

 PIRAQUARA PREFEITURA Secretaria de Saúde de Piraquara	Departamento de Atenção Básica Telefone: (41) 3590 -3727 Saude.social@piraquara.pr.gov.br		Coordenação de Saúde Bucal
	SOLICITAÇÃO DO APARELHO CPAP		Código: POP SS04
	Elaborador: Marcia Marques da Silva e Solange Soares Borges	Revisor:	Revisão:
	Aprovador: Direção da Atenção Básica		Data da elaboração: 24/04/2025
			Quantidade de Páginas: 02

1. INTRODUÇÃO

- ✓ Processo para solicitação do aparelho CPAP via 2ª Regional de Saúde.

2. EXECUTORES

- ✓ Assistente Social da SMS;
- ✓

3. OBJETIVOS

- ✓ Orientar aos profissionais sobre fluxo de acesso ao aparelho CPAP.

4. MATERIAIS

- ✓ Materiais administrativos internos;
- ✓ Formulário de entrevista/atendimento/cadastro;
- ✓ Checklist e orientação;
- ✓ Ficha inicial específica de solicitação do aparelho;
- ✓ Termo de responsabilidade para assinatura do familiar.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ Requerente ou familiar procura o serviço na SMS serviços social por livre demanda ou agenda horário pelo 3590-3727;
- ✓ Acolher e orientar usuário ou familiar sobre exames e documentação necessária;
- ✓ Fornecer checklist e fichas específicas para solicitação do aparelho;
- ✓ Receber e verificar se a documentação está de acordo com checklist;
- ✓ Preencher formulário de cadastro e fazer entrevista com as informações necessárias para o parecer social;
- ✓ Enviar processo via e-protocolo para 2ª Regional de Saúde;
- ✓ Comunicar ao usuário sobre deferimento ou indeferimento da solicitação;
- ✓ Mediar comunicação entre usuário e 2ª Regional de Saúde, sobre fila de espera e aplicação.

 PIRAQUARA PREFEITURA Secretaria de Saúde de Piraquara	Departamento de Atenção Básica Telefone: (41) 3590 -3727 Saude.social@piraquara.pr.gov.br		Coordenação de Saúde Bucal
	SOLICITAÇÃO DO APARELHO CPAP		Código: POP SS04
	Elaborador: Marcia Marques da Silva e Solange Soares Borges	Revisor:	Revisão:
	Aprovador: Direção da Atenção Básica		Data da elaboração: 24/04/2025
			Quantidade de Páginas: 02

6. OBSERVAÇÃO

- ✓ Encaminhar formulários/relatórios mensais dos usuários para as respectivas UBS's realizarem visitas,
- ✓ Receber formulários/relatórios mensais de acompanhamentos dos usuários enviados pelas UBS's
- ✓ Encaminhar relatórios dos usuários mensalmente para a 2ª Regional de Saúde.
- ✓ Documentação necessária: Ficha inicial, Prescrição médica, Exames função tireóide, laudo Polissonografia com e sem CPAP, cópia RG, CPF, Comprovante de endereço, Cartão SUS, Termo de Responsabilidade e RG/CPF do familiar.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO DO POP

Nº da Revisão	Item	Alteração	Data da alteração

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARANÁ, Secretaria da Saúde do Paraná. 2ª Regional de Saúde Metropolitana.