|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| **DE:** | **DATA:** |
| **EMAIL:** | **TELEFONE:** |
| 1. **TIPO DE EXAME/PROCEDIMENTO:**
 |
| 1. **PRESTADOR EXECUTANTE:**
 |
| 1. **DATA(S):**
 |
| 1. **NOME(S) DO(S) PACIENTE(S), DATA DE NASCIMENTO E NOME DA MÃE OU CNS:**
 |
| 1. **JUSTIFICATIVA:**
 |
| 1. **EXAMES DE COMPARAÇÃO:**
 |
| **ORIENTAÇÕES:*** Este formulário destina-se ao registro de reclamações dos exames e outros procedimentos realizados na rede própria e/ou contratualizada sob gestão do Município de Florianópolis;
* **PREENCHER TODOS OS CAMPOS ACIMA** (inclusive os dados de contato para o retorno das informações);
* **EMBASAR A JUSTIFICATIVA** tecnicamente, pormenorizando o motivo da suspeita de má qualidade;
* Assinar (paciente e profissional) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**
* **ANEXAR** o(s) exame(s) reclamado(s) e o(s) de comparação, quando houver, em forma de **CÓPIA IDENTIFICÁVEL.**
* **PARA EXAMES LABORATORIAIS:** anexar também exames anteriores, ou histórico no prontuário, que auxiliem na identificação de um padrão bioquímico prévio;
* **Juntar o maior número possível de exames suspeitos** que tenham ocorrido com um mesmo executante, para uma melhor robustez na análise das evidências pela comissão supracitada;
* Encaminhar este formulário – via e-mail para comissaodequalidadesms@gmail.com
* Maiores dúvidas ligar para a Gerência de Controle e Avaliação- 3239 1596.
 |
| **ASSINATURA\*:** | **CARIMBO:** |
| \*Este reclamante solicita ser representado por esta Comissão para a preservação de seu nome perante o denunciado durante a tramitação do processo de denúncia. |



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Identidade n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro ter sido informado (a) sobre os detalhes do processo de reclamação sobre suspeita de exame/serviço prestado com má qualidade que o profissional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conselho/SC n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solicitará abertura, para que sejam tomadas as providências cabíveis pelo setor responsável desta Secretaria Municipal de Saúde.

Concordo que meus dados/exames sejam enviados para análise pela Comissão de Avaliação de Qualidade de Serviços realizados no SUS, da Secretaria Municipal de Saúde.

Florianópolis (SC),\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_