados de malignidade devem ser encaminhados ao	Pacientes ASA I e ASA II ou GOLDMANN I e II, Justificativa clínica com sinais e sintomas do motivo do encaminhamento, <u>Maiores de 16 anos.</u> Especificidades: Histerectomia: PESO INFERIOR A 100 KG.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

		serviço de referência (de acordo com a pactuação do município de origem).	
03	Cirurgia Ortopédica	Sequelas de fraturas, Síndrome do túnel do carpo, 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	Cirurgia Vascolar (para Varizes)	Tratamento cirúrgico de varizes unilateral, Tratamento cirúrgico de varizes bilateral.	Justificativa clínica com tempo de evolução, exames realizados, sintomas associados, tratamento já realizado ou em curso e medicamentos em uso.

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.

ESPECIALIDADE	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	AIH/BPA
ANGIOLOGIA	0406020566	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	AIH
ANGIOLOGIA	0406020574	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	AIH
GINECOLOGIA	0409060020	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	AIH

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

GINECOLOGIA	0409060038	EXCIÇÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	AIH
GINECOLOGIA	0409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	AIH/APAC
GINECOLOGIA	0409060089	EXCIÇÃO TIPO I DO COLO UTERINO	BPA
GINECOLOGIA	0409060097	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	BPA
GINECOLOGIA	0409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	AIH
GINECOLOGIA	0409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	AIH
GINECOLOGIA	0409060127	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	AIH
GINECOLOGIA	0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	AIH
GINECOLOGIA	0409060178	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	AIH/APAC
GINECOLOGIA	0409060186	LAQUEADURA TUBÁRIA	AIH
GINECOLOGIA	0409060194	MIOMECTOMIA	AIH
GINECOLOGIA	0409060216	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	AIH
GINECOLOGIA	0409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	AIH
GINECOLOGIA	0409060240	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	AIH
GINECOLOGIA	0409060275	TRAQUELOPLASTIA	AIH
GINECOLOGIA	0409070041	COLPOPERINEOCLEISE	AIH
GINECOLOGIA	0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	AIH
GINECOLOGIA	0409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	AIH
GINECOLOGIA	0409070084	COLPOPLASTIA ANTERIOR	AIH
GINECOLOGIA	0409070157	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	AIH/APAC
GINECOLOGIA	0409070203	OPERACAO DE BURCH	AIH
GINECOLOGIA	0409070220	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	AIH
GINECOLOGIA	0409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	AIH
GINECOLOGIA	0409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	AIH
ORTOPEDIA	0403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	AIH
ORTOPEDIA	0408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	AIH
ORTOPEDIA	0408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	AIH
ORTOPEDIA	0408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	AIH
ORTOPEDIA	0408010193	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	AIH

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

ORTOPEDIA	0408010207	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	AIH
ORTOPEDIA	0408010215	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	AIH
ORTOPEDIA	0408020121	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	AIH
ORTOPEDIA	0408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	AIH
ORTOPEDIA	0408020342	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	AIH
ORTOPEDIA	0408020385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	AIH
ORTOPEDIA	0408020393	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	AIH
ORTOPEDIA	0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	AIH
ORTOPEDIA	0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	AIH
ORTOPEDIA	0408020431	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	AIH
ORTOPEDIA	0408020440	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	AIH
ORTOPEDIA	0408020458	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	AIH
ORTOPEDIA	0408020512	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	AIH
ORTOPEDIA	0408020520	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	AIH
ORTOPEDIA	0408020539	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	AIH
ORTOPEDIA	0408020547	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	AIH
ORTOPEDIA	0408020563	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	AIH
ORTOPEDIA	040840262	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR	AIH
ORTOPEDIA	0408040270	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	AIH
ORTOPEDIA	0408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	AIH

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

ORTOPEDIA	0408040343	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	AIH
ORTOPEDIA	0408050101	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	AIH
ORTOPEDIA	0408050349	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	AIH
ORTOPEDIA	0408050357	SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	AIH
ORTOPEDIA	0408050454	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	AIH
ORTOPEDIA	0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	AIH
ORTOPEDIA	0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	AIH
ORTOPEDIA	0408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	AIH
ORTOPEDIA	0408050519	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	AIH
ORTOPEDIA	0408050527	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	AIH
ORTOPEDIA	0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	AIH
ORTOPEDIA	0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	AIH
ORTOPEDIA	0408050594	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	AIH
ORTOPEDIA	0408050659	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	AIH
ORTOPEDIA	0408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	AIH
ORTOPEDIA	0408050691	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	AIH
ORTOPEDIA	0408050705	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	AIH
ORTOPEDIA	0408050713	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	AIH
ORTOPEDIA	0408050764	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	AIH
ORTOPEDIA	0408050888	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	AIH
ORTOPEDIA	0408050896	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	AIH
ORTOPEDIA	0408060042	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	AIH/BPA
ORTOPEDIA	0408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	AIH/BPA

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

ORTOPEDIA	0408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	AIH/BPA
ORTOPEDIA	0408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	AIH/BPA
ORTOPEDIA	0408060344	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS	AIH
ORTOPEDIA	0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	AIH/BPA
ORTOPEDIA	0408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	AIH
ORTOPEDIA	0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	AIH
ORTOPEDIA	0408060450	TENOMIORRAFIA	AIH/APAC
ORTOPEDIA	0408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO	AIH
ORTOPEDIA	0408060638	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.02.029-2	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL UNILATERAL	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.014-5	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.019-6	PARACENTESE ABDOMINAL	AIH
CIRURGIA GERAL	04.07.04.022-6	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS	AIH

Tabela 05 – Cirurgias Eletivas

11 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

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

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

- **Solicitação de consulta especializada e/ou exames 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 – Hospital Regional de São Luís de Montes Belos > 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 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.

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

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.

- **Atendimento às consultas agendadas:** Responsabilidade do Hospital Regional de São Luís de Montes Belos.

O Hospital Regional de São Luís de Montes Belos deve proceder com o atendimento dos pacientes assim como a realização de exames complementares e risco cirúrgico para 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.	28/01/2021
	Hospital Regional de São Luís de Montes Belos	28/01/2021

Elaborado por: Equipe técnica SCRS e HRSLMB

Aprovado por: SCRS e Diretoria HRSLMB



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial e Eletivo
Hospital Regional de São Luís de Montes Belos – Dr Geraldo Landó.

Validado por:	Hospital Regional de São Luís de Montes Belos	
	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/SES.	

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