



Volume 3: Ambulatório Estadual - AE
Exames e consultas ambulatoriais

Manual do Solicitante

Sistema Estadual de Regulação- SER

**PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS AMBULATORIAIS
DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE PARA OS 91 MUNICÍPIOS DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO, EXCETO CAPITAL**

CRECE

Central de Regulação Estadual de Consultas e Exames

Versão nº 3 – 29.04.2026



Apresentação

Este manual tem como objetivo facilitar as inserções de solicitações no Sistema Estadual de Regulação – SER.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve regular de maneira mais efetiva a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes.

A constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

A solicitação bem-feita acelera todo o processo regulatório!

O manual foi elaborado pela equipe técnica do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro.

Kitty Crawford

Superintendente Estadual de Regulação - RJ



Carta de boas-vindas

Olá,

Você agora faz parte do grupo de Solicitantes do **Sistema Estadual de Regulação - SER**.

Sua participação é fundamental no processo regulatório, pois, é através das informações prestadas por você, que poderemos conhecer o paciente, seu estado de saúde e suas necessidades de tratamento.

O processo de regulação é um tripé baseado no solicitante (que é você), na Central de Regulação (que somos nós) e do executante (unidade para onde o paciente será encaminhado), portanto, precisamos muito da sua ajuda!

Importante saber que a Regulação trabalha com alguns critérios na hora de classificar os pacientes: gravidade, desassistência, regionalização e perfil da vaga existente. Por isso, seu paciente pode mudar sua posição de prioridade conforme os critérios elencados.

Preparamos com muito carinho a seguir um guia para facilitar o seu caminho na hora de solicitar consultas, exames ou transferência para os seus pacientes.

Seja muito bem-vindo!

Equipe Multidisciplinar do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro.



Missão do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro

“Agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde.”

Resolução SES RJ nº 2102 de 14 de julho de 2003.

Índice

- 1. COMPETÊNCIAS DO SOLICITANTE**
- 2. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS / EXAMES**
- 3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO AMBULATORIAL**
- 4. RECURSOS CRECE – PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E CIRURGIAS**

4.1. CONSULTAS

- 4.1.1. CONSULTAS DE ENFERMAGEM**
- 4.1.2. ALERGOLOGIA**
- 4.1.3. ANGIOLOGIA**
- 4.1.4. CARDIOLOGIA**
- 4.1.5. CLÍNICA MÉDICA**
- 4.1.6. COLOPROCTOLOGIA**
- 4.1.7. DERMATOLOGIA**
- 4.1.8. ENDOCRINOLOGIA**
- 4.1.9. FISIATRIA**
- 4.1.10. GASTROENTEROLOGIA**
- 4.1.11. GERIATRIA**
- 4.1.12. GINECOLOGIA**
- 4.1.13. HEPATOLOGIA**
- 4.1.14. NEUROLOGIA**
- 4.1.15. HOMEOPATIA**
- 4.1.16. INFECTOLOGIA**
- 4.1.17. NEFROLOGIA**
- 4.1.18. NUTRIÇÃO**
- 4.1.19. OFTALMOLOGIA**
- 4.1.20. ORTOPEDIA**
- 4.1.21. OTORRINOLARINGOLOGIA**
- 4.1.22. PNEUMOLOGIA**
- 4.1.23. POLISSONOGRAFIA**
- 4.1.24. REUMATOLOGIA**
- 4.1.25. UROLOGIA**
- 4.1.26. ODONTOLOGIA**

4.2. CONSULTAS EM CIRURGIAS

- 4.2.1. CIRURGIA GERAL**
- 4.2.2. CIRURGIA PEDIÁTRICA**
- 4.2.3. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA**
- 4.2.4. CIRURGIA TORÁCICA**
- 4.2.5. CIRURGIA VASCULAR**

5. EXAMES CRECE

1. COMPETÊNCIAS DO SOLICITANTE

1.1. Inserir o paciente no Sistema Estadual de Regulação (SER) – Módulo Ambulatorial;

1.2. Inserir corretamente os dados cadastrais obrigatórios do paciente no SER:

- Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde);
- Número de contato telefônico;
- Endereço completo;
- Data de nascimento;
- Nome completo da mãe;
- CPF;
- Dentre outros.

1.3. Conhecer os pré-requisitos de alguns Recursos através das informações nos protocolos de ambulatório.

1.4. As unidades solicitantes deverão manter o cadastro do paciente atualizado periodicamente.

1.5. Acompanhar a situação do paciente no SER, verificando:

- Atualizando o quadro clínico, quando necessário;
- As pendências sinalizadas deverão ser respondidas em até 60 dias;
- Liberação de vagas;
- Agendamentos realizados.

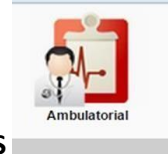
1.6. Assim que for identificado o agendamento, o solicitante deverá **imprimir a chave de autorização e informar ao paciente/familiar a data da consulta.**

2. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS / EXAMES

- 2.1. Inserir todas as informações pertinentes ao caso do paciente, a fim de melhorar a avaliação do regulador.
- 2.2. Fornecer dados o mais completo possível na solicitação correspondente.
- 2.3. Observar a necessidade de anexar exames e solicitações médicas, conforme protocolo.
- 2.4. Nas solicitações de consulta, responder as pendências no campo “responder pendências”, em até 60 dias, pois, o sistema cancelará automaticamente após este período.
- 2.5. Assim que for identificado o agendamento, o solicitante deverá **imprimir a chave de autorização e informar ao paciente/familiar a data da consulta**.
- 2.6. Caso ocorra cancelamento, informar o motivo, **ANTES** de cancelar o pedido no SER. Os Recursos ofertados são para todos e, portando, deverão ser utilizados com responsabilidade. Uma vez solicitado e agendado, o paciente deverá comparecer ao agendamento realizado. Caso ocorra algum impedimento ao comparecimento do paciente, deverá ser informado **com antecedência** para que outro paciente possa ocupar a vaga. Deixar uma consulta vazia, prejudica a todos os pacientes em fila!

3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO AMBULATORIAL

- 3.1. **Em fila:** quando o pedido está inserido no SER, ainda aguardando a vaga.
- 3.2. **Pendência:** após analisar a solicitação, a Central identifica a necessidade de mais informações, pendenciando no sistema.
- 3.3. **Agendado:** quando a consulta do paciente foi agendada.
- 3.4. **Chegada confirmada:** quando o paciente chega na unidade.
- 3.5. **Chegada não confirmada:** quando o paciente faltou.
- 3.6. **Atendido:** quando o paciente é efetivamente atendido na unidade.
- 3.7. **Alta:** quando o paciente tem alta.
- 3.8. **Cancelado:** quando a solicitação é cancelada por algum motivo.



4. RECURSOS CRECE – PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES

- Deverão ser feitas no SER (Sistema Estadual de Regulação) >>> Módulo Ambulatorial >>> Prancheta.
- Inserir os dados sociais do paciente (nome, idade, número de CNS, nome completo, CPF, sexo, data de nascimento, nome da mãe, endereço completo e **telefone de contato do paciente**).
- Identificar o médico solicitante, devidamente cadastrado no SER.
- Informar a hipótese diagnóstica (classificação de risco e CID 10), a natureza da solicitação (mandado judicial – sim ou não), a unidade de origem e anexos (caso necessário).

Observação: A Central regula apenas o acesso dos pacientes à unidade de saúde. Uma vez atendido, a programação cirúrgica e a técnica a ser utilizada é de inteira responsabilidade da unidade executante. Não temos como interferir na fila interna das unidades bem como no tempo de espera para a realização do procedimento.

4.1. CONSULTAS – BAIXAS E MÉDIAS COMPLEXIDADES

4.1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM

Recursos	Requisitos necessários
ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL – OBESIDADE GRAVE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Será realizada triagem para verificar se o paciente atende aos critérios mínimos para realização de exercícios e se apresentam problemas psiquiátricos que necessitem acompanhamento específico. • Todos são orientados a manterem seu acompanhamento médico habitual.

4.1.2. ALERGOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
ALERGOLOGIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Rinite alérgica de moderada a grave. • Asma brônquica persistente não controlada ou parcialmente controlada ou asma controlada com altas doses de medicação inalatória ou com necessidade de esteroide sistêmico contínuo ou asma com histórico de crise com internação em CTI e/ou risco de morte. • Conjuntivite alérgica com sintomas persistentes/moderada a grave. • Urticária aguda recorrente sem identificação de agente causal ou urticária crônica (surto de lesões presentes com duração maior que 6 semanas). • Dermatite atópica moderada a grave ou não responsiva ao tratamento tópico habitual. • Dermatite de contato para identificação do agente causal por testes de contato. • Angioedema recorrente sem identificação de agente causal. • Angioedema com deficiência quantitativa ou qualitativa do inibidor de c1 esterase. • Anafilaxia alérgica ou pseudoalérgica para investigação diagnóstica. • Reações a picadas de insetos (prurigo estrófulo) com evolução há mais de 6 meses. • Reações locais ou sistêmicas à picada de formiga, marimbondo ou abelha. • Reações alérgicas ou pseudoalérgicas a medicamentos (urticária - angioedema - vasculite cutânea - anafilaxia e ou outras reações cutâneas graves). • Alergia alimentar para investigação diagnóstica ou para acompanhamento após confirmada. • Infecções respiratórias e cutâneas recorrentes e imunodeficiências primárias suspeitas ou confirmadas. Critérios de exclusão: • Paciente portador de HIV/AIDS.

ALERGOLOGIA PEDIATRIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Anafilaxia. • Urticária e angioedema agudos e crônicos com fator etiológico desconhecido. • Rinite alérgica persistente de crianças entre 2 a 12 anos. • Asma brônquica persistente de crianças entre 2 a 12 anos. • Dermatite atópica moderada a grave. • Alergia alimentar. • Sinusites frequentes. • Asma grave - crises frequentes (mais de cinco por ano). • Internações - atendimento de emergência. • Prejuízo na Escola - dificuldades em exercícios e esportes. • Lactentes sibilante - até 2 anos de idade. • Urticária crônica e angioedema com mais de 6 semanas de duração. • Dermatite atópica grave com infecção secundária, grande extensão e prejuízo estético. • Dermatite de contato extensa e sem etiologia definida. • Alergia alimentar com reações sistêmicas graves. • Reações adversas a drogas com sintomas sistêmicos graves. • Reação grave a picada de inseto com reação sistêmica ou reação local importante ou infecções secundárias e cicatrizes. • Imunodeficiência primária- suspeita se tiver: Pneumonia de repetição (mais de 2 no último ano); infecções de repetição (mais de 8 no último ano). • Otite, sinusite e etc. com abscessos de repetição. • Reações adversas a BCG. • Monilíase oral por mais de 2 meses (sapinho). • História de imunodeficiência familiar. • Infecções sistêmicas graves (sepsis, meningite, etc.). Critérios de exclusão: • Lactente sibilante. • Dermatite de contato extensa. • Alergia alimentar com sintomas sistêmicos graves. • Imunodeficiência primária (todas - incluindo angioedema hereditário) e secundária. • Investigação de Imunidade. • Reação a medicamentos.
---	---

4.1.3. ANGIOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
ANGIOLOGIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Doença arterial periférica. • Claudicação intermitente. • Ausência de pulsos arteriais. • Varizes essenciais ou IVC (sem úlcera). • Linfedema (edema linfático).

	• Elefantíase. • Angiodisplasia (má formação vascular). • Síndrome do desfiladeiro cérvico-torácico. • Artrite de Takayasu. • Doença de Behcet. Critérios de exclusão: • Pacientes com feridas nas pernas.
--	--

4.1.4. CARDIOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
CARDIOLOGIA (A partir de 18 anos)	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar critérios de inclusão do prestador (unidade executante). • Inserir exame de Ecocardiograma recente. • Inserir exames de imagem com laudos que comprovem a doença (Tomografia ou Angiotomografia ou Angioressonância). • Prótese valvar. • Lesões orovalvares congênita adultos. • Hipertensão arterial resistente. • Coronariopatias. • Cardiomiopatias. • Pós IAM. • Arritmia. • Insuficiência cardíaca. • Risco cirúrgico (realizado pelo H.E. Eduardo Rabello, apenas para maiores de 60 anos de idade). Critérios de exclusão: • Hipertensão com lesão de órgão-alvo (especificar). • Investigação de hipertensão secundária. • Investigação de dor torácica. • Doença orovalvar (diagnóstico e tratamento clínico). • Tratamento de insuficiência cardíaca. • Risco cirúrgico.
CARDIOLOGIA PEDIATRIA	Critérios de inclusão: • Investigação diagnóstica de “Sopro Cardíaco”. • Investigação de Cianose. • Investigação de arritmia cardíaca detectada através do exame cardiovascular anormal e/ou eletrocardiograma suspeito. • Investigação diagnóstica de Insuficiência Cardíaca. • Avaliação cardiológica nas síndromes genéticas, com diagnóstico confirmado. • Casos suspeitos de Doenças Reumáticas. • Investigação diagnóstica de Síncope. • Investigação de dor torácica na infância e na adolescência • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir Ecocardiograma com laudo, se houver. • Inserir todos os últimos exames realizados anteriormente (Laboratorial, Radiografia, etc).

	Critérios de exclusão: - Não marcar Risco Cirúrgico sem antecedentes de cardiopatias. - Avaliação cardiológica para academias ou atividades físicas em crianças saudáveis. OBS: A avaliação cardiológica clínica para prática de esporte deve ser feita pela pediatria e somente encaminhados os pacientes para a cardiologia pediátrica nos casos de suspeita de cardiopatia congênita - arritmia ou historia familiar de morte súbita.
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	Critérios de inclusão: - Pacientes com mais de 18 anos com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, apresentando Fração de Ejeção no Ecocardiograma (menor) < - 40%. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Inserir Ecocardiograma realizado há menos de 6 meses. Critérios de exclusão: - Pacientes com indicação de Cirurgia de Troca Valvar Cardíaca ou Revascularização Miocárdica e Paciente sem exames que comprovem a presença de Insuficiência Cardíaca Grave.

4.1.5. CLÍNICA MÉDICA

Recursos	Requisitos necessários
CLÍNICA DA DOR	Critérios de inclusão: - Pacientes com Dor Crônica há mais de 06 meses. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. Critérios de exclusão: - Pacientes oncológicos.
CONSULTA EM MASTOLOGIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem exames de mamografia com BI-RADS 4 ou BI-RADS 5. - Observar os critérios de inclusão de cada prestador (Unidade executante). - Observação: Algumas unidades atendem também ao paciente de sexo masculino. Critérios de exclusão: - Pacientes oncológicos.

4.1.6. COLOPROCTOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
COLOPROCTOLOGIA	Critérios de inclusão: - Doenças anorretais benignas (Doenças Hemorroidais, Fissura Anal, Fístulas e Abscessos, Incontinência Fecal). - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. Critérios de exclusão: - Neoplasias anais e colorretais (benignas, malignas e de comportamento incerto). - Colostomias e ileostomias (fechamento ou reconstrução de trânsito intestinal). - Doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa).

4.1.7. DERMATOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: - Pacientes portadores de dermatoses infecciosas (bacterianas - virais - fúngicas e outras). - Pacientes portadores de dermatoses alérgicas (Ex.: dermatite atópica). - Pacientes portadores de dermatoses inflamatórias, como psoríase, vitiligo, acne e hidradenite. - Pacientes portadores de dermatoses de causa imunológica e autoimunes. - Pacientes com Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular e Melanoma. - Dermatoses pediátricas. - Doenças sexualmente transmissíveis. - Genodermatoses. - Tumores cutâneos benignos e malignos. - Pacientes com queixas de imperfeições na pele. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
BIÓPSIA DE PELE	Critérios de inclusão: - Eletrocoagulação de lesão cutânea. - Exérese de tumor de pele/cisto sebáceo/lipoma. - Retirada de lesão por shaving. - Fulguração/cauterização química de lesões cutâneas. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
HANSENÍASE COMPLICADA	Critérios de inclusão: - Casos suspeitos de difícil confirmação. - Pacientes em Tratamento para Hanseníase com quadros reacionais hansênicos de difícil controle: Reações adversas às drogas utilizadas na poliquimioterapia. - Pacientes em alta terapêutica (PQT): Quadros reacional pós-tratamento de difícil controle e suspeita de recidiva. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada. - Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. Critérios de exclusão: - Pacientes com diagnóstico confirmado e acompanhamentos regulares de casos simples.

	- Pacientes com boa evolução de hanseníase e/ou da reação hansênica. - Pacientes apenas para simples avaliação de alta terapêutica. - Observar os critérios de exclusão de cada prestador e faixa etária para atendimento.
PEDIATRIA HEMANGIOMAS	Critérios de inclusão: - Hemangioma Plano Cavernoso e Tuberoso. - Malformações vasculares, arteriovenosas, capilares. - Síndromes: Sturge-Weber, Kasabatt-Merritt, Nevus Azul, Osler-Rendu-Weber, Klippel-Trenanay e Mafucci. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: - Pacientes portadores de patologias dermatológicas, como: - Dermatoses infecciosas; - Dermatoses alérgicas; - Dermatoses inflamatórias; - Dermatoses de causa imunológica ou autoimune; - Genodermatoses. - Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. Critérios de exclusão: - Observar os critérios de faixa etária do paciente.
PEQUENOS PROCEDIMENTOS	Critérios de inclusão: - Pacientes portadores de doenças dermatológicas para esclarecimento diagnóstico (inclusive com necessidade de biópsia). - Realização de procedimentos cirúrgicos como eletrocoagulação de pequenas lesões e cauterização química. - Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PSORÍASE	Critérios de inclusão: - Pacientes com diagnóstico confirmado de Psoríase e com laudo histopatológico. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. Critérios de exclusão: - Qualquer patologia que não seja Psoríase.

4.1.8. ENDOCRINOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
ADOLESCENTE DIABETES	Critérios de inclusão: - Pacientes portadores de Diabetes Mellitus, com idade a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

ADOLESCENTE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso e justificativa para a realização deste exame. • Pacientes portadores de endocrinopatias já diagnosticadas ou em investigação, com idade a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias. • Observar as endocrinopatias atendidas de acordo com cada prestador: - BAIXA ESTATURA, ATRASO PUBERAL, HIRSUTISMO, SÍNDROMES GENÉTICAS COM DISFUNÇÕES ENDÓCRINAS, HIPERTIREOIDISMO, ENTRE OUTRAS.
DIABETES GESTACIONAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
DIABETES TIPO 2	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes portadores de Diabetes Tipo 2 não controlada com 2 drogas orais mais 1 dose de insulina basal ao dia, sem acompanhamento de outro serviço especializado.
DISLEPIDEMIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Portadores de Hipercolesterolemia familiar: ○ LDL- Colesterol acima 200 mg/dl, Triglicerídeos acima de 500 mg/dl ou HDL- Colesterol abaixo de 20 mg/dl. ○ Crianças com LDL- C maior 160 mg/dl ou Triglicerídeos acima de 200 mg/dl. • Pacientes com risco alto ou muito alto, incapazes de atingir a meta de LDL - Colesterol (70 mg/dl ou 50 mg/dl - respectivamente) com o tratamento Hipolipemiante instituído.
DOENÇAS DO OVÁRIO	Critérios de inclusão: • Reposição hormonal feminina pós-menopausa. • Infertilidade. • Síndrome dos ovários policísticos. • Hirsutismo - Aumento dos pelos corporais (face, tórax, abdome, etc.). • Amenorreia primária ou secundária – Pacientes sem menarca após os 13 anos ou sem menstruação por mais de 3 meses já avaliados pela Ginecologia. • Hipogonadismo – Pacientes com deficiência dos hormônios femininos. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
GESTANTE (EXCETO DIABETES)	Critérios de inclusão: • Pacientes grávidas portadoras de doenças endócrinas, exceto diabetes. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

HIPÓFISE / ADRENAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. • HIPÓFISE: ○ Hiperprolactinemia: Galactorréia e/ou amenorréia com história de prolactina elevada. ○ Síndrome de Cushing: Níveis de cortisol elevados ou investigação de hipercortisolismo em pacientes com clínica sugestiva (estrias violáceas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, etc.). ○ Pan-hipopituitarismo: Investigação de deficiência de hormônios hipofisários (cortisol baixo, amenorreia, níveis de testosterona reduzidos, etc.). ○ Acromegalia: Níveis elevados de IGF-1 e hormônio de crescimento com alterações em face e extremidades. ○ Incidentalomahipofisário ou sela vazia: massas ou cistos ou aspecto de sela vazia na região da sela turca em exames de imagem. ○ História de apoplexia hipofisária. ○ Diabetes insípido: produção de urina e sede excessivas, afastadas outras causas comuns de poliúria (Diabetes Mellitus). ○ Pós-operatório de cirurgia hipofisária. • SUPRA RENAL: ○ Insuficiência Adrenal: fraqueza, níveis de sódio reduzidos, eosinófilos aumentados, hipotensão. ○ Hiperplasia Adrenal Congênita. ○ Investigação de massas adrenais. ○ Hiperaldosteronismo. ○ Hipertensão arterial em uso de 4 anti-hipertensivos ou 3 anti-hipertensivos sem controle, podendo estar associado a hipocalcemia. ○ Feocromocitoma. ○ Hipertensão em paroxismos, cefaleia, palpitações, etc.
DIABETES MELLITUS TIPO I	Critérios de inclusão: • Paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 1 de difícil controle - SEM ACOMPANHAMENTO em outro serviço especializado. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. Critérios de exclusão: • Observar os critérios de exclusão de cada prestador e faixa etária para atendimento. • Paciente em acompanhamento em outro serviço especializado.
OBESIDADE ADOLESCENTE	Critérios de inclusão: • Paciente portador de obesidade grave com IMC maior que 35, apresentando intolerância a glicose e/ou dislipidemia e/ou resistência insulínica. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. • Observar os critérios de inclusão e faixa etária do paciente de acordo com cada prestador.

OBESIDADE	Critérios de inclusão: • Paciente portador de obesidade Grau II (IMC entre 35 e 39.9). • Paciente portador de obesidade Grau III (IMC acima de 40). • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso.
PEDIATRIA DIABETES	Critérios de inclusão: • Diabetes Mellitus Tipo 1. • Diabetes Mellitus Pós-Transplante. • Diabetes Mellitus Tipo 2. • Glicemia de Jejum alterada (glicemia > 99mg/dl). • Intolerância a Glicose (com teste oral de intolerância a glicose alterada - TOTG alterado). • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso.
SÍNDROME METABÓLICA	Critérios de inclusão: • Pacientes com Distúrbios Endócrinos. • Paciente com Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade (IMC < 35) e níveis de colesterol elevados. • Pacientes a partir de 18 anos. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso.
DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. • Observar os critérios de inclusão e faixa etária do paciente de acordo com cada prestador. • Pacientes apresentando: ○ Hiperparatireoidismo. ○ Hipoparatiroidismo/Pseudohipoparatiroidismo – níveis de cálcio reduzidos. ○ Hipercalcemias (Exceto ligadas a doença renal ou malignidade). ○ Nefrolitíase de repetição (bilateral). ○ Osteoporose (Densitometria óssea com T score maior que -2,5 desvios padrão, com ou sem fratura prévia). ○ Doença de Paget. ○ Osteogênese Imperfeita. ○ Raquitismo e Osteomalacia.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. • Observar os critérios de inclusão e faixa etária do paciente de acordo com cada prestador. • Pacientes apresentando as seguintes alterações: ○ Baixa estatura. ○ Alta estatura. ○ Distúrbio da diferenciação sexual (genitália ambígua). ○ Distúrbios da puberdade (puberdade precoce e atrasada). ○ Hipotireoidismo congênito. ○ Distúrbios tireoidianos (hipo ou hipertireoidismo - bóciós).

PEDIATRIA	○ Diabetes insipidus. ○ Ginecomastia. ○ Hipoparatireodismo e Hiperparatireodismo. ○ Pacientes Oncológicos portadores de deficiências hormonais. ○ Hiperprolactinemia. ○ Síndromes genéticas associadas com baixa estatura e/ou deficiências Hormonais. ○ Obesidade com comorbidades. ○ Dislipidemia. ○ Hipoglicemia. ○ Hiperplasia Congênita de Suprarrenal. ○ Síndrome de Cushing. ○ Outros (Observar de acordo com o prestador).
TIREOIDE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição detalhada do caso. • Observar os critérios de inclusão e faixa etária do paciente de acordo com cada prestador. • Pacientes apresentando as seguintes alterações: ○ Tireoidite aguda (bacteriana/fúngica) e subaguda confirmadas. ○ Hipertireoidismo (doença de graves - bócio nodular tóxico) sem tratamento, Bócio uni ou multinodular atóxico com nódulos: hipoecóicos maiores de 1 cm; isoecóico, mistos e hiperecóico > - 1 - 5 cm; císticos acima de 3 cm. ○ Nódulos maiores que 01 cm. (Obs.: levar exames para consulta, caso tenha). Critérios de exclusão: • Observar os critérios de exclusão de cada prestador. • Investigação de disfunção tireoidiana (Hiper e Hipotireoidismo): • Hipotireoidismo. • Tireoidite de Hashimoto. • Nódulos menores de 1 cm: hipoecóicos - isoecóico e hiperecóico. • Nódulos císticos < - 3cm.
PÓS-BARIÁTRICA	Critérios de inclusão: • Pacientes já submetidos à Cirurgia Bariátrica, independente da técnica e tempo de cirurgia, para acompanhamento clínico pós-cirúrgico.

4.1.9. FISIATRIA

Recursos	Requisitos necessários
FISIATRIA	Critérios de inclusão: • Pacientes acima de 60 anos. • Pacientes portadores das seguintes alterações: ○ Artrose. ○ Cervicalgias. ○ Tendinopatias de Quervain. ○ Dedo em Gatilho.

	○ Ombro doloroso. ○ Esporão de calcâneo. ○ Gonalgia. ○ Paralisia facial periférica. ○ Lombalgia de origem vertebral. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. Critérios de exclusão: • Neoplasias (benignas, malignas e de comportamento incerto). • Infecções urinárias.
--	---

4.1.10. GASTROENTEROLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentam as seguintes alterações: ○ Epigastralgia refratária ao uso de inibidor de bomba de prótons. ○ Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento) e/ou complicada (passado de hemorragia e/ou estenose). ○ Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) com manifestações típicas e/ou associada à hérnia hiatal e refratária ao tratamento otimizado por 3 meses. ○ DRGE com esofagite grau C ou D de Los Angeles e/ou complicada com úlcera. ○ Estenose péptica e/ou esôfago de Barrett. ○ Queixas otorrinolaringológicas (pigarro, rouquidão, globus cervical, faringite de repetição) com investigação inicial sugestiva de DRGE e de difícil tratamento. ○ Queixas respiratórias (tosse crônica, asma de início recente, pneumonias de Repetição, fibrose pulmonar idiopática) cuja investigação inicial sugira DRGE. ○ Esofagites infecciosas. ○ Esofagites secundárias a doenças dermatológicas. ○ Pancreatite crônica. ○ Lesões nodulares ou císticas do pâncreas. ○ Fibrose cística. ○ Diarréia crônica (> 4 semanas com exame parasitológico negativo). ○ Constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na Atenção Primária em Saúde. ○ Doença celíaca. ○ Colite microscópica. ○ Pólipos de cólon, exceto: pólipos hiperplásicos menores do que 10 mm localizados no reto ou sigmoide - 1 a 2 adenomas tubulares menores do que 10 mm. ○ Tumores neuroendócrinos gastrointestinais. ○ Sangramento gastrointestinal/anemia ferropriva de origem obscura - Doenças do peritônio. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

ADOLESCENTE	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentam as seguintes alterações: ○ Adolescentes com hepatopatia aguda ou crônica. ○ Ascite. ○ Doenças inflamatórias intestinais em investigação ou diagnosticadas. ○ Esofagite. ○ Suspeita de Neoplasia do TGI. ○ Constipação grave. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
DOENÇA INFLAMATÓRIA	Critérios de inclusão: • Critério Atendimento exclusivamente para maiores de 18 anos. • É obrigatório encaminhamento médico preenchido, assinado e carimbado pelo médico solicitante. • Pacientes que apresentam as seguintes alterações: • Doença de Crohn (CID K50.0 e K50.1). • Retocolite Ulcerativa (CID K51.1). • Colite Indeterminada (CID K50.8). Critérios de exclusão: • Quadro sintômicos SEM diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (DII), outras formas de colite e outras doenças do Trato Intestinal (TI) alto e baixo. • Pacientes ainda em investigação de quadros sintômicos, NÃO diagnosticados com Doença II.
GASTROSTOMIA (INTERNADOS)	Critérios de inclusão: • É obrigatório encaminhamento médico preenchido, assinado e carimbado pelo médico solicitante. • O paciente deve possuir o risco cirúrgico liberado para o procedimento. • Os exames laboratoriais do paciente devem ter sido realizados nos últimos 15 dias: hemograma completo, creatina, TAP e PTT. • O paciente deve estar obrigatoriamente internado em outra unidade de saúde e deve ser encaminhado por ambulância com médico. Critérios de exclusão: • Pacientes que já possuem gastrostomia.
HEPATOLOGIA	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentam as seguintes alterações: • Esquistossomose hepatoesplênica. • Hepatite autoimune. • Hepatite B Crônica. • Doença gordurosa não alcoólica-hepática. • Síndromes colestatísticas crônicas. • Hepatopatias a esclarecer. • Hepatites agudas.

PEDIATRA	Critérios de inclusão: • Pacientes com suspeita de alergia alimentar que apresentem sintomas digestivos (vômitos, diarreia, sangramento nas fezes, etc.). • Baixa estatura desde que tenham sido previamente avaliados pelo setor de endocrinologia. • Constipação crônica não responsiva ao tratamento inicial proposto pelo Pediatra • Geral. • Todos aqueles com encoprese. • Diarreia com duração superior a 01 mês e exame parasitológico negativo. • Dor abdominal com duração superior a 02 meses e/ou pelo menos 3 episódios recorrentes num período de 02 meses, com exame parasitológico negativo. • Dor epigástrica ou gastrite não responsiva ao tratamento com antagonista H2 e com exame parasitológico negativo. • Fibrose cística com comprometimento do trato digestivo. • Todos os pacientes com hemorragia digestiva alta ou baixa. • Hepatites desde que tenham IgM negativo para Hepatite A ou IgM positivo para Hepatite A por período superior a 2 meses. • Hepatoesplenomegalia. • Hipertensão porta. • Icterícia: ○ Todos os pacientes com aumento de bilirrubina direta. ○ Crianças > - 2 anos com aumento de bilirrubina indireta. • Litíase biliar (Apresentar ultrassonografia abdominal). • Refluxo gastroesofágico: ○ Todos os pacientes maiores de 2 anos. ○ Pacientes menores de 2 anos que apresentam algum dos sintomas como anemia não responsiva a reposição ferro, deficit ponderal, irritabilidade, hemorragia digestiva, sintomas respiratórios recorrentes, recusa alimentar, vômitos persistentes com mais de 10 dias de duração e / ou vômitos recorrentes. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
------------------------	---

4.1.11. GERIATRIA

Recursos	Requisitos necessários
GERIATRIA	Critérios de inclusão: • Pacientes acima de 60 anos. • Pacientes que apresentem: ○ Alzheimer. ○ Parkinson. ○ AVC Recente. ○ Depressão e demência. ○ Desequilíbrio e quedas frequentes. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.12. GINECOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
ENDOMETRIOSE	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso e os resultados dos exames de RNM pélvica, USG transvaginal e Preventivo. - Apresentar na consulta os exames de RNM pélvica, USG transvaginal, Preventivo e encaminhamento médico com o diagnóstico de endometriose.
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Apresentar os resultados dos exames de Colpocitologia oncológica (Preventivo) com validade de 12 meses, USG transvaginal com validade de 6 meses. - Pacientes que apresentem queixas de sangramento, de dor pélvica e infertilidade.
PATOLOGIA DA VULVA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem lesões na vulva, verruga vulvar, úlceras vulvares, hiperpigmentação, hipopigmentação, suspeita de líquen, suspeita de câncer vulvar, etc.
UROGINECOLOGIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
CIRURGIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem condições de acordo com os critérios de inclusão de cada prestador. Critérios de exclusão: - Observar os critérios de exclusão de cada prestador e faixa etária para atendimento.
CIRÚRGICA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes portadores de doenças benignas do trato genital para tratamento cirúrgico. - Pacientes portadores de doenças benignas da pelve para tratamento cirúrgico.

INFERTILIDADE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes apresentando as seguintes condições: ○ Casais com diagnóstico de infertilidade conjugal para investigação da etiologia ou para proposta de tratamentos com base em diagnósticos previamente realizados. ○ História de infertilidade (primária ou secundária) há mais de 1 ano se mulher com menos de 35 anos, ou 6 meses se mais de 35 anos.
PATOLOGIA CERVICAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes apresentando alterações citológicas de acordo com as diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero MS/INCA 2011.
URODINÂMICA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes apresentando sintomas urinários (incontinência urinária, frequência, urgência, nictúria, enurese) avaliadas pelo Ginecologista Geral com indicação de Estudo Urodinâmico. • Possuir exame de urina (EAS+Urinocultura) negativo para infecção urinária com intervalo máximo de acordo com o prestador, anterior ao estudo urodinâmico. • Indicações do Estudo Urodinâmico: ○ Antes de qualquer tratamento cirúrgico para incontinência urinária de esforço (IUE). ○ Insucesso em cirurgia prévia para IUE. ○ Insucesso no tratamento medicamentoso da incontinência Urinária.

4.1.13. HEPATOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
HEPATITE CRÔNICA C	Critérios de inclusão: • Pacientes portadores de Hepatite C Crônica, sem cirrose hepática descompensada. • Hepatite C Aguda. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

HEPATITE CRÔNICA B	Critérios de inclusão: • Pacientes portadores de Hepatite Viral B, apresentando cirrose hepática ou não, comprovada por carga viral quantitativa e sorologia viral. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. Critérios de exclusão: • Pacientes apenas com exame de teste rápido. • Pacientes portadores de câncer primário de fígado.
----------------------------------	---

4.1.14. NEUROLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentem problemas neurológicos caracterizados por movimentos involuntários que podem ocorrer de maneira contínua ou episódica, tais como: ○ Doença de Parkinson (CID G20). ○ Tremor essencial. ○ Síndrome Corticobasal (SCB). ○ Coreias. ○ Doença de Huntington (DHQ). ○ Ataxia. ○ Tique. ○ Mioclonia. ○ Paralisia supranuclear progressiva. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
EPILEPSIA	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentem alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA EPILEPSIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

PEDIATRIA	Critérios de inclusão: • Pacientes que apresentem as seguintes condições: ○ Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. ○ Transtorno do Espectro Autista. ○ Suspeita de doença neurológica de base (sequela hipóxica – isquêmica, TORSCH, etc.). ○ Retardo mental. ○ Convulsão febril. ○ Cefaleias. ○ Doenças Neuromusculares. ○ Neuropatias Periféricas. ○ Ataxias. ○ Movimentos involuntários. ○ Paralisia cerebral com/sem Epilepsia. ○ Encefalopatias. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA – ADULTO	Necessário incluir na solicitação: • Encaminhamento médico com história clínica e solicitação de avaliação para TEA. Critérios de inclusão: • Pacientes a partir de 18 anos de idade; • Comprometimento na interação social (comportamento hipoativo ou desorganizado, sem objetivo, errático); tendência ao isolamento; estereotipias motoras, comportamentos ritualísticos, repetitivos; inflexibilidade cognitiva, interesses restritivos; recusa ou preferência exclusiva alimentar; hiperfoco em objetos e/ou ações de forma disfuncional; alteração sensorial (sons, texturas, hipersensibilidades tátil); tendência ao isolamento. Critérios de exclusão: • Diagnóstico prévio confirmado de TEA: Indivíduos que já possuem laudo multiprofissional confirmatório e não apresentam dúvida diagnóstica (exceto quando o objetivo for revisão diagnóstica com base em critérios atuais - DSM-5-TR ou CID-11); • Condições neurológicas ou psiquiátricas graves em fase aguda: Estados clínicos que inviabilizem avaliação adequada, como: - Episódio psicótico agudo; - Intoxicação por substâncias; - Demências em curso; - Crises epiléticas não controladas; - Internações psiquiátricas em andamento. • Déficits sensoriais ou motores graves não compensados; • Casos de cegueira ou surdez profunda sem adaptação comunicativa, ou condições motoras severas que impeçam a aplicação dos instrumentos de avaliação.

	- Déficits cognitivos severos de etiologia conhecida, neurológicas ou perinatais, cuja manifestação clínica explica Condições genéticas, completamente o quadro comportamental (ex.: síndrome de Rett, paralisia cerebral com deficiência intelectual profunda), sem suspeita adicional de TEA. - Ausência de adesão ou impossibilidade de contato: Não comparecimento ao CPRJ às entrevistas ou avaliações agendadas,
DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA – PEDIATRIA	Necessário incluir na solicitação: - Encaminhamento médico com história clínica e solicitação de avaliação para TEA. CrITÉRIOS de inclusão: - Pacientes de 18 meses a 17 anos e 11 meses; - Comprometimento na interação social (comportamento hipoativo ou desorganizado, sem objetivo, errático); tendência ao isolamento; estereotipias motoras, comportamentos ritualísticos, repetitivos; inflexibilidade cognitiva, interesses restritivos; recusa ou preferência exclusiva alimentar; hiperfoco em objetos e/ou ações de forma disfuncional; alteração sensorial (sons, texturas, hipersensibilidades tátil); tendência ao isolamento. CrITÉRIOS de exclusão: - Pacientes com 18 anos ou mais; - Pacientes que já possuem laudo/ diagnóstico confirmado.
GERAL	CrITÉRIOS de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
TOXINA BOTULÍNICA	CrITÉRIOS de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes portadores de doenças benignas do trato genital para tratamento cirúrgico. - Pacientes portadores de doenças benignas da pelve para tratamento cirúrgico.
PARKINSON	CrITÉRIOS de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem diagnóstico de Parkinson.
ESCLEROSE MÚLTIPLA	CrITÉRIOS de inclusão: - Pacientes que apresentem suspeita de patologia desmielinizante, como: - Esclerose múltipla. - Neuromielite Óptica (NMO) - Encefalomyelite aguda disseminada (ADEM) - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.15. HOMEOPATIA

Recursos	Requisitos necessários
HOMEOPATIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
HOMEOPATIA INFANTIL	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.16. INFECTOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
HIV/AIDS GESTANTE	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: - Pacientes que apresentem Doenças Infecciosas e Parasitárias, como: - Recém-nascido/criança exposta ao HIV. - Investigação de adenomegalia. - Investigação de hepatomegalia e/ou esplenomegalia. - Toxoplasmose congênita ou adquirida. - Citomegalovirose congênita. - Infecção pelo Zika Vírus. - Investigação de Febre de Origem Obscura. - Piodermite de repetição. - Infecções de repetição. - Tuberculose. - Sífilis Congênita e Adquirida. - Vítima de Abuso sexual. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
COINFEÇÃO AIDS/HEPATITE C	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem infecções pelo vírus da Hepatite C e HIV. Critérios de exclusão: - Não atendem pacientes com Hepatite B. - Não atendem pacientes com infecção isolada por Hepatite C ou por HIV.

4.1.17. NEFROLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.18. NUTRIÇÃO

Recursos	Requisitos necessários
ADULTO	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.19. OFTALMOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
CERATOCONE	Critérios de inclusão: - Pacientes com diagnóstico de Ceratocone para realizar o procedimento de Crosslinking. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
CIRURGIA DE CATARATA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
CÓRNEA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

ESTRABISMO	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
GERAL	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PLÁSTICA OCULAR	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
RETINA GERAL	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
UVÉITE	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
GLAUCOMA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.20. ORTOPEDIA

Recurso	Requisitos necessários
ORTOPEDIA GERAL	Critérios de inclusão: - Pacientes para consultas em Ortopedia Clínica. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Apresentar Exame de Imagem recente (até 180 dias). Critérios de exclusão: - Não realizam Cirurgia Ortopédica.

4.1.21. OTORRINOLARINGOLOGIA

Recurso	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: - Pacientes com indicação para consulta e/ou cirurgia otorrinolaringológica. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: - Pacientes com indicação para cirurgia otorrinolaringológica. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
CIRÚRGICA	Critérios de inclusão: - Pacientes com indicação para cirurgia otorrinolaringológica. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Critérios de inclusão: - Pacientes com indicação para cirurgia otorrinolaringológica. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.22. PNEUMOLOGIA

Recurso	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
ASMA DIFÍCIL CONTROLE	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
HIPERTENSÃO PULMONAR	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

TUBERCULOSE COMPLICADA	Critérios de inclusão: - Pacientes apresentando os seguintes casos: - Tuberculose Extrapulmonar. - Tuberculose com intolerância ao esquema básico com indicação para tratamento alternativo. - Tuberculose com evolução desfavorável ao esquema básico. - Micobactéria Não-tuberculosa. - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
-------------------------------	--

4.1.23. POLISSONOGRAFIA

Recurso	Requisitos necessários
POLISSONOGRAFIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem: queixa de insônia; movimentos anormais durante o sono; parassonia; narcolepsia; sonolência excessiva diurna; distúrbios do ritmo circadiano; transtorno comportamental do sono REM. Critérios de exclusão: - Observar os critérios de exclusão para faixa etária e atendimento: - Doenças psiquiátricas descompensadas. - Menores de 18 anos.

4.1.24. REUMATOLOGIA

Local da lesão	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: - Doenças Autoimunes (Suspeita ou Confirmadas); - Lupus Sistêmico; - Colagenoses; - Artrite Reumatoide; - Dermatomiosite; - Esclerodermia; - Síndrome de Sjogren; - Entre outras condições.

DOENÇA AUTOIMUNE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Paciente maior que 18 anos. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Doenças Autoimunes (Suspeita ou Confirmadas); ○ Lupus Eritematoso Sistêmico; ○ Espondilite Anquilosante e outras espondilites; ○ Dermatomiosite; ○ Esclerose Sistêmica; ○ Síndrome de Sjogren; ○ Vasculites. Critérios de exclusão: • Pacientes com diagnóstico ou suspeita de: ○ Artrose; ○ Osteoartrite; ○ Lombalgia mecânica; ○ Cervicalgia mecânica; ○ Ombro doloroso; ○ Bursites e tendinites; ○ Fibromialgia. • Pacientes sem investigação na atenção primária à saúde.
PEDIATRIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
ADOLESCENTE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Queixas músculo-esqueléticas apresentando sinais e sintomas sugestivos de Doença Reumática; ○ Febre por mais de 1 mês de duração; ○ Artrite acima de 1 semana de duração; ○ Serosites; ○ Vasculites; ○ Ulcerações orais e/ou genitais de repetição; ○ Alterações renais acompanhadas de artrite; ○ Exantema malar; ○ Úlceras; ○ Convulsão; ○ Alterações hematológicas; ○ Fraqueza muscular proximal e simétrica progressiva, principalmente, quando acompanhada de lesões cutâneas.

4.1.25. UROLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
GERAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Dificuldades miccionais com dosagem de PSA e USG de próstata e vias urinárias recentes; ○ Pacientes com urolitíase documentada por tomografia, urografia excretora ou usg com menos de 40 dias; ○ Pacientes com lesões que comprometem penis ou bolsa testicular; ○ Pacientes com patologias cirúrgicas de bolsa testicular sem indicações de tratamento cirúrgico de urgência; ○ Pacientes com achados radiológicos de massas renais, vesicais, testiculares ou falhas de enchimento vesicais, ureterais e de pelve renal documentais em exame contrastado; ○ Pacientes com história de hematúria macroscópica com exclusão de itu por urocultura; ○ Pacientes com itu recorrente e tratamentos adequados e documentados por uroculturas sequenciais; ○ Pacientes com patologias prepúciais com dificuldades ou impossibilidade de exposição da glândula; ○ Entre outras condições.
PEDIÁTRICO	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Anomalias congênitas urogenitais; ○ Patologias obstrutivas das vias urinárias; ○ Criptorquidia; ○ Enurese noturna; ○ Distúrbios de diferenciação sexual (genitália ambígua); ○ Bexiga neurogênica; ○ Incontinência urinária; ○ Entre outras condições. • Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. Critérios de exclusão: • Observar os critérios de exclusão de cada prestador e faixa etária para atendimento.
DISFUNÇÃO SEXUAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

LITÍASE	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
VASECTOMIA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
DISFUNÇÃO MICCIONAL	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: - Bexiga neurogênica; - Disfunção neurogênica do trato urinário inferior com alguma doença congênita ou adquirida associada (Esclerose Múltipla, Parkinson, AVC, Trauma Raquimedular, Espinha Bífida); - Entre outras condições.
DISFUNÇÃO MICCIONAL PEDIÁTRICA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: - Bexiga neurogênica; - Quadro suspeito ou confirmado de enurese, incontinência urinária, infecção urinária de repetição, sem resposta aos tratamentos convencionais; - Entre outras condições.
GINECOLOGIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. - Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: - Incontinência urinária; - Prolapso vaginal; - Prolapso genital; - Entre outras condições.
RECONSTRUTORA	Critérios de inclusão: Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

4.1.26. ODONTOLOGIA

Recursos	Requisitos necessários
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (Traumas, fraturas, reconstruções, cistos e tumores)	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso e exames radiográficos anteriores. - Pacientes que apresentam determinadas necessidades cirúrgicas: - Traumatologia complexa maxilofacial para tratamento de traumas e fraturas através da reconstrução dos ossos da face; - Cirurgia para patologias dos maxilares para tratamento de cistos e tumores diagnosticados e com indicação cirúrgica; - Cirurgias reconstrutivas com utilização de enxertos autógenos e placas de reconstrução; - Tratamento de sequelas em geral (Trauma, tumores, deformidades); - Tratamento de infecção oral e maxilofacial severa; - Cirurgia pré-protética avançada. Critérios de exclusão: - Observar os critérios de exclusão de cada prestador e faixa etária para atendimento.
CIRURGIA ORAL MENOR	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso e exames radiográficos anteriores. - Pacientes que apresentam necessidade cirúrgica para tratamento das seguintes condições: - Dentes inclusos, retidos ou impactados; - Cirurgia de sisos; - Dentes supranumerários; - Hiperplasias ou regularização de rebordo; - Excisão de cálculo salivar; - Remoção de cistos e corpos estranhos; - Frenectomias.
ODONTOPEDIATRIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso. - Paciente até 12 anos. Critérios de exclusão: - Pacientes não colaborativos e que necessitam de algum tipo de sedação para atendimento, inclusive anestesia geral.
ENDODONTIA	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso e exames radiográficos anteriores. - Pacientes que apresentam enfermidades da polpa dentária e infecção radicular com necessidade de tratamento endodôntico (Canal) em dentes permanentes

	com estrutura coronária que permita isolamento absoluto e posterior restauração do elemento dentário. • Tratamentos endodônticos em 3ºs molares (sisos) serão realizados apenas nos casos em que o siso seja pilar para Prótese Parcial Removível ou que tenha migrado e esteja em função com o antagonista.
ESTOMATOLOGIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso e exames radiográficos anteriores. • Pacientes que apresentam necessidade de diagnóstico e biópsia para as seguintes lesões na região maxilofacial: ○ Lesões que não cicatrizam em 15 dias na cavidade oral; ○ Tumefação, massa ou tumoração não especificadas na cavidade oral; ○ Doenças da língua, lábio e da mucosa oral; ○ Líquen plano, Estomatites e lesões correlatas; ○ Doença de glândulas salivares; ○ Cistos da região bucal; ○ Halitose; ○ Hiperplasia irritativa da mucosa oral; ○ Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral; ○ Xerostomia, queimação e ardência bucal.
PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento do Cirurgião-Dentista com a descrição clara e detalhada do caso e exames radiográficos anteriores. • Pacientes portadores de necessidades especiais, como: ○ Pacientes com doenças sistêmicas; ○ Pacientes com comprometimento neurológico; ○ Cardiopatias; ○ Doenças pulmonares crônicas; ○ Nefropatias; ○ HIV; ○ Doenças reumatológicas; ○ Antecedente de acidente vascular cerebral há menos de 6 meses; ○ Insuficiência hepática/renal; ○ Transplantados; ○ Irradiados de cabeça e pescoço e/ou complicação de quimioterapia; ○ Problemas hematológicos; ○ Transtornos alimentares (anorexia – bulimia); ○ Transtorno por uso de drogas.
FRENECTOMIA LINGUAL	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento com a descrição do caso e o resultado do Teste realizado pelo Fonoaudiólogo, Pediatra ou Cirurgião-Dentista. • Pacientes, com até 3 meses de idade, que apresentam diagnóstico de angiloglossia com dificuldade na amamentação.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (MEDICINA NUCLEAR)	Critérios de inclusão: • Inserir no SER pacientes com solicitação/pedido, assinado pelo Cirurgião-Dentista, de Tomografia Computadorizada; devendo constar no pedido a região a ser pesquisada e a finalidade do exame. • Paciente deve apresentar o pedido no dia do exame.
OUTRAS ESPECIALIDADES (GRUPO/RADIOGRAFIA PANORÂMICA)	Critérios de inclusão: • Inserir no SER pacientes com solicitação/pedido, assinado pelo Cirurgião-Dentista, de Radiografia Panorâmica de face; devendo constar no pedido a região a ser pesquisada e a finalidade do exame. • Paciente deve apresentar o pedido no dia.

4.2. CONSULTAS EM CIRURGIAS – BAIXAS E MÉDIAS COMPLEXIDADES

4.2.1. CIRURGIA GERAL

Recursos	Requisitos necessários
APARELHO DIGESTÓRIO	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Câncer de estômago; ○ Úlcera de estômago e tumores benignos; ○ Patologias do intestino delgado; ○ Câncer de cólon; ○ Doença diverticular do cólon; ○ Megacólon e Doença de Crohn; ○ Entre outras condições.
ESTÔMAGO	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Doença do refluxo gastroesofágico; ○ Úlceras, Acalasia e Divertículos; ○ Manifestações atípicas com refluxo devidamente comprovado; ○ Pacientes cirúrgicos com complicações; ○ Entre outras condições.

ESÔFAGO	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Doença do refluxo gastroesofágico; ○ Úlceras, Acalasia e Divertículos; ○ Não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive, aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado; ○ Esôfago de Barret, Esteatose, Úlcera e sangramento esofágico; ○ Entre outras condições.
FÍGADO	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • As vagas ofertadas são exclusivamente para pacientes com patologias cirúrgicas de fígado. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador.
HÉRNIA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentam hérnia de parede abdominal: ○ Hérnia umbilical, inguinal, incisional e/ou epigástrica. ○ Outras hérnias. ○ Diástese associada à hérnia epigástrica e umbilical.
PÂNCREAS	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • As vagas ofertadas são exclusivamente para pacientes com patologias cirúrgicas de pâncreas. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador.
PARTES MOLES	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentam lesões de pele benignas. Critérios de exclusão: • Lesões malignas.

VESÍCULA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • As vagas ofertadas são exclusivamente para pacientes com patologias cirúrgicas de vesícula. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador. • Pacientes que apresentem determinadas patologias, como: ○ Colelitíase na vigência de sintomas ou assintomáticos com história prévia de complicações (colecistite, colangite e/ou pancreatite); ○ Coledocolitíase; ○ Cisto de Colédoco; ○ Pólipo de vesícula.
TIREOIDE	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • As vagas ofertadas são exclusivamente para pacientes com patologias cirúrgicas de tireoide. • Observar se há necessidade de apresentação de exames complementares definidos pelo prestador.
CABEÇA E PESCOÇO (EXCETO TIREOIDE)	Critérios de inclusão: • Fossa Nasal e Seios Paranasais – Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes. • Glândulas salivares - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes. • Massa cervical - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame. • Lábio - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame. • Órbita - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes. • Pele - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame. • Orelha - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame.. • Cavidade oral - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame. • Faringe / laringe - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes, com indicativo do sítio em rinofaringe, traqueia, laringe.

4.2.2. CIRURGIA PEDIÁTRICA

Recursos	Requisitos necessários
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar os resultados dos exames complementares realizados. • As vagas ofertadas são exclusivamente para pacientes com patologias cirúrgicas, critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador.

4.2.3. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

Recursos	Requisitos necessários
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar os resultados dos exames complementares realizados. • Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. • Pacientes que apresentam determinadas patologias, como: ○ Fendas Labiais e Palatinas com anomalias congênitas craniofaciais, fissura labiopalatina, tumores benignos e malignos; ○ Deformidades congênitas e adquiridas das orelhas; ○ Pálpebras (Blefaroplastia); ○ Queimados (Tratamento de sequelas iniciais e tardias, reconstrução com expansores, revisão de cicatrizes traumáticas e queloides, etc.).

4.2.4. CIRURGIA TORÁCICA

Recursos	Requisitos necessários
CIRURGIA TORÁCICA	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar os resultados dos exames complementares realizados.

4.2.5. CIRURGIA VASCULAR

Recursos	Requisitos necessários
CIRURGIA VASCULAR (DOENÇA VENOSA)	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar os resultados dos exames complementares realizados. • Observar os critérios de inclusão do paciente de acordo com cada prestador. • Pacientes que apresentam determinadas patologias, como: ○ Doenças vasculares sem feridas (Varizes sintomáticas refratárias ao tratamento conservador, trombozes) e Fístulas Arteriovenosas (FAV).

CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA NÃO ESTÉTICO)	Critérios de inclusão: • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar os resultados dos exames complementares realizados. • Pacientes acima de 18 anos. • Pacientes portadores de varizes em membros inferiores com classificação C2, C3, C4, C5 ou C6 para tratamento não estético de varizes.
--	---

5. EXAMES CRECE

Recurso	Requisitos necessários
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso, principalmente dados da idade gestacional. Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar a lista com os nomes das medicações em uso. Critérios de inclusão: • Idade gestacional de 20 semanas até 30 semanas; • Levar pedido do exame em impresso: APAC (alto custo).
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (ETT) – AMBULATORIAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar a lista com os nomes das medicações em uso; • Levar laudo do Ecocardiograma anterior (se houver).
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA - PEDIATRIA - PPI	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar a lista com os nomes das medicações em uso.

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA - PEDIATRIA - INTERNADO	Documentos do paciente: - Faixa Etária: 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias. - Levar o pedido do exame em impresso APAC (Alto Custo); - Levar o comprovante de agendamento da regulação com a chave de autorização; - Manter as medicações prescritas pelo médico; - Levar a lista dos nomes das medicações em uso; - Levar laudo do Ecocardiograma anterior (se houver).
MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	OBS.: OS EXAMES SERÃO REALIZADOS SOMENTE MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA REQUISIÇÃO DE EXAMES. Crítérios de inclusão: - Avaliação diagnóstica de HAS; - Avaliação terapêutica da HAS; - Suspeita de HAS do avental branco; - Suspeita de hipotensão arterial; - Faixa etária: Adolescentes e adultos (15 a 90 anos), exceto os idosos frágeis. Crítérios de exclusão: - Obesidade; - Dificuldade de entendimento e colaboração; - Crianças; - Idosos frágeis.
MONITORAMENTO CARDÍACO (HOLTER 24h)	OBS.: O EXAME SO PODERÁ SER REALIZADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DO PEDIDO MÉDICO ORIGINAL. Documentos do paciente: - Cópia da identidade ou certidão de nascimento, cartão do SUS. Documentos do responsável ou representante legal (menores de 17 anos, 11 meses e 29 dias): - Cópia da identidade, CPF e comprovante de residência; - Levar o pedido médico em impresso APAC (Alto Custo); - Levar pilha alcalina AAA (pilha palito para o gravador, caso não haja, eventualmente, disponibilidade de pilha). - Para realização deste exame não existem contraindicações, não é necessário jejum e os seus medicamentos devem ser tomados conforme orientação do seu médico. - Comparecer ao hospital 15 minutos antes do horário marcado e de banho tomado.
MONITORAMENTO CARDÍACO (HOLTER 24h – PEDIATRIA)	Documentos do paciente: - Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). - Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; - O acompanhante deve levar a identidade; - Manter as medicações prescritas por seu médico.

TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO 2	OBS.: Temos unidades com ESTEIRA ERGOMÉTRICA que SUPORTA O PESO DE ATÉ 150 KG. CrITÉRIOS de inclusão: • Pacientes acima de 13 anos para avaliação de sintomas relacionados ao esforço, dor torácica e avaliação de cardiopatias. • Pacientes a partir de 18 anos para: - Avaliação de sintomas esforço-induzidos; - Investigação de isquemia miocárdica; - Avaliação de indicação de intervenções terapêuticas para revascularização coronariana; - Avaliação pré-operatória; - Avaliação da aptidão cardiorrespiratória.
DOPPLER ARTERIAL DE MMII	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico.
DOPPLER VENOSO / ECODOPPLER DE VASOS	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico.
ECO CARÓTIDAS E VERTEBRAIS - COM E SEM DOPPLER	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico.

ECOCOLOR DOPPLER DE MEMBROS SUPERIORES BILATERAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico.
PUNÇÃO LOMBAR (DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS)	Perfil: • Adolescente e adulto a partir de 12 anos de idade e peso corporal maior ou igual que 40 kg. Atenção: 1. Atentar para unidade prestadora voltada somente para diagnóstico de doenças infecto-parasitárias. 2. Atentar para unidade prestadora exclusiva para o atendimento de pacientes portadores do vírus HIV (Idade a partir de 18 anos). Critérios de inclusão: • Punção lombar eletiva para diagnóstico de doenças infecciosas, como por exemplo, neurosífilis. • Os casos com histórico de sintomas neurológicos focais ou convulsão necessitam Levar exame de imagem recente (tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética do crânio). • Avaliação pré-procedimento poderá indicar a necessidade de realização de tomografia computadorizada do crânio para liberar a punção lombar. Critério de exclusão: • Criança menor que 12 anos de idade e peso corporal menor que 40 kg. • Pesquisa de células neoplásicas, pesquisa de bandas oligoclonais, eletroforese de proteínas, e pesquisa de aquaporina, porque nosso laboratório não é equipado e capacitado para investigação de quadros neurológicos não infecciosos. Atenção: o presente recurso não contempla casos de instalação aguda de quadro neurológico infeccioso que devem ser direcionado via vaga zero. • Apresentar a guia de referência e ntrarreferência.devidamente preenchida, especificando a doença e/ou a hipótese diagnóstica,os sinais e sintomas e os exames e tratamentos realizados.
TESTE DE ESCARRO INDUZIDO	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização;

	- O acompanhante deve levar a identidade; - Manter as medicações prescritas por seu médico.
BIÓPSIA DE TIREÓIDE – PAAF	Preparo: - O paciente precisa fazer uma refeição leve pelo menos 01 (uma) hora antes do horário agendado para o procedimento; - Suspender 10 (dez) dias antes do exame medicação anticoagulantes ou medicamentos derivados de ácido acetilsalicílico exemplos: Marevan, Xarelto, Aspirina, AAS, Melhoral, e também Heparina, Clexane, Lique mine, Ticlid, Plavix, Persantin, Trental, Buferin, Cuadin, Vitamina E, Tanakan, Ginkgo Biloba. - Comunicar ao seu médico assistente da suspensão da medicação e se possível, o reinício após 05 (cinco) dias da realização da biópsia. - Levar exames anteriores da região; - Levar acompanhante; - Vestuário sem restrições; - Chegar 30 minutos antes do exame; - O paciente deve tomar normalmente seus remédios.
COLONOSCOPIA	A COLONOSCOPIA NÃO SERÁ FEITA NESTA MÊS. SERÁ REALIZADA UMA CONSULTA PRÉ-COLONOSCOPIA E O PROCEDIMENTO SERÁ AGENDADO POSTERIORMENTE DE ACORDO COM CRITÉRIO MÉDICO . Crítérios de Inclusão: - Indicação médica da necessidade de realização dos exames; - Para pacientes de 18 a 65 anos; - Pacientes a partir de 40 anos devem Levar Risco Cirúrgico com ECG; - Todos os pacientes devem Levar exames de Hemograma completo, Glicose, Ureia, Creatinina, Coagulograma (TAP, PTT, Tempo de Sangramento), EAS(Urina) e Rx de Tórax; - Levar pedido médico e agendamento SER; - Pacientes obesos/as Classe III, com IMC > 40, sempre necessitarão de risco cirúrgico, independente da idade; - É recomendado que traga acompanhante no dia da consulta pré-colonosopia. - Demais explicações referentes ao dia do exame, como preparo, cuidados pós-exame, Termo de Consentimento Informado, etc, serão informadas e reforçadas na consulta pré-colonosopia e também no dia do exame.

Recurso	Requisitos necessários
COLONOSCOPIA - INTERNADOS	Crítérios de Inclusão: - O paciente deverá ser encaminhado já com acesso venoso instalado no local onde se encontra internado; - Paciente deve ser encaminhado por ambulância com médico e acompanhante adulto; - Pedido médico com indicação clara da necessidade de realização do exame

	e a guia do sisreg; - Risco cirúrgico liberado para o procedimento; Critérios de Exclusão: - Instabilidade cardiológica ou respiratória; - Necessidade de auxílio anestésico durante realização do exame – condição determinada pelo médico solicitante; - Menor de 18 anos; - Infecção vigente; - Instabilidade hemodinâmica ou respiratória; - IMC MAIOR QUE 40.
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - GASTROSTOMIA - INTERNADOS	Critérios de inclusão: - Pedido com indicação médica; - Risco cirúrgico liberado para o procedimento; - Exames laboratoriais realizados nos últimos 15 dias: hemograma completo, creatina, tap e ptt; - O paciente deve estar obrigatoriamente internado em outra unidade de saúde e deve ser encaminhado por ambulância com médico. Critérios de exclusão: - Paciente em uso de anticoagulante deverá suspender medicação para realizar o procedimento; - O tempo de suspensão fica a critério do médico que acompanha o paciente; - Infecção ativa vigente ou em tratamento; - Menor de 18 anos; - Paciente com gastrostomia já realizada, não é realizado a troca; - No HFB, o paciente será avaliado pelos médicos endoscopistas, para avaliar a aptidão; a remarcação, se necessária, será realizada pelo próprio setor de endoscopia digestiva/HFB, em sua recepção. OBS.: A marcação será realizada após avaliação da documentação pelos profissionais do serviço de endoscopia digestiva.
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	Critérios de inclusão: - Pacientes com idade entre 16 e 64 anos; - Pacientes com idade a partir de 65 anos, deverão Levar risco cirúrgico descartando doença coronariana para realização do procedimento; - Serão avaliados pela equipe médica do serviço de endoscopia. Essa avaliação definirá se o paciente poderá realizar ou não o procedimento. Critérios de exclusão: - Não é realizado o procedimento em pacientes acima de 65 anos sem risco cirúrgico.

BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR USG	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico. Exames necessários apresentar ao médico no ato do exame: • 1 - EXAMES DE ULTRASSOM E/OU MAMOGRAFIAS; • 2 - BI-RADS 4 E 5.
CORE BIÓPSIA DE MAMA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Levar as medicações prescritas por seu médico. OBS.: Suspender 10 (dez) dias antes do exame medicações anticoagulantes ou medicamentos derivados de ácido acetilsalicílico. Por exemplos: Marevan, Xarelto, Aspirina, AAS, Melhoral, e, também, Heparina, Clexane, Liquemine, Ticlid, Plavix, Persantin, Trental, Buferin, Cuadin, Vitamina E, Tanakan, Ginkgo Biloba.
MAMOGRAFIA BILATERAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS BILATERAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
---	---

Recurso	Requisitos necessários
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico. Atenção: • Peso máximo 100 kg; • No setor apenas é realizada a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (Tomografia odontológica). A mesma permite nítida visualização de estruturas ósseas do complexo dentomaxilofacial de forma tridimensional. Não é possível realizar a identificação de estruturas relacionadas a partes moles!!!*
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE - PEDIATRIA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico. • Atenção: • Peso máximo 110 kg; • Não é realizado tomografia de mastoide, tomografia com contraste e tomografia para visualização de tecidos moles.

ELETRONEURO- MIOGRAFIA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
RADIOGRAFIA PANORÂMICA - ODONTOLOGIA	NÃO É EFETUADO NENHUM TIPO DE SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS. Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
RADIOGRAFIA PERIAPICAL - ODONTOLOGIA	ATENÇÃO!!! ATENDIMENTO APENAS PARA DENTES PERMANENTES!!! NÃO REALIZAMOS PERIAPICAL COMPLETA-SOMENTE UMA REGIÃO POR VEZ Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
TOMOGRAFIA CONE BEAM	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade;

	• Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

Recurso	Requisitos necessários
OFTALMOLOGIA - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	Critérios de inclusão: • Capsulotomia. Critérios de exclusão: • Deslocamento de retina; • Vitrectomia posterior; • Traumas oculares.
OFTALMOLOGIA - EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
OFTALMOLOGIA FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

OFTALMOLOGIA - IRIDOTOMIA A LASER	Critérios de inclusão: • Iridotomia. Critérios de exclusão: • Deslocamento de retina; • Vitrectomia posterior; • Traumas oculares.
OFTALMOLOGIA - PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
OFTALMOLOGIA - ULTRA- SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ÓRBITA	Documentos do paciente: • Levar cartão do SUS e identidade; • Chegar com 30 minutos de antecedência no prédio principal 4º andar - setor de oftalmologia. O HUPE apenas realiza exames mediante a apresentação do pedido medico original carimbado e assinado (Caso pedido fique retido na clínica da família, posto de saúde ou secretaria de saúde, pedir para anexar junto a esta guia).
AUDIOMETRIA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

Recurso	Requisitos necessários
LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO RÍGIDO	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
VIDEOLARINGOSCOPIA ADULTO	Crítérios de exclusão: não é realizada biópsia por videolaringoscopia. Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico. IMPORTANTE: Levar 01 mídia de DVD-R (ELGIN/BUK/NIPONICK/EMTEC/CYBERCOMP) - Somente estas marcas são compatíveis com o aparelho.
BIÓPSIA DE MAMA POR PAFF	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM TRANSRETAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

BIÓPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA / MAMOTOMIA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
DENSITOMETRIA ÓSSEA - RADIODIAGNÓSTICO	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

Recurso	Requisitos necessários
ULTRASSONOGRRAFIA - ABDOME SUPERIOR	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRRAFIA - ABDOME TOTAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
--	---

Recurso	Requisitos necessários
ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES MEMBROS SUPERIORES	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIAO INGUINAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.

Recurso	Requisitos necessários
BRONCOSCOPIA- PEDIÁTRICA	Perfil de atendimento: • Atendimento para a faixa etária de crianças e adolescentes abaixo de 17 anos; • Primeiro atendimento será realizado através de consulta ambulatorial para avaliação médica da indicação do exame e das condições clínicas do paciente; • NÃO PRECISA DE JEJUM; • O Exame/Procedimento será realizado em OUTRO DIA marcado.

BRONCOSCOPIA	OBS.: O exame não será realizado no mesmo dia. O paciente estando apto será agendado pelo médico do serviço. Perfil de atendimento: • Atendimento para maiores de 18 anos; • Atendimento somente para TUBERCULOSE. Para realizar o exame é necessário: • Levar o pedido médico constando a história clínica do paciente com a indicação do exame solicitado e principais achados radiológicos; • Levar no dia do exame as radiografias de tórax e tomografias de tórax (se houver) recentes; • O paciente deverá comparecer no dia do exame com um acompanhante maior de idade com documento de identidade; • Levar resultado de exame laboratorial com coagulograma e função renal recentes(realizado nos últimos 03 meses); • O exame não será realizado caso o paciente não apresente condições clínicas e/ou respiratórias que permitam ser submetido ao procedimento. OBS.: Não são realizados os exames sob anestesia geral e/ou sedação profunda.
ESPIROMETRIA	Para realizar o exame é necessário: • Levar exames de imagens se tiver; • Informar os nomes das medicações de uso atual; • Levar medicações broncodiladoras que porventura utilizar, caso necessite aplicar após o exame. • O exame não deve ser realizado caso o paciente esteja com pneumonia, gripe, resfriado, com sangramento respiratório, angina, infarto recentes ou quadro agudo de descompensação respiratória (asma / doença pulmonar obstrutiva crônica). • Levar cópia da identidade, CPF, comprovante de residência, cartão SUS. • NÃO REALIZAMOS ESTE EXAME EM PACIENTES MENORES DE 15 ANOS.
ESPIROMETRIA PEDIÁTRICA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	Documentos do paciente: • Identidade, CPF, comprovante de residência, cartão do SUS e pedido do exame; • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações

	regulares). • Levar o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização; • O acompanhante deve levar a identidade; • Manter as medicações prescritas por seu médico; • Levar as medicações prescritas por seu médico.
--	--