|  |  |
| --- | --- |
| 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
* 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)**:**
 |