|  |  |
| --- | --- |
| logo pmf.jpg | **PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  **GERÊNCIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO/COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS PRESTADOS NO SUS** |
| **FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE EXAMES/PROCEDIMENTOS** | |
| * Este formulário destina-se ao registro de reclamações dos procedimentos realizados na rede contratualizada sob gestão do Município de Florianópolis que **não se enquadram nos critérios do fluxograma de “resultado de exame incompatível com a clínica do paciente”**; * **Anexar** o(s) exame(s) reclamado(s) e o(s) de comparação, quando houver, em forma de cópia identificável; * Caso haja suspeita de outros casos semelhantes, relatar em formulário individual cada caso; * Encaminhar este formulário – via e-mail para [comissaodequalidadesms@gmail.com](mailto:comissaodequalidadesms@gmail.com) * Maiores dúvidas ligar para a Gerência de Controle e Avaliação- 3239 1596. | |
| **Solicitante (profissional ou equipe):** | |
| **Data:** | |
| **E-mail:** | |
| **Telefone (solicitante ou equipe):** | |
| 1. **TIPO DE EXAME/PROCEDIMENTO:** | |
| 1. **PRESTADOR EXECUTANTE:** | |
| 1. **DATA(S):** | |
| 1. **NOME DO PACIENTE, DATA DE NASCIMENTO E NOME DA MÃE OU CNS:** | |
| 1. **JUSTIFICATIVA (**pormenorizando o motivo da suspeita de má qualidade)**:** | |