



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**RESOLUÇÃO Nº 430/15 – CIB/RS**

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a necessidade de otimizar a ocupação da oferta de consultas/exames, reduzindo o déficit de oferta constatado;

a necessidade de recadastrar a lista de espera por consultas especializadas em Porto Alegre devido à troca do sistema de regulação no primeiro quadrimestre de 2016;

a decisão do GT – Grupo de Trabalho de Regulação sobre o assunto, nas reuniões de 04/11/15 e 09/12/15;

a pontuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 11/12/2015.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – Alterar a Resolução nº 218/12 - CIB/RS, aprovando o cancelamento automático de solicitações de procedimentos ambulatoriais quando do não comparecimento do paciente à consulta/exame agendado.

**Art. 2º** - Alterar a Resolução nº 430/12 - CIB/RS, reduzindo o prazo de reavaliação das solicitações de procedimentos ambulatoriais especializados (consulta/exame) em lista de espera para um ano.

**§ 1º** - Findado o prazo estabelecido no *caput* do Artigo, as solicitações serão mantidas em classificação especial, aguardando o registro da reavaliação pela unidade solicitante, pelo período de três meses.

**§ 2º** - Findado o prazo estabelecido no §1º, as solicitações não reavaliadas pelas unidades solicitantes serão canceladas.

**Art. 3º** - Os cancelamentos de que tratam os Artigos anteriores poderão ser revertidos, até 06 meses após o registro dos mesmos, mantendo os dados originais da solicitação, mediante demanda da unidade solicitante.

**Art. 4º** - Os campos a serem preenchidos quando do cadastro das solicitações no novo sistema de regulação para acesso às consultas especializadas ofertadas em Porto Alegre constam no Anexo dessa Resolução.

**Art. 5º** – Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2015.

JOÃO GABBARDO DOS REIS  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 430/15 – CIB/RS**

**Campos para Cadastro de Solicitações no Novo Sistema de Regulação de Consultas Especializadas – GERCON – Oferta de Porto Alegre**

1. Cartão SUS : (campo obrigatório)

2. Nome do paciente

3. Nome da mãe

4. Data de nascimento

5. Endereço

OBS: O cadastro será importado do CADSUS, informando o número do cartão. Os campos 2,3,4 e 5 devem estar disponíveis para conferência dos dados importados.

6. Ordem judicial: informar se há ordem judicial relacionada à solicitação. Em caso positivo, informar: nº liminar, juiz, comarca, data de vencimento.

7. Especialidade: atual subespecialidade do AGHOS (campo obrigatório)

8. Complexidade do atendimento (campo obrigatório): se é necessário hospital de alta complexidade ou pode ser atendido em média complexidade.

9. CID principal (campo obrigatório)

10. CIDs secundários: até 3

11. Descrição do quadro clínico: campo texto (campo obrigatório)

12. Informações para classificação de risco/prioridade (campo obrigatório):

• A presente solicitação tem relação com suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual? Sim/Não

• A presente solicitação tem relação com situação de risco iminente de perda de função de órgão ou sequela permanente? Sim/Não

Se sim, qual? ( ) Sequela neurológica; ( ) Insuficiência cardíaca; ( ) Insuficiência respiratória; ( ) Insuficiência hepática; ( ) Obstrução/perfuração intestinal;

( ) Insuficiência renal; ( ) Risco de amputação/perda funcional de membros; ( ) Cegueira; ( ) Surdez

• A presente solicitação tem relação com risco hemorrágico ou sangramento atual? Sim/Não

Se sim, qual? ( ) Hematêmese; ( ) Melena; ( ) Enterorragia; ( ) Hemoptise; ( ) Epistaxe; ( ) Otorragia; ( ) Metrorragia; ( ) Hematuria

• Imucomprometido?

• Sim/Não

• Risco de auto/hetero agressão? Sim/Não

• A presente solicitação, nas situações pertinentes, tem relação com problema causado por abuso/violência doméstica (suspeita ou confirmação)? Sim/Não

• A presente solicitação tem relação com risco de perda súbita de consciência? Sim/Não

• A presente solicitação tem relação com infecção atual? Sim/Não

• A presente solicitação tem relação com dor refratária e incapacitante? Sim/Não

• Criança menor de 1 ano? Sim/Não

• Gestante? Sim/Não



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

- A presente solicitação tem relação com atendimento em serviço de urgência ou internação nos últimos 30 dias? Sim/Não
13. Unidade executante: indicar se há necessidade de o atendimento ser em unidades específica, justificando, com critérios técnicos, a escolha.