

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

## REMOÇÃO DE PACIENTES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE

VITÓRIA | JUNHO 2023



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria de Saúde*



# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

## REMOÇÃO DE PACIENTES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE

### **ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES**

Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA

#### **Endereço:**

Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225 Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP 29.050-260(27) 3347-5630/3347-5680.

#### **Governador do Estado**

José Renato Casagrande.

#### **Secretário de Estado da Saúde**

Miguel Paulo Duarte Neto.

#### **Subsecretário de Estado de Regulação do Acesso em Saúde - SSERAS**

Gleikson Barbosa dos Santos.

#### **Equipe Responsável pela Elaboração**

Carla Renata da Silva Pacheco - Enfermeira - Apoio Técnico da Gerência de Regulação Hospitalar - GEREH.

Dijoce Prates Bezerra - Enfermeira - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA.

Ilkennia Karla do Nascimento - Apoio - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA.

Leoverlane da Cunha Miranda - Enfermeira - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA.

#### **Revisão Técnica**

Alessandra Baque Berton - Gerente de Regulação Hospitalar - GEREH.

Elaine de Oliveira Lepaus - Chefe do Núcleo de Regulação e Internação - NERI.

Yhorana Berger Tonoli - Coordenação Médica - Núcleo Especial de Regulação da Internação - NERI.

Yure P. Ruas Xavier - Médico Apoio Técnico do Núcleo Especial de Regulação de Urgência e Emergência - NERUE.



## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introdução</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. Objetivo</b>  | <b>6</b>  |
| <b>3. Núcleo Especial de Regulação da Internação - NERI</b>                                       | <b>6</b>  |
| 3.1. Atribuições do médico regulador quanto à solicitação do recurso                              | 6         |
| 3.2. Atribuições do enfermeiro assistente quanto à solicitação do recurso                         | 7         |
| <b>4. Unidades Solicitantes</b>   | <b>7</b>  |
| 4.1. Tipos de Estabelecimentos Solicitantes   | 8         |
| 4.2. Das responsabilidades do solicitante   | 8         |
| <b>5. Solicitação de Remoção</b>  | <b>10</b> |
| 5.1. Tipos de Solicitação de Remoção  | 10        |
| 5.1.1 Vaga Regulada pelo NERI no Sistema de Regulação de Leitos                                   | 10        |
| 5.1.2 Transferência por contato direto entre hospitais de menor porte para unidades de referência | 11        |
| 5.1.3 Transferência para a realização de exames e avaliação                                       | 11        |
| <b>6. Executante de Internação</b>  | <b>12</b> |
| <b>7. Acompanhantes Durante o Translado do Paciente</b>   | <b>13</b> |
| 7.1. Acompanhante Obrigatório: Menores de 18 anos e os recém-nascidos                             | 13        |
| 7.2. Acompanhante como direito constitucional: Pacientes idosos                                   | 13        |
| 7.3. O Paciente que não pode responder por si:  | 14        |
| <b>7. Prestador de Serviço de Remoção</b>   | <b>14</b> |
| <b>8. Serviço Contratado Conforme Termo de Referência</b>   | <b>15</b> |
| 8.1. Ambulância de suporte AVANÇADO   | 15        |
| 8.2. Ambulância de suporte BÁSICO   | 15        |
| <b>9. Tempo Resposta de Atendimento ao Contrato</b>   | <b>15</b> |
| <b>10. Cancelamentos</b>  | <b>16</b> |
| 10.1. Paciente e/ou Família Recusa a Transferência  | 16        |
| 10.2. Paciente apresenta instabilidade clínica antes do transporte                                | 16        |
| 10.3. Paciente apresenta instabilidade clínica durante o transporte                               | 17        |
| <b>11. Monitoramento do Serviço de Remoção</b>  | <b>17</b> |
| <b>12. Óbito do Paciente Durante o Transporte</b>   | <b>17</b> |
| <b>13. Contraindicações do Transporte</b>   | <b>17</b> |
| <b>14. Contingência</b>   | <b>18</b> |
| ANEXO I - Solicitação de Remoção (Triagem pelos Telefonistas)                                     | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| ANEXO II - Formulário de Remoção para Transferência Inter Hospitalar .....  | 20        |
| Anexo III - Formulário de Remoção para Exame/Procedimentos e Avaliação..... | 21        |
| ANEXO IV - Formulário de Remoção Para Transferência - Gestante .....        | 22        |
| <b>15. Referências Bibliográficas .....</b>                                 | <b>23</b> |

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO REMOÇÃO DE PACIENTES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE

## 1. Introdução

De acordo com a Portaria nº 1558 de 01 de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada simplesmente de Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. É executada pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, que exerce a autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sejam próprios, contratados ou conveniados. No processo de regulação das internações hospitalares, a capacidade resolutive do hospital de origem é avaliada e caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário, cabe a decisão pela transferência inter-hospitalar ou intermunicipal.

A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade deve ocorrer sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem. A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja em seus municípios de residência ou não, terá como objetivo liberar o recurso de alta complexidade e melhor qualificado quanto capacidade resolutive, para um usuário com maior necessidade, garantindo a equidade.

As transferências Inter-hospitalares estão regulamentadas pela Portaria nº 2048/GM do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, que estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a Regulação Médica das Urgências e Emergências e normatiza o atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.672/03, de 9 de julho de 2003, também dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes, normatizando as condutas de transporte com segurança.

Cabe ressaltar que, para que o Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) consiga identificar os recursos disponíveis que atendam às necessidades do paciente, é necessário que os estabelecimentos solicitantes façam uso adequado das ferramentas de solicitação com registro de informações, história clínica e anamnese pertinentes, atualização de dados clínicos do paciente e registro de propedêuticas realizadas. Por outro lado, faz-se necessário que os estabelecimentos executantes mantenham a grade de leitos atualizada no sistema de regulação (altas sejam efetivadas liberando os leitos para utilização) e mantenham as informações de alterações da capacidade instalada atualizada.

## 2. Objetivo

Este protocolo tem como objetivos subsidiar e orientar as instituições envolvidas no processo das remoções inter-hospitalares, a saber: os hospitais solicitantes, hospitais executantes e prestadores de serviço complementar de remoção em âmbito Estadual.

## 3. Núcleo Especial de Regulação da Internação - NERI

O Núcleo Especial de Regulação da Internação (NERI) é o espaço institucional da Secretaria de Saúde Estadual, responsável pela regulação do acesso ao recurso leito Hospitalar. Funciona em caráter de plantão, por 24 horas todos os dias da semana, e faz a regulação de acesso ao leito hospitalar existentes nas unidades próprias, contratualizadas e complementares a rede do SUS do estado do Espírito Santo.

O gerenciamento das informações é feito por um sistema de informação operacional de acesso via web (Sistema MV Regulação - MVREG), atualizado conforme informações fornecidas pelos usuários solicitantes e executantes e profissionais reguladores.

O médico regulador executa a regulação baseado em normas, diretrizes clínicas e protocolos que são os critérios e fluxos de acesso aos serviços.

### 3.1. Atribuições do médico regulador quanto à solicitação do recurso

- Autorizar a utilização do recurso (nas solicitações de transferência por contato direto) viabilizando o acesso do usuário ao serviço necessário para a conclusão do diagnóstico definitivo ou tratamento obedecendo as normas do contrato vigente;
- Conhecer protocolos e diretrizes clínicas;
- Conhecer os perfis das unidades solicitantes e executantes;
- Conhecer e priorizar as ofertas por região de saúde;
- Conhecer a Resolução do CFM nº 1672/2003 e a Portaria do MS nº 2048/2002.

- Exigir o correto e completo preenchimento dos laudos e formulários para a regulação e transporte do paciente.

Além dos **fatores relacionados ao usuário**, deverá ser levado em consideração para prioridade de acesso ao recurso o **grau de resolutividade da unidade solicitante** sendo maior a prioridade quanto menor o nível de complexidade do solicitante e quanto maior a criticidade (necessidade) ao acesso imposta pelas condições clínicas do doente.

As decisões relativas ao cancelamento da remoção devem ser julgadas pelo médico assistente em conjunto com o médico da remoção e o médico regulador, e registrada obrigatoriamente no sistema.

### 3.2. Atribuições do enfermeiro assistente quanto à solicitação do recurso

- Atuar taticamente nas dificuldades dos solicitantes e executantes, nas questões que não sejam atribuição exclusiva do Médico Regulador.
- Fazer a avaliação de todas as solicitações de remoção submetendo as informações às regras contratuais.
- Informar as negativas da utilização do recurso, registrando o motivo e orientando a correção, caso seja apenas necessário algum dado complementar para autorização do recurso.
- Abrir chamados junto à(s) empresa(s) contratadas para as remoções cujas demandas já passaram por autorização do médico regulador, por meio do sistema próprio do serviço contratado.
- Manter o sistema de informação adotado para controle atualizado com os dados das remoções solicitadas.
- Supervisionar a confirmação das remoções realizadas.
- Supervisionar o acompanhamento do tempo-resposta das remoções.
- Comunicar ao prestador da remoção nas situações de cancelamento das solicitações de remoção.

## 4. Unidades Solicitantes

São os estabelecimentos de saúde que atendem a rede SUS, na área de abrangência do complexo regulador, nas seguintes situações:

- Regulação de transferência inter-hospitalares para unidade executante (que continuará o atendimento do doente);
- Transferência por contato direto entre hospitais de menor porte para unidades de referência;

O Custos de Remoção de pacientes que requeiram realização de propedêuticas cuja responsabilidade/custeio estejam previsto em contrato firmado entre Prestador e esta Secretaria serão de responsabilidade do próprio prestador.

#### 4.1. Tipos de Estabelecimentos Solicitantes

- Hospitais próprios
- Hospitais filantrópicos
- Hospitais conveniados
- Hospitais privados

#### 4.2. Das responsabilidades do solicitante

A responsabilidade no transporte do paciente está definida em cada tipo de situação e fica regimentada conforme resolução CFM N1672/2003:

“...Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

- I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.
- II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.
- III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.
- IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

- No caso de Transferências realizadas por intermédio do Complexo Regulador, o recurso necessário ao paciente estará definido de acordo com as informações registradas no momento da requisição pela Unidade Solicitante. A evidência de Concordância pela unidade Executora (em receber o paciente) já estará registrada no Sistema de Regulação de Leitos na medida em que esta disponibiliza o recurso/leito ao paciente.
- No Caso de Incompatibilidade do Tipo de Ambulância com as condições clínicas do

paciente previamente ao transporte, pela equipe de remoção, caberá a esta realizar contato com o complexo regulador informando tal situação para que o mesmo realize as tratativas e ajustes necessários.

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável (is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo: a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme.

a) a incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas..."

- A origem (solicitante) deve estabilizar o paciente antes do transporte, o mesmo não poderá remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte. Caso não seja possível, por falta de equipamentos ou situações de recursos indisponíveis, a equipe de transporte/remoção poderá auxiliar a equipe do solicitante nos procedimentos necessários.

- Todo Paciente com requisição de Transporte Avançado OBRIGATORIAMENTE precisa estar com acesso vascular disponível e pérvio.
- Quando da necessidade de equipamento de INCUBADORAS NEONATAL DE TRANSPORTE devido ao RN estar em protocolo de Hipotermia: Caberá a unidade solicitante informar no termo de solicitação de transferência tal condição e necessidade do equipamento a ser usados no transporte. Ainda que a solicitação já esteja em curso com ambulância a caminho da unidade solicitante ainda assim caberá a este que realize contato com a central reguladora por telefone para que a mesma registre o TAC e cientifique o prestador da remoção.

## 5. Solicitação de Remoção

Nas solicitações de transferência por contato direto, a solicitação deve ser executada pelo médico assistente. O médico solicitante será o responsável integral pelas informações fornecidas ao núcleo de regulação de recursos. Equívocos de regulação decorrentes de informações inverossímeis serão de responsabilidade do autor.

O médico solicitante deverá elaborar documento de transferência para acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora/executante, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade de origem/solicitante, como diagnóstico de entrada, anamnese com exame clínico e dados vitais, propedêuticas realizadas e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além de sua assinatura do profissional médico solicitante.

Quando a transferência se dá por meio de reserva de vaga confirmada no sistema MVREG, cabe ao estabelecimento solicitante comunicar a família do paciente quanto à transferência e garantir que todos os documentos necessários para a realização da mesma estejam prontos no momento da chegada da equipe de remoção na unidade: documentos de identificação do paciente, laudo descrevendo todas as ações e recursos empregados no atendimento ao paciente, cópias de exames realizados. As remoções para vagas reguladas via MVREG devem ser solicitadas por meio do telefone (27) 3346-4300.

As solicitações de remoção encaminhadas ao NERI serão submetidas a avaliação quanto ao enquadramento nas regras contratuais vigentes. Solicitações de remoção que não se enquadrem nas regras contratuais vigentes não serão executadas pelo Serviço Complementar de Remoção do NERI.

### 5.1. Tipos de Solicitação de Remoção

#### 5.1.1 Vaga Regulada pelo NERI no Sistema de Regulação de Leitos

Ao verificar a liberação do leito regulado em tela, o estabelecimento de origem deverá solicitar a remoção ao NERI através de contato telefônico.

A remoção será registrada pelo telefonista do NERI em formulário próprio de remoção, ANEXO I - SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO (TRIAGEM DOS TELEFONISTAS), onde serão registrados alguns dados iniciais para o seguimento da solicitação.

O enfermeiro analisa a solicitação, com o intuito que o pedido esteja condizente com os termos do contrato vigente e o quadro clínico do paciente seja compatível com o tipo de remoção solicitada.

### 5.1.2 Transferência por contato direto entre hospitais de menor porte para unidades de referência

Após contato com o hospital executante e da disponibilização de recurso ao paciente, o solicitante deverá enviar o Formulário de Solicitação de Transferência conforme (ANEXO II- FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA e se for o caso ANEXO IV - FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA - GESTANTE) para o e-mail: neri.enfermagem@saude.es.gov.br , devidamente preenchido para validação do Enfermeiro, que prosseguirá com a solicitação via sistema da empresa contratada.

Não serão aceitos formulários em desacordo com o modelo adotado pelo NERI, com preenchimento incompleto, ilegível ou rasurado.

O médico regulador deverá avaliar o quadro clínico do paciente para definir a compatibilidade com o tipo de remoção solicitada. Caso seja incompatível, o enfermeiro comunica que a remoção não será realizada ou que o formulário poderá ser alterado para prosseguimento.

O Hospital Executante deverá ser contactado por telefone pelo Enfermeiro do complexo regulador para confirmação da transferência solicitada e o registro do profissional autorizador, responsável por receber o paciente.

### 5.1.3 Transferência para a realização de exames e avaliação

Trata-se da transferência de pacientes internados em hospitais privados, quando algum recurso de que necessitam e que não sejam de responsabilidade contratual dos mesmos quanto a realização, como exames, procedimentos/avaliação ou quando não estejam disponíveis em hospitais da rede, sendo economicamente viável sua remoção para utilização destes recursos na rede SUS.

O hospital solicitante deverá enviar o Formulário de Solicitação de Exame e/ou Avaliação (ANEXO III - FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA EXAME/PROCEDIMENTO E AVALIAÇÃO) para o e-mail: neri.enfermagem@saude.es.gov.br, devidamente preenchido para validação do Enfermeiro, que prosseguirá com a solicitação via sistema da empresa contratada.

- Não serão aceitos formulários em desacordo com o modelo adotado pelo NERI, com preenchimento incompleto, ilegível ou rasurado.
- Nas situações de agendamento de exames ou consulta com especialista, o pedido deve ser realizado no mínimo de 12 horas até no máximo 24 horas antes da realização do mesmo.

O médico regulador deverá avaliar o quadro clínico do paciente para definir a compatibilidade com o tipo de remoção solicitada. Caso seja incompatível, o enfermeiro comunica que a remoção não será realizada ou que o formulário poderá ser alterado para prosseguimento.

Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados. Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte.

## 6. Executante de Internação

O estabelecimento executante deverá garantir o acesso do paciente sem restrição de horários.

Cabe ao estabelecimento executante, no ato da confirmação da reserva do recurso:

- Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento ágil e eficaz dos pacientes.
- Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo aos pacientes transferidos à unidade, liberando as macas de transporte.
- Orientar a equipe para registrar no boletim de atendimento do serviço de remoção, o horário da recepção do paciente, carimbando e assinando sempre com marcação do horário (para fins de conferência do tempo resposta do serviço).
- Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de remoção, bem como seus equipamentos, o mais breve possível.

Em situações de remoção por contato direto informar a referência do local da recepção do paciente.

Acolhimento do paciente regulado em tela: O paciente não precisará ser submetido à classificação de risco, pois o mesmo já foi regulado pelo médico da origem, da central de regulação e do destino, sendo assim o paciente deve ser diretamente recebido em leito regulado já destinado a ele.

## 7. Acompanhantes Durante o Translado do Paciente

### 7.1. Acompanhante Obrigatório: Menores de 18 anos e os recém-nascidos

O Art. 4º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) dispõe que *"É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária."*

Já o Art. 12 dispõe que *"Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente"*. **No entanto, o referido artigo não condiciona a internação à ter a presença destes.**

Por fim, o Art. 136 afirma que é competência do Conselho Tutelar atender crianças e adolescentes na falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis:

*"Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar:*

*I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos Arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;*

*Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:*

*I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;*

*II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;*

*III - em razão de sua conduta"*

Desta forma, conclui-se que não existe amparo legal quanto à conduta e postura dos hospitais pediátricos em exigir acompanhante/representante legal, e negar o recebimento quando da ausência dos mesmos **configura omissão ao direito de acesso à saúde.**

No entanto, é dever do serviço de assistência social do hospital que assiste o paciente adotar as providências junto ao Conselho Tutelar, de forma a requisitar um tutor para o menor internado em condições de abandono ou na impossibilidade do responsável legal acompanhar, conforme Art. 136 do ECA.

### 7.2. Acompanhante como direito constitucional: Pacientes idosos

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a legislação brasileira, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O mesmo entendimento está presente na Política Nacional do Idoso (instituída pela lei federal 8.842), de 1994, e no Estatuto do Idoso (lei 10.741), de 2003.

De acordo com o estatuto do idoso, pacientes idosos têm direito de serem acompanhados durante o período de internação em enfermaria. Entretanto, **a presença de acompanhante**

**não é obrigatória.** Em 2019 a Promotoria de Justiça Cível de Vitória emitiu uma notificação recomendatória e premonitória na qual orienta que nenhum estabelecimento de saúde da rede própria e/ou complementar do SUS poderá recusar a internação de pacientes idosos que não possuam acompanhante, quando regulados pelo NERI. Nenhum estabelecimento de saúde da rede própria e/ou complementar do SUS poderá recusar a internação de idosos que não possuam acompanhante, quando regulados pelo NERI.

### 7.3. O Paciente que não pode responder por si:

Paciente incapaz, idoso, sem condições de lucidez e orientação ou ainda o paciente grave com risco eminente de morte, serão compulsoriamente encaminhados ao serviço destinado, como ato de preservação da vida.

## 7. Prestador de Serviço de Remoção

O Estado terceiriza o serviço de remoção complementar através de contrato licitatório com empresa prestadora do serviço. A empresa é responsável pela prestação de serviços de remoção de pacientes em ambulância de suporte BÁSICO E AVANÇADO para atendimento no território do estado do Espírito Santo.

A resolução CFM nº 1.672/2013 dispõe que todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado e carimbado pelo médico receptor com registro da data e horário.

Os profissionais envolvidos na remoção, socorristas, enfermeiros e médicos, deverão ter capacitação atualizada para atuar no serviço e acatar a determinação do médico regulador para a transferência.

Antes de iniciar o atendimento, garantir com a unidade solicitante que não há impedimentos para a realização do serviço, além de registrar todas as intercorrências durante a remoção do paciente na ficha clínica, e comunicar ao NERI o término da remoção via sistema de informação.

É PROIBIDO ao prestador do serviço de remoção complementar a aplicação de termo de recusa de vaga regulada pelo NERI.

É responsabilidade do Serviço de Remoção dispor de equipamentos adequados conforme perfil do paciente (Recém-Nascidos, Crianças e Adultos). Os equipamentos de ventilação pulmonar “respiradores” devem atender a todos os modos e parâmetros ventilatórios inclusive modo CIPAP e precisam ser adequados ao peso e a idade do paciente.

## 8. Serviço Contratado Conforme Termo de Referência

Objeto do Contrato: REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO.

### 8.1. Ambulância de suporte AVANÇADO

#### Para pacientes adultos, pediátricos e neonatais:

Para transferências de pacientes incluindo os internados em hospitais municipais, privados, federal, filantrópicos e próprios sob gestão direta e indireta, regulados exclusivamente pelas Centrais Estaduais de Regulação (Núcleo Especial de Regulação de Internação – NERI) e por contato direto com referência pactuada para leito de acolhimento (avaliação da Central de Regulação). Ainda, em casos de contingência pelo SAMU-192, 24 horas, 07 (sete) dias por semana.

### 8.2. Ambulância de suporte BÁSICO

#### Para pacientes adultos e pediátricos:

(1) de origem de Pronto Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimento municipais para hospitais outros municípios com distância a partir de 50 Km e, (2) internados em HOSPITAIS PRIVADOS em leito regulado previamente pelo Núcleo Especial de Regulação de Internação - NERI quando algum recurso de que necessitem, como, exames e leitos, esteja disponível em hospitais da REDE, sendo, portanto, economicamente viável sua remoção para realização desses recursos na rede SUS, regulados pelo Núcleo Especial de Regulação e Internação – NERI, 24 horas, 7 (sete) dias por semana.

## 9. Tempo Resposta de Atendimento ao Contrato

O atendimento do pedido de remoção, após solicitação formal feita pelo NERI, deve ser finalizado com tempo máximo de:

| TEMPO RESPOSTA DE ATENDIMENTO-REGIÃO SUL/METROPOLITANA |  |
|--|--|
| Até 360 MINUTOS (06H)                                  | METROPOLITANA ← → METROPOLITANA<br>SUL ← → SUL |
| Até 480 MINUTOS (08H)                                  | METROPOLITANA → Destino: SUL                   |
| Até 600 MINUTOS (10H)                                  | METROPOLITANA → CENTRO NORTE                   |
| Até 720 MINUTOS (12H)                                  | Origem: SUL → Destino: CENTRO NORTE            |

| TEMPO RESPOSTA DE ATENDIMENTO – REGIÃO CENTRO NORTE |                             |
|---|-----------------------------|
| Até 480 MINUTOS (08H)                               | CENTRO NORTE → CENTRO NORTE |
| Até 840 MINUTOS (14H)                               | CENTRO NORTE → SUL          |

## 10. Cancelamentos

As remoções poderão ser canceladas nas seguintes situações:

- O solicitante informar o cancelamento;
- Médico regulador informar o cancelamento;
- Equipe de remoção informar cancelamento.

### 10.1. Paciente e/ou Família Recusa a Transferência

Quando o paciente e/ou família recusar a vaga disponibilizada no sistema MVREG, estes deverão assinar o Termo de responsabilidade de Recusa de vaga ou Recusa de transferência de vaga regulada pelo NERI.

A unidade solicitante acessa o sistema informatizado de regulação e envia por e-mail ([neri.enfermagem@saude.es.gov.br](mailto:neri.enfermagem@saude.es.gov.br)) o termo de responsabilidade assinado pela família, quem deverá incluir o motivo da recusa. O solicitante evolui o paciente no sistema MVREG, com “mudança de quadro clínico” informando recusa de vaga/transferência para tirá-lo da vaga e entra em contato com o NERI por telefone para solicitar o cancelamento da remoção.

O paciente em condições de lucidez e orientação que rejeitar o recurso disponibilizado pelo NERI deixará de ser priorizado, podendo o estabelecimento solicitante efetuar a alta por recusa de tratamento.

### 10.2. Paciente apresenta instabilidade clínica antes do transporte

A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança. Em situações em que ao chegar à unidade solicitante for verificada discordância com o quadro clínico informado na solicitação e inviabilidade da execução do transporte, **cabe ao médico do serviço de remoção, juntamente com o médico assistente da origem e o médico regulador decidirem a viabilização ou não do transporte.** A remoção deve ser cancelada após conclusão conjunta dos atores médicos (remoção – assistente – regulador) caso o paciente apresente critérios de instabilidade que impeça a chegada do paciente com segurança ou por inviabilidade do benefício x risco.

### 10.3. Paciente apresenta instabilidade clínica durante o transporte

Nos casos em que ocorrer instabilidade do paciente durante o percurso (Origem-Destino), onde o paciente apresente queda do estado geral gerando risco de morte ao paciente a equipe de remoção deve considerar dar entrada no hospital porta aberta da rede SUS mais próximo.

Caso não seja possível seguir com o paciente para o destino, o hospital da rede SUS que receber o paciente para estabilização, deverá cadastrá-lo no sistema MVREG a fim de que o mesmo seja regulado para o leito e hospital adequados ao perfil atual e às necessidades do paciente.

## 11. Monitoramento do Serviço de Remoção

As remoções solicitadas deverão ser monitoradas pelo Enfermeiro Assistente através do acompanhamento do status da remoção no sistema da remoção contratada.

O tempo resposta deverá ser acompanhado, sinalizando os atrasos à gestão, assim como demais intercorrências e os cancelamentos. Estes deverão ser justificados individualmente.

O não atendimento do tempo resposta deverá ser registrado em planilha própria do NERI e informado no processo de apuração de execução do serviço.

## 12. Óbito do Paciente Durante o Transporte

Quando ocorrer uma situação de óbito de paciente em Trânsito ou percurso entre as unidades (origem-destino):

- Causa bem definida – Médico da equipe de remoção retorna a origem, salvo quando a distância já percorrida inviabilizar o retorno. Nesses casos, encaminhar o corpo ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) conforme fluxo atual do referido órgão.
- Causa não definida ou trauma (acidente) – Encaminhar ao SVO.

## 13. Contraindicações do Transporte

São critérios que contraindicam o transporte de pacientes:

- Incapacidade de controlar as vias aéreas e/ou manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte;
- Incapacidade de manter performance hemodinâmica e/ou monitorar o estado cardiorrespiratório durante o transporte;
- Pacientes em vigência de transfusão de hemoderivados.

## 14. Contingência

Em situações de calamidade pública, será executado o plano de contingência adotado pela SESA orientado pela Gerência de Regulação do Acesso.

## ANEXO I - Solicitação de Remoção (Triagem pelos Telefonistas)

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



### ANEXO I - SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO (TRIAGEM DOS TELEFONISTAS)

| SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO (TRIAGEM DOS TELEFONISTAS)  |   |   |
|--|---|---|
| 1-NOME DO PACIENTE:  |   | 2-Nº DA SOLICITAÇÃO:  |
| 3-HOSPITAL DE ORIGEM:  | 4- ORIGEM- HOSP. VIRTUAL OU OUTROS: (se no item anterior você escolheu hosp. virtual ou outros descreva aqui o nome da origem)  |   |
| 5-HOSPITAL DE DESTINO:   | 6- DESTINO- HOSP. VIRTUAL OU OUTROS: (se no item anterior você escolheu hosp. virtual ou outros descreva aqui o nome da origem) |   |
| 7- TIPO DE REMOÇÃO: *  |   |   |
| <input type="checkbox"/> AVANÇADA (Pular para a pergunta 8) <input type="checkbox"/> NEONATAL - ATÉ 28 DIAS: (Pular para a pergunta 11)                              |   |   |
| <input type="checkbox"/> BÁSICA (Pular para a pergunta 8)  |   |   |
| CARACTERÍSTICA DO PACIENTE   |   |   |
| 8- PACIENTE OBESO: *   |   | DADOS PACIENTE OBESO  |
| <input type="checkbox"/> SIM - Pular para a pergunta 9<br><input type="checkbox"/> NÃO- Pular para a pergunta 13   |   | 9-PESO (KG) * (peso estimado):  |
|  |   | 10: CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (CM) * (informar "não mensurado" se o solicitante não tiver condições de realizar a medição (Pular para a pergunta 13) |
| DADOS DO RN:   |   |   |
| 11- TEM ACESSO VENOSO? *   |   | Qual:   |
| 12- PESO ATUAL DO RN (KG/G) * - Pular para a pergunta 13:  |   |   |
| DADOS DO QUADRO CLÍNICO  |   |   |
| 13- FREQUENCIA RESPIRATORIA (FR) *:  |   | 14-SATURAÇÃO DE OXIGENIO (SATO2) *:   |
| 15-FREQUENCIA CARDIACA (FC) *:   |   | 16-PRESSÃO ARTERIAL (PA) *:   |
| 17-PADRAO RESPIRATORIO *:  |   |   |
| <input type="checkbox"/> AR AMBIENTE - Pular para a pergunta 19  |   | <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECANICA- Pular para a pergunta 19  |
| <input type="checkbox"/> CATETER NASAL- Pular para a pergunta 18   |   | <input type="checkbox"/> MASCARA ALTO FLUXO - Pular para a pergunta 18  |
| <input type="checkbox"/> HOOD- Pular para a pergunta 18  |   | <input type="checkbox"/> CPAP - Pular para a pergunta 19  |
| <input type="checkbox"/> BIPAP- Pular para a pergunta 19   |   |   |
| COMPLEMENTAÇÃO DE O2   |   |   |
| 18- FLUXO DE OXIGENIO (L/MIN) *:   |   |   |
| USO DE DROGAS  |   | QUANTIDADE DE BOMBAS  |
| 20- SEDAÇÃO *:   | 21- BOMBAS DE INFUSÃO:  | 22- QUANTAS BOMBAS DE INFUSÃO:  |
| <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO   | <input type="checkbox"/> SIM - Pular para a pergunta 22<br><input type="checkbox"/> NÃO- Pular para a pergunta 23               |   |
| OUTRAS INFORMAÇÕES   |   |   |
| SETOR NA ORIGEM *:   |   |   |
| 23- DESCREVA O NOME DO SETOR QUE O PACIENTE SE ENCONTRA NO HOSPITAL DE ORIGEM:   |   |   |
| 24- MANDADO JUDICIAL *   | 25- ACOMPANHANTE *  | 26 - POSSUI DOCUMENTOS *  |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |
| 27- OBSERVAÇÃO:  |   |   |
| 28- NOME E FUNÇÃO DE QUEM SOLICITOU A REMOÇÃO *:   |   |   |
| 29-CONTATO TELEFÔNICO DA ORIGEM *: (informe número de telefone com ddd para contato com hospital de origem, apenas registre celulares se estes forem institucionais) |   |   |
| 30-TELEFONISTA NERI *:   |   | 31-RAMAL*:  |

## ANEXO II - Formulário de Remoção para Transferência Inter Hospitalar

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



### ANEXO II - FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

| <b>SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR</b> |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL AVANÇADA                   |  | <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL BÁSICA |   |
| <b>HOSPITAL DE ORIGEM:</b>  |  |   |   |
| SETOR DE INTERNAÇÃO:  |  | TEL:  |   |
| MÉDICO RESPONSÁVEL (assinatura e carimbo):                        |  | DATA E HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO:                |   |
| <b>HOSPITAL DE DESTINO:</b>                                       |  |   |   |
| SETOR:  |  | TEL:  |   |
| MÉDICO RESPONSÁVEL:   |  |   |   |
| <b>NOME DO PACIENTE:</b>  |  |   |   |
| DATA DE NASCIMENTO:   |  | IDADE:  | SEXO:   |
| <b>HISTÓRICO CLÍNICO</b>  |  |   |   |
| <b>MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA</b>             |  |   |   |
| <b>EXAME FÍSICO</b>   |  |   |   |
| <b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>  |  |   |   |
| AR AMBIENTE <input type="checkbox"/>                              | VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> | CATETER NASAL <input type="checkbox"/>        | MÁSCARA ALTO FLUXO <input type="checkbox"/> HOOD <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> FLUXO:  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>  |  |   |   |
| PA  | FR   | FC  | SAT TAX   |
| <b>DROGAS VASOATIVAS (QUAIS / VAZÃO)</b>                          |  | <b>SEDAÇÃO (QUAIS / VAZÃO)</b>                | <b>Nº DE BOMBAS DE INFUSÃO:</b>   |
| <b>PESO (RN E OBESO):</b>   |  | <b>CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (OBESO):</b>      |   |
| <b>A ser preenchido pelo NERI</b>                                 |  |   |   |
| <b>DADOS DA CONFIRMAÇÃO:</b>                                      |  |   |   |
| NOME E FUNÇÃO: _____  |  | TELEGRAM <input type="checkbox"/>             | WHATSAPP <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> RAMAL: _____ |
| ENFERMEIRO: _____   |  | DATA: ____/____/____                          | HORÁRIO: ____:____  |
| MÉDICO REGULADOR (assinatura e carimbo): _____                    |  |   |   |
| DATA: ____/____/____  |  | HORÁRIO: ____:____                            |   |

## Anexo III - Formulário de Remoção para Exame/Procedimentos e Avaliação

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



### ANEXO III - FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA EXAME/PROCEDIMENTO E AVALIAÇÃO

| <b>SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO PARA EXAME/PROCEDIMENTO OU AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA</b>   |                      |  |                                   |
|--|----------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL AVANÇADA  |                      | <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL BÁSICA      |                                   |
| HOSPITAL DE ORIGEM:  |                      |  |                                   |
| SETOR DE INTERNAÇÃO:   |                      |  | TEL:                              |
| MÉDICO RESPONSÁVEL (assinatura e carimbo):   |                      | DATA E HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO:                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> EXAME/PROCEDIMENTO  |                      | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA |                                   |
| HOSPITAL DE DESTINO:   |                      |  |                                   |
| SETOR:   | EXAME/ESPECIALIDADE: | TEL:   |                                   |
| DATA E HORÁRIO DO EXAME: ___/___/___ AS ___:___  |                      | MÉDICO RESPONSÁVEL:                                |                                   |
| NOME DO PACIENTE:  |                      |  |                                   |
| DATA DE NASCIMENTO:  | IDADE:               | SEXO:  |                                   |
| HISTÓRICO CLÍNICO  |                      |  |                                   |
| EXAME FÍSICO   |                      |  |                                   |
| <b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b><br>AR AMBIENTE <input type="checkbox"/>   VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/>   CATETER NASAL <input type="checkbox"/>   MÁSCARA ALTO FLUXO <input type="checkbox"/>   HOOD <input type="checkbox"/>   CPAP <input type="checkbox"/> |                      |  | FLUXO:                            |
| <b>SINAIS VITAIS</b><br>PA   FR   FC   SAT   TAX   |                      |  |                                   |
| <b>ACESSO VENOSO:</b><br>PERIFÉRICO <input type="checkbox"/>   PROFUNDO <input type="checkbox"/>   PICC <input type="checkbox"/>   |                      |  |                                   |
| DROGAS VASOATIVAS (QUAIS / VAZÃO)  |                      | SEDAÇÃO (QUAIS / VAZÃO)                            | Nº DE BOMBAS DE INFUSÃO:          |
| PESO (RN E OBESO):   |                      | CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (OBESO):                  |                                   |
| <b>A ser preenchido pelo NERI</b>  |                      |  |                                   |
| DADOS DA CONFIRMAÇÃO:  |                      |  |                                   |
| NOME E FUNÇÃO: _____   |                      | TELEGRAM <input type="checkbox"/>                  | WHATSAPP <input type="checkbox"/> |
|  |                      | EMAIL <input type="checkbox"/>                     | TELEFONE <input type="checkbox"/> |
|  |                      | RAMAL: _____                                       |                                   |
| ENFERMEIRO: _____  |                      | DATA: ___/___/___                                  | HORÁRIO: ___:___                  |
| MÉDICO REGULADOR (assinatura e carimbo): _____   |                      |  |                                   |
| DATA: ___/___/___  |                      | HORÁRIO: ___:___                                   |                                   |

## ANEXO IV - Formulário de Remoção Para Transferência - Gestante

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



### ANEXO IV - FORMULARIO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA - GESTANTE

|  |  |   |   |                                |  |
|--|--|---|---|--------------------------------|--|
| <b>SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR - GESTANTE</b> |  |   |   |                                |  |
| <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL AVANÇADA                              |  | <input type="checkbox"/> UNIDADE MÓVEL BÁSICA |   |                                |  |
| <b>HOSPITAL DE ORIGEM:</b>   |  |   |   |                                |  |
| SETOR DE INTERNAÇÃO:   |  |   | TEL:  |                                |  |
| MÉDICO RESPONSÁVEL (assinatura e carimbo):                                   |  |   | DATA E HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO:              |                                |  |
| <b>HOSPITAL DE DESTINO:</b>  |  |   |   |                                |  |
| SETOR:   |  |   | TEL:  |                                |  |
| MÉDICO RESPONSÁVEL:  |  |   |   |                                |  |
| <b>NOME DO PACIENTE:</b>   |  |   |   |                                |  |
| DATA DE NASCIMENTO:  |  | IDADE:  |   | SEXO:                          |  |
| <b>MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA</b>                        |  |   |   |                                |  |
| <b>EXAME FÍSICO</b>  |  |   |   |                                |  |
| <b>DADOS GESTACIONAIS</b>  |  |   |   |                                |  |
| GESTAÇÕES  |  | PARTOS CESÁREA                                | PARTOS NORMAL                               | ABORTO                         | IDADE GESTACIONAL  |
| <b>COLO</b>  |  | <b>AFU</b>                                    |   | <b>BCF</b>                     | <b>MV</b>  |
| DILATAÇÃO  | APAGAMENTO                                   | POSIÇÃO                                       |   |                                |  |
| <b>PERDAS VAGINAIS</b>   |  |   | <b>BOLSA</b>                                |                                | <b>METROSSISTOLES</b>  |
| SANGUE <input type="checkbox"/>  | LÍQUIDO AMNIÓTICO <input type="checkbox"/>   | MECÔNIO <input type="checkbox"/>              | ÍNTEGRA <input type="checkbox"/>            | ROTA <input type="checkbox"/>  | AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> |
|  |  |   |   |                                | __CONTRAÇÕES __MIN __SEG   |
| <b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>   |  |   |   |                                |  |
| AR AMBIENTE <input type="checkbox"/>   | VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> | CATETER NASAL <input type="checkbox"/>        | MÁSCARA ALTO FLUXO <input type="checkbox"/> | HOOD <input type="checkbox"/>  | CPAP <input type="checkbox"/>                                      |
| FLUXO:   |  |   |   |                                |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>   |  |   |   |                                |  |
| PA   | FR   | FC  | SAT   | TAX                            |  |
| <b>DROGAS VASOATIVAS (QUAIS / VAZÃO)</b>                                     |  |   | <b>SEDAÇÃO (QUAIS / VAZÃO)</b>              |                                | <b>Nº DE BOMBAS DE INFUSÃO:</b>                                    |
| <b>A ser preenchido pelo NERI</b>  |  |   |   |                                |  |
| <b>DADOS DA CONFIRMAÇÃO:</b>   |  |   |   |                                |  |
| NOME E FUNÇÃO: _____   |  | TELEGRAM <input type="checkbox"/>             | WHATSAPP <input type="checkbox"/>           | EMAIL <input type="checkbox"/> | TELEFONE <input type="checkbox"/> RAMAL: _____                     |
| ENFERMEIRO: _____  |  | DATA: ____/____/____                          |   | HORÁRIO: ____: ____            |  |
| MÉDICO REGULADOR (assinatura e carimbo): _____                               |  |   |   |                                |  |
| DATA: ____/____/____   |  |   | HORÁRIO: ____: ____                         |                                |  |

## 15. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov.2002.
3. BRASIL. Portaria nº1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.148, p.48 04 ago. 2008. Seção 1.
4. ESPÍRITO SANTO. Conselho Regional de Medicina. Setor de Processo Consulta. Ofício nº1586/2022 – CRM/ES. Vitória, ES: Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo, 24 ago.2022.
5. ESPÍRITO SANTO. Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde. Núcleo Especial de Atenção Primária. PARECER TÉCNICO Nº 507/2022 – GEPORAS/NEAPRI. Vitória, ES: Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde, 29 set.2022.
6. ESPÍRITO SANTO. Portaria nº064-R, de 1 de abril de 2021. Conceito de Autoridade Sanitária. Diário do Espírito Santo, Vitória, ES, p.04 5 abr. 2021.
7. ESPÍRITO SANTO. Portaria nº074-R, de 18 de outubro de 2018. Nota Técnica Urgência e Emergência. Diário do Espírito Santo, Vitória, ES, p.09 19 out. 2018.
8. ESPÍRITO SANTO. Resolução N ° 1186/10 CIB 14 DE dezembro DE 2010. Normas Técnicas e Administrativas para solicitação de leitos à Central de Regulação. Vitória, ES. 14 dez.2010. Disponível em <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202010/Resolu%C3%A7%C3%A3o%201186-2010.pdf>> Acesso em: 27 setembro 2022.
9. ESPÍRITO SANTO. Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde. Apoio Técnico Jurídico. 2022-42RBRC - parecer transferência de menor sem acompanhante/SSERAS. Vitória, ES: Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde, 21 out.2022.

10. LACERDA, Marcio Augusto; CRUVINEL, Marcos Guilherme Cunha; SILVA, Waston Vieira. Transporte de Paciente: Intra-hospitalar e Inter-hospitalar. Curso de educação à distância em Anestesiologia. Capítulo 6:105-123. 2006.