



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL E ELETIVO

Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



**É POR
VOCÊ
QUE A
GENTE
FAZ**



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL E ELETIVO

Protocolo 001 DATA 01/12/2021 Revisão: 01

Unidade: Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

CNES: 0622044

Esfera Administrativa: Pública

Natureza: Público Estadual

Endereço: Rua 01 S/N Bairro Residencial A – CEP: 75860000

Cidade: Quirinópolis – GO

1 – INTRODUÇÃO

A Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I está localizada na Rua 01, S/N Bairro Residencial A, Quirinópolis – GO, CEP: 75.860-000. A Unidade possui 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 01 laboratório, 16 salas destinadas à execução de exames de imagem.

É uma unidade para atendimento especializado, apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas médicas e não médicas de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Não é “porta aberta”, ou seja, não possui atendimentos de demanda espontânea, recebe os pacientes encaminhados prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde, de forma regulada, com horário agendado por meio da Central de Regulação Ambulatorial da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO.

O atendimento ambulatorial funciona 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira e as vagas estão disponibilizadas para todos os municípios da Macrorregião Sudoeste.

2 – APLICAÇÃO

Este protocolo aplica-se para todos os municípios de abrangência Da Policlínica Quirinópolis – Macrorregião Sudoeste.

3– ABRANGÊNCIA

A Policlínica Quirinópolis atenderá a população da Macrorregião Sudoeste de Saúde de Goiás.

4 – SERVIÇOS OFERTADOS

4.1 – CONSULTAS MÉDICAS

Procedimento	Especialidade	Sub Especialidade
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CARDIOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	DERMATOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ENDOCRINOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GASTROENTEROLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GINECOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	HEMATOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	MASTOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NEFROLOGIA	-



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NEUROLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PEDIATRIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	PRÉ NATAL DE ALTO RISCO
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	OFTALMOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ORTOPEDIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	OTORRINOLARINGOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	PNEUMOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	REUMATOLOGIA	-
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	UROLOGIA	-

Consulta em Cardiologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Cardiopatias Isquêmicas
Insuficiência Cardíaca
Arritmias
Síncopes ou perda transitória da consciência
Hipertensão Arterial Sistêmica
Valvopatias
Risco Cirúrgico
Doença de Chagas
Pericardites

Consulta em Dermatologia - Principais Motivos do Encaminhamento

Acne grau 3: Encaminhar pacientes tratados clinicamente na atenção primária sem melhora do quadro clínico
Buloses (pênfigo, penfigóide, dermatite herpetiforme).
Câncer de Pele – Melanoma
Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas; Dermatite atópica
Dermatite atópica
Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa)
Erisipela Bolhosa
Farmacodermias
Hanseníase: Encaminhar os casos que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações. Descrever hemograma, plaquetas, hepatograma
Herpes Zoster: casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos
Lesões dermatológicas relacionadas a lúpus
Leishmaniose Tegumentar
Micoses
Psoríase
Alopécia
Urticária
Prurido
Condiloma acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso
Rosácea
Melasma
Vitiligo

Consulta em Endocrinologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Bócio Multinodular

Diabetes Mellitus, conforme descrição a seguir:

- pacientes DM 1 não responsivo ao tratamento;
- pacientes com DM 2 descompensados com HbA1c persistente elevada com HbA1c >9% a despeito de tratamento intensivo com hipoglicemiante oral e insulino terapia plena;
- pacientes com DM2 com nefropatia a partir do estágio 3;
- paciente DM2 e doença vascular periférica e história de amputação prévia ou úlcera ativa;
- paciente DM2 e doença cardiovascular (DAC, AVC).

Hipertireoidismo

Hipotireoidismo

Nódulo de Tireoide (Paciente com nódulo de tireoide > 1 cm com diagnóstico citológico BETHESDA II ou disfunção tireoidiana controlada com drogas orais)

Obesidade

Pessoas transgêneros (Acompanhamento clínico para protocolo de hormonização de travestis, mulheres e homens transgêneros).

Consulta em Gastroenterologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Constipação crônica sem melhora após 12 semanas de tratamento na atenção básica

Doenças do refluxo gastro esofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barrett

Doenças inflamatórias intestinais: Colite Ulcerativa, Doença de Crohn, e Síndrome de cólon irritável

Pancreatite crônica

Hepatopatias com alteração de imagem hepática e/ou em hepatograma

Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas

Alterações em exame de imagem hepática

Hepatite B

Hepatite C

Alteração de Endoscopia Digestiva Alta

Dispepsia

Doença do Refluxo Gastroesofágico

Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior

Alteração de Hábito Intestinal

Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS (Atenção Primária à Saúde)

Consulta em Ginecologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Alterações em resultado de preventivo do câncer cérvico uterino:

- células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
- células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);
- células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau); lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor;
- mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doenças autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSI).

Sangramento Uterino Anormal

Massa Anexial

Miomatose

Anormalidades da Estática Pélvica

Incontinência Urinária

Dor Pélvica Crônica/ Endometriose

Climatério



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

Neoplasia de Endométrio
Neoplasia do Colo Uterino
Amenorreia primária em maiores de 14 anos
Condiloma Acuminado / Verrugas Virais

**** Atenção:** Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de **urgência/emergência**.

Consulta em Hematologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Citopenias (bicitopenia/pancitopenia)
Anemia
Policitemia
Trombocitopenia
Trombocitose
Leucopenia
Leucocitose
Distúrbios hemorrágicos
Trombofilias
Linfonodomegalia periférica e esplenomegalia
Hiperferritinemia

* Não há indicação de referência ao serviço especializado pessoas exclusivamente com traço falciforme ou com traço talassêmico alfa ou com talassemia beta menor (traço talassêmico beta). Essas pessoas podem seguir acompanhamento na APS com orientações sobre a condição genética.

Consulta em Mastologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Rastreamento de alterações das mamas
Alterações Benignas da Mama
Ginecomastia

Consulta em Nefrologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Cistos/Doenças Policística Renal
Diabetes Mellitus
Doença Renal Crônica
Hipertensão Arterial Sistêmica
Infecção Urinária Recorrente
Litíase Renal

Consulta em Neurologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Alteração da marcha de origem neurológica
Alteração do desenvolvimento do crânio
Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
Hidrocefalia; Microcefalia
Lesões com características de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado etc), mas sem instabilidade
Miopatia
Paralisia facial periférica
Cefaleia
Demência com declínio cognitivo rápido e progressivo, em que foram excluídas causas reversíveis e psiquiátricas
Distúrbio do sono
Doença de Alzheimer

Versão 02	Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial e Eletivo	Página 5 de 12
Ouvidoria SUS – ouvidoria.saude@goias.gov.br – 0800 643 3700		



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

Enxaqueca ou cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na atenção básica, associada ou não a distúrbio do comportamento e convulsões
Convulsão e Epilepsia
Síncope e perda transitória de consciência
Tremor e síndromes parkinsonianas
Acidente vascular cerebral
Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)
Polineuropatia
Vertigem

Consulta em Pediatria - Principais Motivos de Encaminhamento

Crianças e adolescentes até 14 anos com sinais e sintomas que motivaram o paciente a procurar atendimento nos serviços de saúde.

Consulta em Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco) - Principais Motivos do Encaminhamento

Hipertensão em Gestantes
Diabetes em Gestantes
Anemias em Gestantes
Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes
Gestação com abortamento recorrente
Hepatite B e C em Gestantes
HIV em Gestantes quando o serviço de referência em HIV não trata gestante
Toxoplasmose em Gestantes
Condiloma acuminado/Verrugas virais em gestantes
Sífilis em Gestantes
Alterações ecográficas na Gestação
Isoimunização Rh
Condições clínicas de risco à Gestação atual
Condições clínicas de risco em gestação prévia

Consulta em Oftalmologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Distúrbios de refração ou acomodação
Cataratas
Retinopatia ou outras doenças de retina
Estrabismo
Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita
Glaucoma
Doenças da córnea e da superfície ocular
Toxoplasmose

Consulta em Ortopedia - Principais Motivos de Encaminhamento

Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar
Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical
Osteoartrite
Bursite/Tendinite
Problemas de Mão e Punho
Dor no Joelho
Dor no Ombro
Dor no quadril
Patologias do Tornozelo e Pé
Fraturas e Luxações (Fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador).

Versão 02	Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial e Eletivo	Página 6 de 12
Ouvidoria SUS – ouvidoria.saude@goias.gov.br – 0800 643 3700		



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

Consulta em Otorrinolaringologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Vertigem
Obstrução Nasal
Rinossinusite
Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono
Otite
Hipoacusia/Perda Auditiva e Protetização Auditiva
Disfonia persistente com sinais de alarme (disfagia ou emagrecimento e astenia)
Disfagia
Suspeita de neoplasia em região de Cabeça e Pescoço
Lesões em Glândula Salivar

Consulta em Pneumologia - Principais Motivos de Encaminhamento

Doença pulmonar obstrutiva crônica
Asma de difícil controle
Alterações em exames complementares
Tosse crônica e dispneia após investigação inconclusiva na atenção básica e a ausência de resposta ao tratamento para as causas mais comuns
Síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)
Tabagismo com falência de tratamento na atenção básica (cinco tentativas com tratamento apropriado), e com ausência de comorbidade psiquiátrica ou dependência de drogas incluindo álcool

* Ressaltamos que o acompanhamento clínico da asma ocupacional deve ser feito na APS.

** Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado, se necessário, em serviço de tisiologia de referência.

Consulta em Reumatologia - Principais Motivos do Encaminhamento

Artrite Reumatoide
Artrite Psoriásica
Lúpus Eritematoso Sistêmico
Dor Lombar e alterações em exame de imagem de Coluna Lombar
Artrite por deposição de cristais (GOTA)
Osteoartrite
Fibromialgia

Consulta em Urologia (Pacientes acima de 10 anos) - Principais Motivos de Encaminhamento

Lesões em pênis
Hiperplasia prostática benigna (HBP)
Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)
Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses
Disfunção sexual masculina (ejaculação precoce e doença Peyronie)
Litíase renal
Cistos/doença policística renal
Doença renal crônica
Infecção urinária recorrente (ITU)
Condiloma acuminado/Verrugas Virais

Versão 02	Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial e Eletivo	Página 7 de 12
Ouvidoria SUS – ouvidoria.saude@goias.gov.br – 0800 643 3700		

4.2 – SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT

PROCEDIMENTOS	Código do Procedimento no SIGTAP	OBS
HOLTER 24 HORAS	02.11.02.004-4	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	02.09.01.003-7	APAC
COLONOSCOPIA	02.09.01.002-9	APAC
DENSITOMETRIA ÓSSEA	02.04.06.002-8	APAC
TESTE ERGOMÉTRICO	02.11.02.006-0	
MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO	02.04.03.018-8	
COLETA DE MATERIAL DO COLO DO ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	02.01.02.003-3	
M.A.P.A	02.11.02.005-2	
TESTE DA ORELHINHA	02.11.07.027-0	

PROCEDIMENTOS POR RADIOLOGIA	Código (SIGTAP)
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS	02.04.01.003-9
RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	02.04.01.004-7
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5
RADIOGRAFIA DE CAVUM	02.04.01.006-3
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	02.04.01.007-1
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	02.04.01.008-0
RADIOGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.009-8
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	02.04.01.011-0
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.012-8
RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (CORPO ESTRANHO)	02.04.01.013-6
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.014-4
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	02.04.01.015-2
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	02.04.02.003-4
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	02.04.02.004-2
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	02.04.02.005-0
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.04.02.006-9
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	02.04.02.007-7
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	02.04.02.008-5
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	02.04.02.009-3
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	02.04.02.010-7
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	02.04.02.011-5
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	02.04.02.012-3
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL (P/ ESCOLIOSE)	02.04.02.013-1
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	02.04.03.007-2
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	02.04.03.009-9
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	02.04.03.010-2
RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	2.04.03.011-0
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	02.04.03.012-9



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás

Protocolo de Regulação Ambulatorial

Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	02.04.03.013-7
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	02.04.03.014-5
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRAO OIT)	02.04.03.016-1
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	02.04.04.001-9
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	02.04.04.002-7
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	02.04.04.003-5
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	02.04.04.004-3
RADIOGRAFIA DE BRACO	02.04.04.005-1
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	02.04.04.006-0
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	02.04.04.007-8
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	02.04.04.008-6
RADIOGRAFIA DE MÃO	02.04.04.009-4
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE ÓSSEA)	02.04.04.010-8
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	02.04.04.011-6
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	02.04.04.012-4
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	02.04.05.011-1
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	02.04.05.012-0
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	02.04.05.013-8
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	02.04.06.006-0
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	02.04.06.007-9
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	02.04.06.008-7
RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9
RADIOGRAFIA DE COXA	02.04.06.011-7
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	02.04.06.012-5
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	02.04.06.013-3
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+OBLIQUA 3 AXIAIS)	02.04.06.014-1
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ	02.04.06.015-0
RADIOGRAFIA DE PERNA	02.04.06.016-8

PROCEDIMENTOS DE TOMOGRAFIA	Código SIGTAP	OBS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	0206010079	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	0206030037	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	020030010	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	0206020031	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	0206010010	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES/TEMPOROMANDIBULARES	0206010044	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	0206010028	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	0206010036	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	0206030029	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	0206020015	APAC

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	0206010052	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	0206010060	APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	0206010060	APAC
TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	0206010087	APAC
TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	0206020040	APAC
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	-	APAC

Procedimentos de Ultrassonografia	Código SIGTAP	OBS
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	0205010040	
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	0205020186	
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	0205010059	
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	0205020038	
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	0205020046	
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	0205020054	
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	0205020062	
ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSFONTANELA		
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	0205020097	
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	0205020100	
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	0205020127	
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	0205020143	
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	0205020151	
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	0205020160	
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	0205020186	

8.16– Hemodiálise

Procedimento	Código SIGTAP	Procedimento no SIGTAP
Hemodiálise	0305010107	Hemodiálise I – Máximo 3 sessões/semana

1- Diagnóstico inicial: Indicação de Hemodiálise

2- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

– Portadores de Doença Renal Crônica (DRC) estágio 5, solicitado pelo médico nefrologista.

O paciente deverá preferencialmente ter acesso definitivo ou provisório funcionando para hemodiálise ou comprovadamente já ter sido encaminhado para providências de confecção do mesmo. No caso de acesso provisório, este deverá estar em veia superior ou com justificativa fundamentada em estudo vascular para a impossibilidade de implante em veia superior.

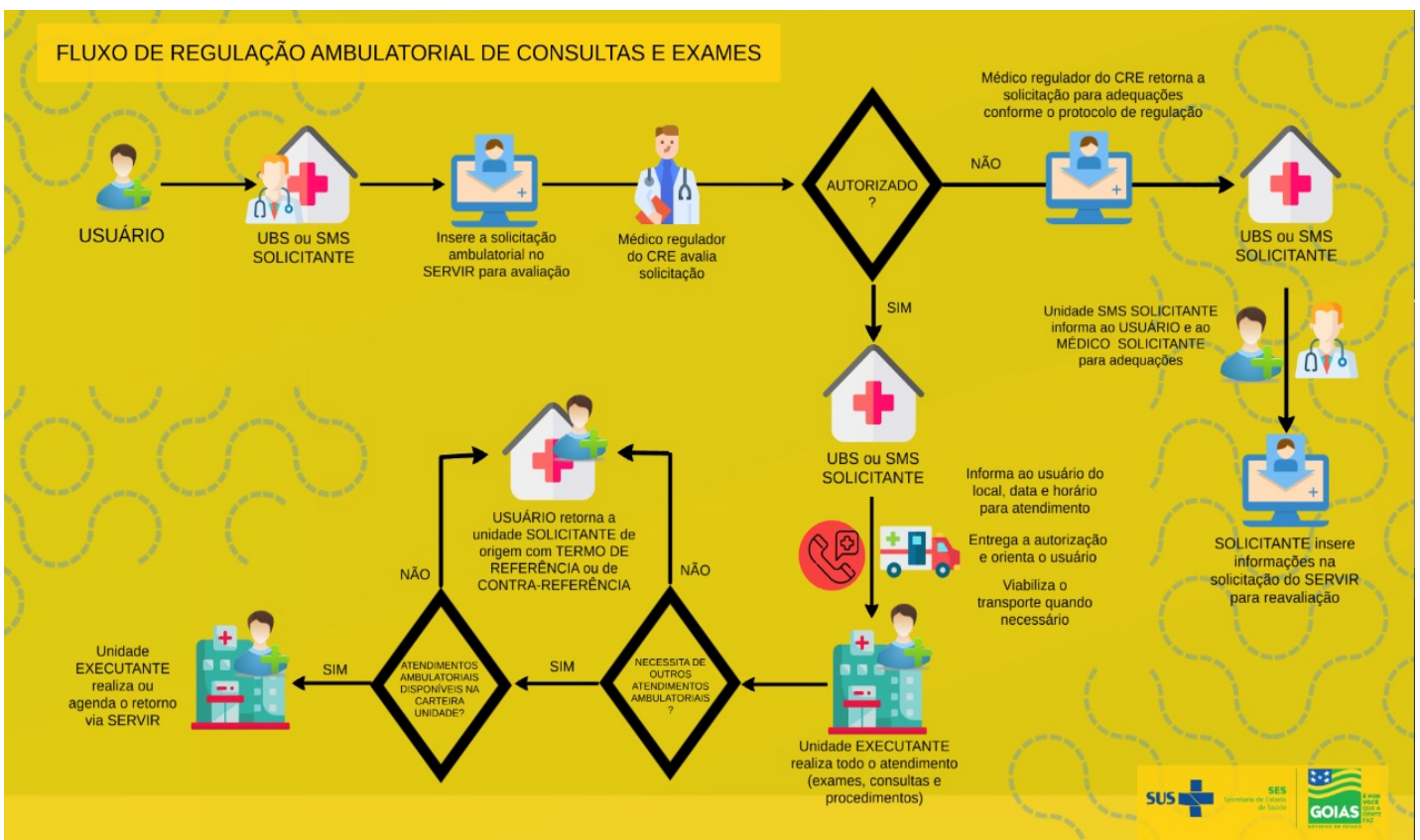
3- Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento:

Versão 02	Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial e Eletivo	Página 10 de 12
Ouidoria SUS – ouvidoria.saude@goias.gov.br – 0800 643 3700		

- Tipo de solicitação: internato, eletivo, mudança de domicílio, transferência ou trânsito;
- Diagnóstico de base, com a data do diagnóstico e patologias associadas;
- Medicamentos em uso;
- Exames complementares obrigatórios (realizados nos últimos 60 dias): hemograma, ureia, creatinina, potássio, glicemia, clearance de creatinina e sorologias (realizadas nos últimos 180 dias) HBsAg, anti-HBs, anti-HBc quando o HbsAg for positivo, anti-HCV, anti-HIV, com a data;
- Tipo de acesso (fístula ou cateter);
- Especificar se o paciente possui ou não histórico de transplante anterior;
- Informar a unidade solicitante (ex. NIR hospitalar, clínica ou consultório do nefrologista responsável, unidade de diálise) e para os pacientes internados, informar se possuem condições de alta;

Obs: Além de descrever todas as informações solicitadas para encaminhamento na solicitação do SISREG III, encaminhar todos os documentos via e-mail: hemodialise.saude@goias.gov.br. Colocar no assunto do e-mail o nome completo do paciente e código de solicitação gerado no SERVIR.

5-FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL



As solicitações de consultas ou exames são de responsabilidade do município de origem do paciente (SMS ou UBS), que deverá solicitar, via SERVIR, de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas conforme critérios e indicação clínica descritos neste protocolo.

5.1- Solicitação de consulta especializada ou SADT via SERVIR:

Responsabilidade das **Unidades Municipais**. As Unidades solicitantes devem incluir os encaminhamentos de consulta ou exame de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas. Em caso



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Protocolo de Regulação Ambulatorial
Policlínica Quirinópolis – Região Sudoeste I

de dúvidas acessar o manual do usuário:

http://cre.saude.go.gov.br/v2/web/bundles/core/docs/mra_padrao.pdf

5.2- Avaliação técnica da solicitação e agendamento dos procedimentos:

Responsabilidade do **Complexo Regulador em Saúde de Goiás**. Os médicos reguladores avaliarão todas as solicitações inseridas no SERVIR, caso não existam as condições necessárias para agendamento, enviarão um ADENDO ao solicitante, que deverá responder o questionamento, até que os dados informados estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para a regulação.

As solicitações em que os adendos não forem respondidos no período de 7 (sete) dias serão automaticamente canceladas, devendo o solicitante fazer nova inclusão quando for necessário.

Após autorização da equipe médica reguladora, a solicitação é direcionada para a fila do agendamento até a disponibilidade da vaga. O agendamento será realizado, para a data mais próxima disponível nas agendas dos profissionais da Unidade e de acordo com a priorização definida pelo regulador.

O agendamento das consultas e dos procedimentos será feito seguindo critérios de prioridades previamente estabelecidos, de acordo com cada situação clínica, conforme abaixo:

P1 - PRIORIDADE ALTA

P2 - PRIORIDADE MÉDIA

P3 - PRIORIDADE BAIXA

5.3- Informação do agendamento aos pacientes: SOLICITANTE E/OU EXECUTANTE

Após verificação do agendamento da consulta especializada no SERVIR, as Unidades Municipais solicitantes procederão ao contato telefônico com os pacientes e realizarão a entrega da FILIPETA emitida pelo SERVIR, fazendo todas as orientações necessárias.

5.4- Atendimento às consultas agendadas: EXECUTANTE

O EXECUTANTE deve proceder ao atendimento dos pacientes e definir a necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico e estadiamento.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição Federal de 1988 e Lei 8.080/90

Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007

7 – CRÉDITOS

Elaborado por:	Gerência de Regulação Ambulatorial/ Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/ SES.	01/12/2021
Validado por:	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás/SES.	11/12/2021