

TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE

# REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Agendamento de consultas especializadas,  
cirurgias eletivas e exames complementares



SAÚDE



**AS CLÍNICAS DA FAMÍLIA E OS CENTROS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE SÃO A PORTA DE  
ENTRADA DO CUIDADO, PREPARADOS  
PARA RESOLVER A MAIORIA DOS  
PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Nessas unidades, os profissionais conhecem você e sua família para acompanhar melhor o diagnóstico e tratamento. Caso tenha algum problema que não possa ser solucionado na sua unidade de saúde de referência, você receberá encaminhamento para outra unidade para avaliação e/ou realização de exames.

**Vale lembrar que, após realizar consulta ou exame em outra unidade, você deve continuar o tratamento na sua clínica da família ou centro municipal de saúde de referência.**



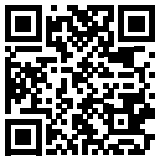
## **Atenção Primária** (clínica da família ou centro municipal de saúde)

É aqui que os pedidos de consultas ou exames externos serão inseridos no sistema de regulação.

Quando sua consulta ou exame em outra unidade for agendado, você será informado com, no mínimo, três dias de antecedência pela sua equipe de saúde.

Você também receberá todas as orientações caso seja necessário ter algum preparo específico para os procedimentos.

Na dúvida, pergunte! A equipe está disponível para esclarecer qualquer questão.



Para saber qual é a sua unidade de referência, acesse:

**[prefeitura.rio/ondeseratendido](http://prefeitura.rio/ondeseratendido)**



## **Atenção Secundária e Terciária** (hospitais, policlínicas e serviços especializados)

São nessas unidades em que os procedimentos agendados via regulação serão realizados.

---

**Nenhuma policlínica ou hospital tem autorização para receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG.**

---

Para manter a continuidade do cuidado, a policlínica ou hospital deve agendar e garantir a consulta de retorno, quando necessário, na própria unidade, imediatamente após o fim da consulta. Caso haja necessidade de outros pareceres ou exames complementares, você receberá um formulário de encaminhamento e deve entregar para sua equipe de saúde na clínica da família ou centro municipal de saúde.

Caso não seja possível o atendimento no dia e horário agendados, devido a algum imprevisto na unidade, a policlínica ou hospital vai reagendar o seu procedimento, sem necessidade de retornar à clínica da família ou centro municipal de saúde.

# ALGUMAS REGRAS

- Somente sua unidade (clínica da família ou centro municipal de saúde) poderá solicitar e marcar consultas ou exames nas policlínicas ou ambulatórios de hospitais.
- Quando você for encaminhado, a sua clínica da família ou centro municipal de saúde vai fazer o agendamento no Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG). **Sua equipe informará, assim que houver vaga disponível, local, data e horário da consulta ou exame.**
- **Para o atendimento em hospitais ou policlínicas,** é necessário levar os seguintes documentos:
  - Documento de identificação (não necessita de foto).
  - Formulário de Encaminhamento de Usuários (referência e contrarreferência), devidamente assinado pelo médico, dentista ou enfermeiro solicitante.
  - Formulário de Autorização do SISREG (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais).

---

É de responsabilidade da sua clínica da família ou centro municipal de saúde informar o local, data e horário da consulta ou exame por meio de uma autorização impressa. **Para acompanhar o seu pedido no SISREG, acesse o Portal da Transparência: [www.minhasaude.rio](http://www.minhasaude.rio)**

---



Quando houver necessidade de cancelamento de uma consulta ou exame agendado, **procure, com antecedência de pelo menos**

**três dias, a sua clínica da família ou centro**

**municipal de saúde para que outro paciente possa**

**usufruir do atendimento.** Neste caso, a sua unidade

**é responsável por cancelar a sua vaga no SISREG.**

- Para realizar alguns exames, é necessário preparo. Esta informação está na última parte do formulário de autorização do SISREG. Em caso de dúvidas, pergunte ao seu médico ou enfermeiro.
- Chegue para a consulta ou exame na unidade agendada com pelo menos 15 minutos de antecedência do horário marcado.
- Leve os exames e receitas anteriores para facilitar o atendimento no dia da consulta agendada.

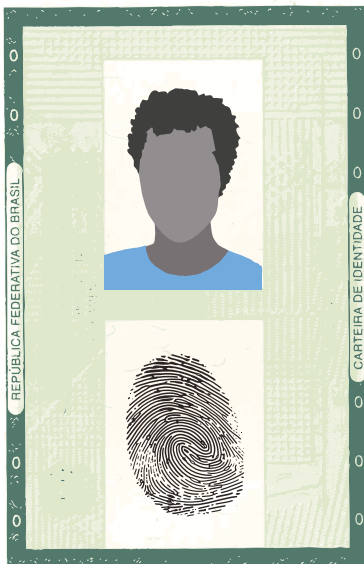


VOCÊ CONHECE O  
**PORTAL DA**  
TRANSPARÊNCIA  
**SISREG?**

— acesse —  
**minhasaude.rio**

Documentos necessários no momento da consulta agendada

## **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E NÚMERO DE CPF**



Documentos necessários no momento da consulta agendada

# FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS (REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA)

Rio SAÚDE		PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO Secretaria Municipal de Saúde		SUS		
<b>Encaminhamento de Usuários</b> <small>(Referência e Contra-referência)</small>						
Nome*						
Data de Nascimento**		Sexo**	CPF*	Mãe ou Carimbo SUS*		
Nome de Mãe*						
Endereço*			Bairro*		CEP*	
Município/Estado Referenciado*		Município/Estado de Residência*		Telefone Residência*	Telefone Celular*	
Unidade de Saúde Solicitante*		CRM*		Telefone da Unidade*		
<b>Dados do Encaminhamento</b>						
Especialidade solicitada			Nome do Profissional (seguir)		Unidade sugerida	
<b>Dados de Atendimento</b>						
			Presença	Atividade	Período (início/fim)	
Motivo de Encaminhamento (dados clínicos)						
Exames Solicitados e Resultados						
CEP**		Data do Encaminhamento				
<small>Nome completo</small>						
<b>Nome e Carimbo do Profissional</b>						
* Levar à consulta agendada: a) documento de identificação; b) este formulário de Encaminhamento (Referência e Contra-referência); c) comprovante de agendamento do SISREG.						
* Solicite ao médico da consulta especializada o preenchimento dos campos abaixo (contra-referência) para devolter ao médico do seu CRM ou Clínica de Família.						
<b>Contra-Referência (Para Uso na Unidade Referenciada)</b>						
Nome do(a) paciente		Mãe ou Carimbo SUS*		Mãe Promissora		
Unidade de Saúde de Origem		Endereço		Bairro		
Número Inscrição						
Exames Solicitados e Resultados						
Solicitação Indicação						
Desligue o parte pontilhada e devolva ao paciente orientado a comparecer à sua Unidade de Origem						

# FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DO SISREG

## (AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS)

**SISREG**

SISTEMA DE REGULAÇÃO

 Operador: **NOME SOBRENOME** Perfil: **REGULADOR/AUTORIZADOR** Unidade: **SMS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO (00000000) V - 3.4.2016**

AUTORIZAR ▾ SOLICITAR ▾ CONSULTA GERAL ▾ CONSULTA AMB ▾ RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO ▾


**CONSULTA DE SOLICITAÇÕES AMBULATORIAIS**

Chave de Confirmação:

**00000**
**UNIDADE SOLICITANTE**

<b>Unidade Solicitante:</b> SMS TIPO E NOME DA UNIDADE AP 00	<b>Cód. CNES:</b> 0000000	<b>Op. Solicitante:</b> NOME SOBRENOME	<b>Op. Videofonista:</b> ---
---	------------------------------	---	---------------------------------

**UNIDADE EXECUTANTE**

<b>Unidade Executante:</b> TIPO E NOME DA UNIDADE	<b>Cód. CNES:</b> 00000000	<b>Op. Autorizador:</b> NOME SOBRENOME	<b>Vaga Consumida:</b> nomomo
<b>Endereço:</b> RUA NONONONO	<b>Número:</b> 000	<b>Complemento:</b> ---	<b>Data Aprovação:</b> 00/00/0000
<b>Telefone:</b> (21) 00000000	<b>CEP:</b> 00000-000	<b>Bairro:</b> NONONONO	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Profissional Executante:</b> NOME SOBRENOME	<b>Data e Horário de Atendimento:</b> <b>DIA • 00/00/0000 • 00h00min</b>		

**Aviso**

 Paciente avisado por **NOME SOBRENOME** (00/00/0000 00:00:00)

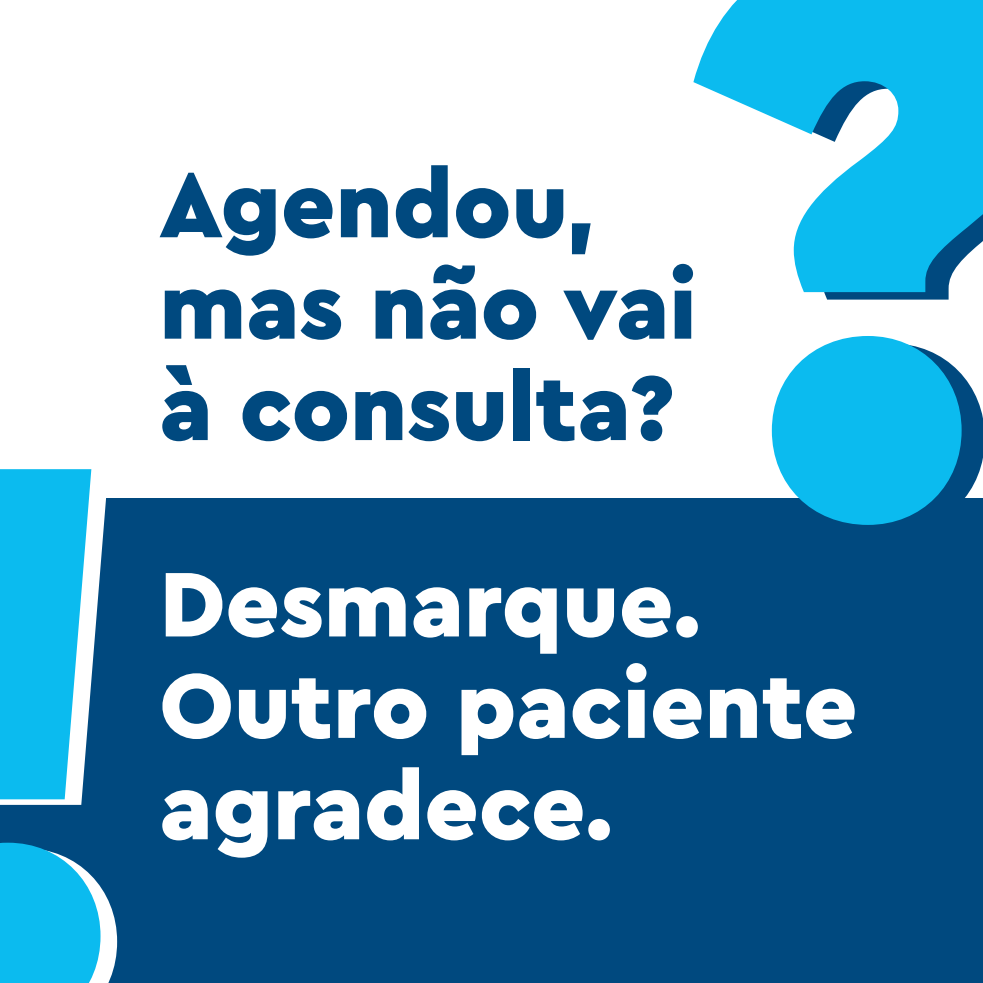
**DADOS DO PACIENTE**

<b>CNS:</b> 000000000000000000	<b>Nome Social/Apelido:</b> ---	<b>Data de Nascimento:</b> 00/00/0000 (00 anos)	<b>Sexo:</b> NONONO
<b>Nome do Paciente:</b> NOME SOBRENOME	<b>Raça:</b> BRANCA	<b>Município de Nascimento:</b> MUNICÍPIO - UF	<b>Tipo Sanguíneo:</b> ---
<b>Nome da Mãe:</b> NOME SOBRENOME	<b>Logradouro:</b> NONONO	<b>Complemento:</b> 000	<b>CEP:</b> 22250-040
<b>Nacionalidade:</b> BRASILEIRA	<b>Bairro:</b> NONONO	<b>Município de Residência:</b> RIO DE JANEIRO - RJ	
<b>Tipo Logradouro:</b> NONONO			
<b>Número:</b> 000			
<b>País de Residência:</b> BRASIL			
<b>Telefone(s):</b> (21) 00000-0000 <a href="#">(Exibir Lista Detalhada)</a>			
<b>Lauda / Justificativa:</b> <a href="#">(Exibir Histórico)</a>			
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nunc viverra sem tellus, eu porta purus hendrerit et. Integer nisi neque, pellentesque in nibh sed, faucibus sollicitudin velit.			

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

Número da Atividade:



**Agendou,  
mas não vai  
à consulta?**

**Desmarque.  
Outro paciente  
agradece.**



SAÚDE

