PREFEITURA RIO

RioSaúde

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

# ATENDIMENTO, INTERNAÇÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA

RIO DE JANEIRO, 2025

# ATENDIMENTO, INTERNAÇÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA

## SUMÁRIO


1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
   - 6.1. Atendimento porta aberta
   - 6.2. Atendimentos dos pacientes regulados
   - 6.3. Condutas na Sala Verde
   - 6.4. Internação
   - 6.5. Alta
   - 6.6. Documentos necessários para a Alta Hospitalar
   - 6.7. Alta por Desistência de Tratamento
   - 6.8. Evasão
   - 6.9. Alta por Desistência de Tratamento
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
   - 7.1. FORM I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Alta por Desistência de Tratamento
   - 7.2. FORM II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Observação Clínica
   - 7.3. FORM III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Recusa de Transferência


| RESUMO DE REVISÕES | | |
|---|---|---|
| MÊS/ANO | DESCRIÇÃO | PRÓXIMA REVISÃO |
| 04/2025 | Emissão Inicial | 04/2029 |
| 01 | Versão | |

| APROVAÇÕES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ELABORAÇÃO | CHEFIA | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | DIRETORIA |
| Flávia Thayná Tapajós<br>Dr. Rafael Alvim | Dr. Rafael Alvim | Guilherme Santana | Cristiane Pacheco | Dr. Bruno Sabino |

# ATENDIMENTO, INTERNAÇÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA


8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS


| RESUMO DE REVISÕES | | |
|---|---|---|
| **MÊS/ANO** | **DESCRIÇÃO** | **PRÓXIMA REVISÃO** |
| 04/2025 | Emissão Inicial | 04/2029 |
| 01 | Versão | |

| APROVAÇÕES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ELABORAÇÃO** | **CHEFIA** | **COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS** | **NÚCLEO DE QUALIDADE** | **DIRETORIA** |
| Flávia Thayná Tapajós<br>Dr. Rafael Alvim | Dr. Rafael Alvim | Guilherme Santana | Cristiane Pacheco | Dr. Bruno Sabino |

VERSÃO CORRENTE PARA CONSULTA DISPONÍVEL NA ÁREA PÚBLICA DO SERVIDOR DA RIOSAÚDE. DOCUMENTO IMPRESSO EM 11/06/25

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Coordenação de Emergência Regional (CER) fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e possuem o objetivo de concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

As Unidades de Pronto Atendimento - UPAS e Coordenações de Emergência Regional - CERs operam 24 horas por dia, oferecendo atendimento abrangente para a maioria das situações de urgência e emergência. Elas fornecem cuidados resolutivos e especializados a pacientes com condições clínicas agudas, enquanto também realizam o primeiro atendimento em casos traumáticos como sutura por exemplo.

Além de estabilizar os pacientes, as UPAs e CERs realizam investigação diagnóstica inicial para determinar a conduta necessária em cada caso e asseguram o encaminhamento adequado de pacientes que requerem cuidados hospitalares, cirúrgicos ou ambulatoriais.

Assim, este documento irá abordar os fluxos de admissão e alta do paciente nas unidades de emergência geridas por esta empresa enquanto o paciente aguarda transferência para unidade hospitalar de retaguarda.

## 2. OBJETIVO

Definir os procedimentos de atendimento, internação, transferência e alta nas salas internas das Unidades de Pronto Atendimento - UPAS.

## 3. ABRANGÊNCIA

Unidades de Pronto Atendimento - UPAs e Coordenações de Emergência Regional - CERs geridas pela RioSaúde.

## 4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

### 4.1. Definições

**ALTA -** Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.

**ALTA A PEDIDO ou DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO -** É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

**EVASÃO -** É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR -** Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

### 4.2. Siglas

**AIH –** Autorização de Internação Hospitalar

**AR -** Agente Regulador

**BAE -** Boletim de Atendimento de Emergência

**CER –** Coordenação de Emergência Regional

**ILPI -** Instituições de Longa Permanência

**MSD –** Membro Superior Direito

**NIR -** Núcleo Interno de Regulação

**SAMU –** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SER -** Sistema Estadual de Regulação

**TC -** Tomografia Computadorizada

**UPA -** Unidade de Pronto Atendimento

## 5. RESPONSABILIDADES

| ATIVIDADE | RESPONSABILIDADE |
|---|---|
| **5.1.** Realizar abertura do BAE do paciente. | **Recepção** |
| **5.2.** Realizar a Classificação de Risco do Paciente. | **Enfermeiro** |
| **5.3.** Realizar atendimento médico inicial. | **Médico** |
| **5.4.** Definir a condição clínica do paciente e em qual sala deverá ser alocado. | **Médico** |
| **5.5.** Definir a necessidade de internação do paciente. | **Médico** |
| **5.6.** Admitir o paciente nas salas prestando cuidados de acordo com sua necessidade clínica. | **Médico e Equipe de Enfermagem** |
| **5.7.** Realizar atendimento social aos pacientes internados e seus familiares e acompanhamento. | **Serviço Social** |
| **5.8.** Realizar acompanhamento dos casos sociais e a partir dos | **Serviço Social** |

| | |
|---|---|
| atendimentos definir a conduta e avaliar necessidade de acionamento de órgãos externos garantidores de direitos. | |
| **5.9.** Definir tratamento necessário de acordo com a condição de cada paciente. | **Médico** |
| **5.10.** Reunir a documentação de transferência. | **NIR** |
| **5.11.** Inserir o paciente para unidade que se enquadra com sua condição clínica. | **NIR** |
| **5.12.** Explicar para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. | **Médico** |
| **5.13.** Solicitar o preenchimento do Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. | **NIR** |
| **5.14.** Arquivar digitalmente os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido no Prontuário Eletrônico. | **NIR** |

## 6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### 6.1. Atendimento porta aberta

#### 6.1.1. Recepção

- Deverá efetuar a abertura do BAE do paciente que der entrada na unidade, seja pela porta de entrada ou transferido de ambulância para a unidade;
- Identificar o paciente com a pulseira de identificação contendo obrigatoriamente nome completo e data de nascimento, conforme POP.DEA.002.

#### 6.1.2. Enfermeiro da Classificação de Risco

- Realizar atendimento inicial do paciente realizando anamnese e exame físico, aferição dos sinais vitais e classificação de risco do paciente;
- Pacientes estáveis trazidos de ambulância também deverão passar pela classificação de risco.
- Sinalizar a cor da classificação de risco na pulseira branca e sinalizar risco de queda, alergias e abertura de protocolos gerenciados.

#### 6.1.3. Médico do Consultório

- Realizar atendimento médico inicial do paciente, anamnese e exame físico e definir a conduta e os próximos fluxos de cuidado ao paciente que podem ser: Liberação para casa, sala de medicamento (eixo verde) ou a internação do paciente nas salas internas.
- Abrir Protocolo gerenciado ou fechar após avaliação do paciente.

### 6.2. Atendimentos dos pacientes regulados

#### 6.2.1. Pacientes regulados para UPA (SAMU, Corpo de Bombeiros ou Ambulância da Central de Regulação)

- A equipe de enfermagem deverá levar os documentos dos pacientes admitidos diretamente nas salas (trazidos de ambulância) para abertura do BAE na recepção, caso o paciente não tenha acompanhante;
- Caso tenha acompanhante, orientar a abertura do BAE na recepção;
- Todos os pacientes que chegam de ambulância devem ser avaliados pelo médico responsável das salas;
- Após a avaliação, podem ser redirecionados para atendimento pelo eixo verde ou internados na sala amarela, vermelha ou isolamento.

#### 6.2.2. Pacientes regulados para realização de TC

- Paciente chega na unidade já regulado via vaga zero;
- O Agente Regulador (AR) realiza a abertura do BAE;
- Paciente é encaminhado para realização da tomografia;
- Após a TC paciente retorna para unidade de origem;
- O AR realiza alta no sistema.
- Durante o serviço noturno, o NIR é responsável por entrar em contato com familiares para informar eventuais transferências e altas.

### 6.3. Condutas na Sala Verde (Em caso de seguir para o Eixo verde)

#### 6.3.1. Equipe de Enfermagem

- Conferir a pulseira de identificação do paciente com o nome completo e data de nascimento conforme POP.DEA.002;

- Aferir os sinais vitais;
- Puncionar acesso venoso periférico a depender da prescrição médica;
- Identificar e sinalizar os riscos do paciente;
- Observar riscos como alergias medicamentosas, risco de queda;
- Administrar as medicações prescritas que podem ser via oral, intramuscular, venosa, sublingual;
- Encaminhar o paciente para exames junto com o maqueiro;
- Otimizar a liberação da ambulância o mais breve possível;
- Pacientes estáveis podem aguardar a definição do caso na poltrona;
- Todos os pacientes com indicação de realização de tomografia para investigação diagnóstica, deverão ser internados nas salas para a solicitação do exame, exceto os pacientes com suspeita de AVC Hiperagudo, que serão encaminhados diretamente para a tomografia após a solicitação do exame.
- Comunicar ao laboratório se tiver solicitação na prescrição, bem como realizar ECG e encaminhar se houver solicitação de RX.

**Ao término do atendimento no Eixo verde o médico irá reavaliar o paciente e determinar o próximo fluxo: liberação de alta ou internação.**

### 6.4. Internação

#### 6.4.1. Médico solicitante da internação

- O médico deverá preencher a AIH, realizar a prescrição médica, levar pessoalmente o paciente até a sala de internação, passar o caso para o Enfermeiro (a) da sala, entregar a prescrição em mãos e realizar a evolução de admissão no sistema de prontuário eletrônico.
- A AIH deverá ser entregue pessoalmente à equipe do NIR pelo médico.
- Pacientes aguardando transferência hospitalar devem ser internados e acomodados nos leitos das salas, aguardando a regulação da vaga por meio da plataforma SER ou da plataforma de vaga zero.

- Os pacientes que necessitem da realização de tomografia para confirmação diagnóstica nas UPAs, deverão ser internados no sistema TIMED, com realização de AIH;
- Explicar para o paciente e/ou responsável, ou familiar, as informações necessárias sobre a observação clínica, sobre as propostas de tratamentos clínicos, medicamentosos e sobre os riscos e benefícios da terapêutica.

### 6.4.2. NIR

- Receber a AIH do médico;
- Solicitar o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Observação Clínica (**FORM II)** ao paciente ou responsável;
- Arquivar digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Observação Clínica (**FORM II)** no Prontuário Eletrônico;
- Realizar a solicitação de vaga imediatamente, após solicitação médica;
- Realizar inserção na plataforma SER em até 6h;
- Atualizar a plataforma SER diariamente e sempre que houver pendências;
- Atualizar a plataforma SMSRIO a cada 2h, após a realização de ronda de rotina;
- Atualizar a plataforma SMSRIO a cada alta ou admissão;
- Pacientes regulados deverão ser encaminhados com os documentos da internação (resultado de exames, prescrição médica, sumário de alta, ficha do sistema que contenha os dados pessoais e telefones de contato do paciente etc.).

### 6.4.3. Maqueiro

- Realizar o transporte seguro do paciente, sempre acompanhado da equipe médica e de enfermagem.

### 6.4.4. Equipe de Enfermagem na internação

#### 6.4.4.1. Condutas de Enfermagem nas Salas Amarela adulto Sala, Amarela pediátrica, Vermelha e Isolamento

- O Enfermeiro (a) deverá receber o caso, a prescrição médica, as orientações do caso e realizar as condutas programadas.
- O enfermeiro comunicador deverá tomar ciência do familiar ou responsável comunicante para que através dele seja feito o contato e posterior comunicação familiar diária, sobre o status do paciente.
- Conferir a pulseira de identificação do paciente com o nome completo e data de nascimento;
- Alocar o paciente no leito;
- Realizar anamnese e exame físico;
- O Enfermeiro deverá realizar as escalas de Braden e Morse no TIMED;
- O Enfermeiro deverá aprazar a prescrição;
- Aferir os sinais vitais;
- Puncionar acesso venoso periférico, se não houver;
- Identificar e sinalizar os riscos do paciente;
- Colocar as pulseiras de riscos no MSD do paciente;
- Preencher a placa de identificação do leito;
- Administrar as medicações prescritas;
- Todos os pacientes com suspeita de IAM (curvando), deverão ficar acomodados nos leitos das salas vermelha ou amarela, não devem permanecer em leito de isolamento respiratório.

### 6.4.5. Médico Clínicos das Salas Amarela, Vermelha e Isolamento

- Realizar admissão e anamnese do paciente em prontuário eletrônico;
- Realizar solicitações de exames laboratoriais e de imagem em prontuário eletrônico;
- Avaliar a necessidade de regulação e comunicar ao NIR;
- Realizar prescrição com reconciliação medicamentosa;
- Pacientes com indicação de transferência hospitalar por vaga zero ou pela plataforma SER, deverão aguardar a vaga internados nas salas;
- Realizar evolução diurna e noturna em prontuário eletrônico;
- Documentar todas intercorrências e procedimentos realizados em prontuário eletrônico;

### 6.4.6. Pediatras

- Realizar admissão e anamnese do paciente em prontuário eletrônico;
- Realizar solicitações de exames laboratoriais e de imagem em prontuário eletrônico;
- Avaliar a necessidade de regulação e comunicar ao NIR;
- Pacientes com indicação de transferência hospitalar por vaga zero ou pela plataforma SER, deverão aguardar a vaga internados nas salas;
- Realizar evolução diurna e noturna em prontuário eletrônico;
- Documentar todas as intercorrências e procedimentos realizados em prontuário eletrônico;

### 6.4.7. Serviço Social

- Realizar visita no leito para saber se há casos sociais;
- Realizar entrevista social, preenchimento da ficha social na admissão do paciente;
- Abordar acompanhantes no início de cada plantão e orientar sobre normas e rotinas da unidade;

- Prestar orientações sociais aos familiares e usuários;
- Acompanhar o horário de visitas para realização de atendimento social aos visitantes;
- Registrar em prontuário eletrônico os atendimentos realizados;
- Pacientes com perfil para hospitais para cuidados prolongados - fazer relatório social atualizado e enviar por e-mail ao NIR e preencher a parte que cabe ao Serviço Social no formulário multidisciplinar.

### 6.5. Alta

#### 6.5.1. Médico Clínicos das Salas Amarela, Vermelha e Isolamento e Pediatras

- Comunicar a alta hospitalar em Round Multidisciplinar;
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhantes sobre a alta;
- Emitir receituário medicamentoso para continuidade do tratamento;
- Emitir atestado médico, quando solicitado pelo paciente ou acompanhante;
- Referenciar a continuidade do tratamento ambulatorial no sumário de alta;
- Preencher sumário de alta e entregar ao NIR, ao paciente e/ou acompanhante e uma cópia deverá ficar arquivada na unidade.

#### 6.5.2. Equipe de Enfermagem

- Retirar dispositivos invasivos, sondas e cateteres;
- Realizar a troca da fralda caso o paciente se encontre em uso;
- Realizar orientações de alta sobre cuidados domiciliares com sondas, curativos e outros dispositivos;
- Realizar a evolução de alta com as condições do paciente e as orientações realizadas;
- Comunicar à equipe de serviços gerais a alta do paciente para a limpeza do leito.

### 6.5.3. Enfermeiro Comunicador Familiar

- Entrar em contato com os familiares ou responsáveis, via telefone, para avisar sobre a alta ou transferência do paciente.

### 6.5.4. Serviço Social

- Orientar os familiares e responsáveis acerca de direitos sociais e entregar os encaminhamentos sociais necessários;
- Direcionar o paciente a rede de atenção;
- E em casos de alta social, este profissional é responsável pela busca por acolhimento.

### 6.5.5. NIR

- Referenciar para unidade de atenção primária pelo SISARE;
- Retirar o paciente do TIMED;
- Caso haja ausência do enfermeiro comunicador familiar, o NIR é responsável por entrar em contato com os familiares ou responsáveis, via telefone, para comunicar a alta ou transferência do paciente.

### 6.5.6. Maqueiro

- Encaminhar o paciente de cadeira de rodas até a saída da unidade.

### 6.5.6. Auxiliar de Portaria

- Retirar a pulseira de identificação do paciente na saída da unidade.

### 6.6. Documentos necessários para a Alta Hospitalar

- Documentação referente à alta médica, com o detalhamento da situação clínica, medicações, orientações referentes aos cuidados necessários em caso de urgência e a contrarreferência para a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência;
- Registro das orientações (impressas ou por escrito) das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e outros;
- Cópias dos exames e exames de imagem.

### 6.7. Alta por Desistência de Tratamento

- O paciente hospitalizado é de responsabilidade da instituição de saúde e dos profissionais que prestam assistência, independente da sua situação clínica.
- O Código de Ética Médica ressalta a garantia do paciente de decidir sobre seu tratamento, salvo em situações de iminente risco de morte (CFM, Art. 24° e Art. 31°).
- Desta forma, é permitido ao paciente decidir se quer ficar internado na instituição de saúde, sendo necessário que o mesmo seja esclarecido pelo Médico sobre os riscos decorrentes desta decisão e aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Alta por Desistência de Tratamento com as devidas orientações sobre os riscos aos quais este paciente estará submetido por sua decisão. Conforme **FORM I.**

### 6.8. Evasão

**No caso de evasão dos usuários, deve ser:**

- Explicitado no prontuário eletrônico (TIMED), rigorosamente, por todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento do paciente;
- O enfermeiro deve descrever no livro de ordens e ocorrências o ocorrido;

- No caso de pacientes sem autonomia ou menores de idade, deve ser feita busca ativa com o serviço social, se o paciente tiver registro de familiares/responsáveis os mesmos devem ser comunicados e o gerente ou coordenadores da unidade devem prestar a ocorrência ao DP e realizar o B.O.

### 6.9. Transferência Hospitalar

- O NIR deverá informar imediatamente a equipe médica, quando a transferência hospitalar estiver autorizada na plataforma SER. Além de organizar a documentação completa (prescrição médica, exames, sumário de transferência, ficha de identificação e formulário de transporte seguro);
- A equipe multiprofissional deve assegurar a preparação do paciente para a transferência, incluindo a realização de todos os cuidados assistenciais necessários para estabilidade clínica;
- A equipe assistencial, juntamente com o maqueiro, deve acompanhar o paciente até a ambulância, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado durante o deslocamento.
- O Serviço Social deve ser acionado para apoio em casos sociais complexos, prestando esclarecimentos aos familiares e articulando a rede de apoio, quando necessário.
- Em caso de recusa da transferência pelo paciente ou responsável legal, o médico deverá prestar todos os esclarecimentos sobre os riscos envolvidos e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Recusa de Transferência (FORM III), registrando a conduta no prontuário eletrônico.

## 7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

### 7.1. FORM I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Alta por Desistência de Tratamento

| | | |
|---|---|---|
| PREFEITURA RIO RioSaúde | **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ALTA POR DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO** | **ETIQUETA DO PACIENTE**<br>Nome:<br><br>Prontuário:<br>Atendimento:<br>Data de nascimento: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UNIDADE: | | | |
| NOME DO PACIENTE: | | | |
| CPF: | BAE/PRONTUÁRIO: | SETOR: | LEITO: |

Declaro que:

Fui devidamente informado e orientado quanto ao meu estado de saúde atual, ciente de que não apresento condições clínicas adequadas para alta médica no presente momento. Ainda assim, decido, por vontade própria, deixar esta Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assumindo integral e exclusivamente a responsabilidade por essa decisão.

Estou ciente de que esta saída ocorre contra a orientação médica, e que tal decisão pode implicar riscos significativos à minha saúde e/ou à minha vida, conforme me foi esclarecido pelo profissional médico responsável pelo meu atendimento.

| PACIENTE/RESPONSÁVEL | |
|---|---|
| Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade questionar qualquer item, parágrafo ou palavras. | |
| DATA: | ASSINATURA: |

| TESTEMUNHA | |
|---|---|
| NOME: | |
| DATA: | ASSINATURA |

| PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL |
|---|
| Declaro, na qualidade de médico responsável, que prestei todas as informações necessárias ao paciente e/ou seu responsável legal ou familiar, de forma clara e compreensível, a respeito do seu estado clínico, bem como sobre os objetivos, benefícios, riscos e eventuais alternativas ao tratamento proposto. Esclareci também as possíveis consequências da interrupção do tratamento e da alta por decisão própria. Acredito que o paciente e/ou responsável compreendeu plenamente as orientações fornecidas. |
| _____<br>ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO |

POP.DEA.001 – FORM I – V.01

## 7.2. FORM II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Observação Clínica

| | | |
|---|---|---|
| PREFEITURA RIO RioSaúde | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA | ETIQUETA DO PACIENTE<br>Nome:<br><br>Prontuário:<br>Atendimento:<br>Data de nascimento: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| UNIDADE: | | | |
| NOME DO PACIENTE: | | | |
| CPF: | BAE/PRONTUÁRIO: | SETOR: | LEITO: |

Declaro que:

a) Recebi todas as informações necessárias sobre a observação clínica, sobre as propostas de tratamentos clínicos, medicamentosos e sobre os riscos e benefícios da terapêutica. Fui informado que durante a observação, os acompanhantes e visitantes devem seguir as normas e orientações do regulamento interno da unidade.

b) Estou ciente de que podem ser necessários cuidados e procedimentos habituais disponíveis nos setores assistenciais da instituição, tais como:

- Atendimento por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, cirurgiões dentistas entre outros profissionais e estagiários submetidos à supervisão de um profissional preceptor);
- Instalação de equipamentos de monitorização;
- Utilização de tubos endotraqueais, ou dispositivos similares somados a instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração;
- Procedimentos invasivos, como colocação de dispositivos assistenciais de curta e longa permanência como: cateterização de artérias e veias para administração medicamentosa, sedação ou fins terapêuticos que podem ser de inserção periférica ou central;
- Instalação de dispositivos de curta e longa permanência como sondas vesicais, gástricas e enterais entre outros e utilização de alimentação enteral ou para fins de alimentação e manutenção do estado nutricional e metabólico;
- Instalação de cateteres e realização de sessões de hemodiálise para fins terapêuticos.
- Instalação de cateteres ou dispositivos no aparelho urinário, tórax ou no abdome ou demais intervenções para fins terapêuticos;
- Realização de procedimentos odontológicos;
- Realização de curativos com técnicas específicas instrumentais e demais técnicas para fins terapêuticos;
- Realização de registro fotográficos para acompanhamento de feridas, lesões, ostomias e demais necessidades para fins terapêuticos;
- Autorizo que qualquer material coletado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento;

- Realização de exames de imagem como tomografias, radiografias, ressonâncias, angiografias, cateterismos, eventualmente com administração de contraste radiológicos e/ou com anestesia local ou geral;

c) Estou ciente de que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Centro de Emergência Regional (CER) são locais de observação temporária, sendo todos os pacientes regulados para uma Unidade Hospitalar pelo Sistema Estadual de Regulação, sendo possível a transferência do usuário para conclusão do tratamento clínico ou a alta hospitalar, conforme a avaliação médica.;

d) Compreendo que, durante realização de exame e/ou procedimento podem ocorrer intercorrências ou complicações inerentes aos mesmos, durante e após a intervenção, tais como: alergia, infecções, sangramentos, lesões vasculares, lesões viscerais, de mucosas ou cutâneas, alterações no estado de consciência e até o coma, sendo que nestas situações serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição na tentativa de reversão do quadro. Declaro, ainda, ciência, de que para realizar estes exames e/ou procedimentos poderá ser necessário o emprego de anestesia/sedação. Autorizo, qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações emergenciais que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Declaro que fui devidamente esclarecido quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados e que:

( ) Autorizo a realização

( ) Recuso a realização pelo seguinte motivo: _____

_____

*RESOLUÇÃO CFM No 2.232, DE 17 DE JULHO DE 2019 Art. 1o A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.*

| PACIENTE/RESPONSÁVEL | |
|---|---|
| Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade questionar qualquer item, parágrafo ou palavras. | |
| DATA: | ASSINATURA: |

| TESTEMUNHA | |
|---|---|
| NOME: | |
| DATA: | ASSINATURA |

| PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL |
|---|
| Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei. |
| _____ ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO |



VERSÃO CORRENTE PARA CONSULTA DISPONÍVEL NA ÁREA PÚBLICA DO SERVIDOR DA RIOSAÚDE. DOCUMENTO IMPRESSO EM 11/06/25

## 7.3. FORM III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Recusa de Transferência

PREFEITURA RIO – RioSaúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE RECUSA DE TRANSFERÊNCIA**

| ETIQUETA DO PACIENTE |
|---|
| Nome: |
| |
| Prontuário: |
| Atendimento: |
| Data de nascimento: |

UNIDADE:

**PACIENTE**

NOME DO PACIENTE:

| DATA DE NASCIMENTO: | CPF: | RG: | BAM/PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|
| | | | |

**RESPONSÁVEL**

RESPONSÁVEL

| CPF: | RG: |
|---|---|
| | |

Pelo presente Termo de Recusa de Transferência, declaro que fui devidamente comunicado pelo médico que o paciente acima necessita de transferência desta Unidade de Pronto Atendimento – UPA, para uma unidade hospitalar para dar continuidade ao tratamento proposto para o reestabelecimento do seu quadro clínico de saúde.

Todos os esclarecimentos do quadro atual de saúde do paciente, bem como dos benefícios desta transferência e dos riscos da permanência nesta Unidade de Pronto Atendimento – UPA, foram informados ao paciente e ou responsável legal.

Ressaltamos que as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, possuem caráter para atendimento de urgência e emergência, e no caso em tela o prosseguimento do tratamento deve ocorrer em outra unidade de saúde com maior estrutura e disponibilidade de mecanismos que atendam as necessidades do paciente.

Pelo presente termo o paciente ou seu responsável legal toma ciência de todas as informações referentes ao tratamento médico e **MANIFESTA A RECUSA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE.**

**PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade questionar qualquer item, parágrafo ou palavras.

| DATA: | ASSINATURA: |
|---|---|
| | |

**TESTEMUNHA**

NOME:

| DATA: | ASSINATURA |
|---|---|
| | |

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

_____

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

POP.DEA.001 - FORM III - V.00

## 8. REFERÊNCIAS


- Ministério da Saúde - Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) – Disponível em: Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 15 jan. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM no 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 70p. ; 15 cm. Disponível em:<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 312 de 02 de maio de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2a Ed. revista. Brasília, 2002. 32p. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br.
- EBSERH - Enfrentamento à evasão hospitalar de pacientes – Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/hospital-universitario-walter-cantidio/protocolos/unidade-de-gestao-de-riscos-assistencias/pro-usep-006-v1-enfrentamento-a-evasao-hospitalar-de-pacientes.pdf>. Disponível em: 23 mar. 2023.
- A Constituição Federal em seu Art. 5° consagra o direito à vida à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, e sua alínea II, declara que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, sendo então facultado ao paciente a opção de manter-se na instituição hospitalar e aceitar o tratamento proposto. O Código de Ética Médica ressalta a garantia do paciente de decidir sobre seu tratamento, salvo em situações de iminente risco de morte. (CFM, Art. 24° e Art.31°).
- Com relação ao profissional de Enfermagem mediante Código de Ética, deve-se respeitar a autonomia da pessoa, salvo nas situações em que não há capacidade de decisão e diante da responsabilidade de registrar em prontuário o processo de cuidar. (COREN, Art. 42°, Art. 50° e Art. 36°) Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional - médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e assistentes sociais, assistente administrativo e profissionais da equipe de higienização.

## 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

| Tipo Documental | Código de Classificação | Série Documental | Classificação de Acesso | Prazo de Guarda | | Destinação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Arquivo Corrente | Arquivo Intermediário | |
| Boletins de atendimento, prescrições, autorizações de internação hospitalar, evoluções, termos de alta, termos de consentimento livre e esclarecido e demais registros (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA) | 18.01.01.001 | Prontuário do paciente | Restrito | A vigência esgota-se com o último registro | 20 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Livros, relatórios, fichas, e-mails e demais registros da assistência social | 18.01.01.011 | Expediente de material técnico da assistência social | Restrito | A vigência esgota-se com o último registro | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Fichas de identificação do leito, prescrições com aprazamento manual e registros de exames de eletrocardiograma (INTEGRA) | 18.01.01.012 | Expediente de registros de sistematização da assistência de enfermagem | Restrito | A vigência esgota-se com o último registro | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Livros de ordens e ocorrências dos setores, termos de alta, termos de consentimento livre e esclarecido, guias emitidas pelo SAMU e pelo Corpo de Bombeiros (SUPORTE FÍSICO) | 18.01.02.005 | Registro de controle das ações de urgência e emergência | Ostensivo | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Livros de registros de ocorrências e intercorrências sob a responsabilidade da gestão | 18.01.02.012 | Registro de intercorrências de plantão | Ostensivo | A vigência esgota-se com o encerramento de livro próprio | 5 anos | Guarda Permanente (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Solicitações de exames laboratoriais e de imagem | 18.02.01.001 | Requisição de exames complementares | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada mês | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Solicitações de Vaga Zero | 18.02.01.002 | Requisição de exames especializados e avaliações de urgência | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Autorização de Internação Hospitalar | 18.02.01.004 | Requisição de internações | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022) |
| Documentos dos pacientes regulados para transferência e/ou internação (UNIDADE DE DESTINO) | 18.02.01.005 | Expediente de registros da regulação | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | de janeiro de 2022) |

## 10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

| Versão | Alteração | Data | Elaboração/Revisão | Validação | Aprovação |
|---|---|---|---|---|---|
| 00 | Emissão inicial | 08/04/2025 | Flávia Thayná Tapajós<br>Dr. Rafael Alvim | Dr. Rafael Alvim | Dr. Bruno Sabino |
| 01 | Revisado item 6.5. Responsabilidades e item 6. Descrição do Procedimento no subitem 6.5. Alta | 04/06/2025 | Flávia Thayná Tapajós<br>Dr. Rafael Alvim | Dr. Rafael Alvim | Dr. Bruno Sabino |

## 11. ANEXOS

Não se aplica.