DELIBERAÇÃO Nº 150/2023 – 12/06/2023

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná – CIB-PR, reunida em 31/05/2023, considerando:

- A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- A Lei Federal nº 8.142 de 28 de setembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- A Resolução da Comissão Intergestores Bipartite – CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;
- O Programa Paranaense de Ampliação do Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS – OPERA PR;
- A Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), que regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;
- Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);
- A Lei Estadual nº 21.242, publicada em 23 de setembro de 2022, que dispõe sobre a transparência, por meio da publicação da internet, do quantitativo dos pacientes que aguardam por consultas, exames, intervenções cirúrgicas e outros

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde e de instituições prestadores de serviços públicos de saúde no âmbito do Estado do Paraná, cuja vigência se dará 420 dias após a publicação;

- A Ordem Judicial contra o Estado do Paraná, registrada sob número 5006610-95.2020.4.04.7000, que trata da transparência e acesso informático às filas de espera unificadas inerentes aos serviços públicos de saúde e otimização do tempo de espera;
- O Portal online Saúde Transparente, que disponibiliza as informações dos usuários que aguardam por agendamento de consultas/ exames/intervenções cirúrgicas/procedimentos discriminados por especialidade, em funcionamento desde setembro/2022;
- As reuniões ocorridas no Grupo Técnico para Interoperabilidade entre os Sistemas Informatizados para a Gestão da Fila de Espera para atendimentos eletivos, composto por representantes da SESA e do COSEMS;
- A Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3, de 18 de abril de 2023, que Institui o Modelo de Informação da Regulação Assistencial;
- A dificuldade de acesso às informações referentes a fila de espera para consultas, exames especializados e cirurgias eletivas dos usuários do SUS no Estado do Paraná;
- A Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB nº 230 de 09/10/2021, que aprova a adoção de padrões definidos de fluxos de acesso do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS na Rede de Atenção à Saúde – RAS para atendimento eletivo, obrigatoriedade da interoperabilidade de sistemas de regulação de acesso e as especialidades prioritárias para a realização da 01ª Etapa do Diagnóstico Regional para o Planejamento do Programa Paranaense de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

APROVA:

- O conjunto mínimo de dados a serem informados pelos gestores municipais e estadual para interoperabilidade entre os sistemas de regulação de acesso e controle operacional de atendimentos de usuários do SUS, conforme Anexo I;

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

1.1 O conjunto mínimo de dados será composto por informações referentes a identificação do usuário do SUS, status do atendimento ambulatorial e hospitalar;

1.2 A periodicidade do envio dos dados e regras de validação para consistência das informações, assim como as demais regras indispensáveis para a operacionalização do processo de interoperabilidade serão definidas no Grupo Técnico para Interoperabilidade entre os Sistemas Informatizados para a Gestão da Fila de Espera para atendimentos eletivos, composto por representantes da SESA e do COSEMS;

1.3 Os dados serão consistidos no âmbito do Sistema Informatizado de Regulação da SESA;

- A organização dessas informações deverá ser utilizada obrigatoriamente no desenvolvimento dos novos sistemas de gestão no âmbito municipal, estadual, abrangendo também os consórcios intermunicipais de saúde.

IVOLICIANO LEONARCHIK: 04648934962
Assinado de forma digital por IVOLICIANO LEONARCHIK:04648934962
Dados: 2023.06.29 10:00:57 -03'00'

Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde

Ivoliciano Leonarchik
Presidente do COSEMS/Paraná

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

ANEXO I DA DELIBERAÇÃO CIB Nº 150/2023

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO					
Nº	**Nome do campo**	**Tipo de dados**	**Tamanho**	**Preenchimento**	**Descrição**
1	CNS	Numérico	15	Obrigatório	Cartão Nacional de Saúde do usuário. Obrigatório em caso de ausência ou duplicidade de CPF.
2	CPF	Numérico	14	Obrigatório	Cadastro de Pessoa Física do usuário. Obrigatório em caso de ausência de CNS.
3	RG	Texto	15	Opcional	Registro Geral do usuário.
4	Emissor RG	Numérico	2	Opcional	Código do emissor do RG conforme tabela CNES.
5	Estado RG	Texto	2	Opcional	UF de emissão do RG.
6	Nome do usuário	Texto	100	Obrigatório	Nome completo do usuário.
7	Nome social do usuário	Texto	100	Opcional	Nome social do usuário.
8	Data de nascimento	Data		Obrigatório	Data de nascimento do usuário.
9	Nome da mãe	Texto	80	Opcional	Nome da mãe do usuário. O campo só deve ficar em branco se o usuário não tiver mãe identificada.
10	Sexo	Texto	1	Obrigatório	M – Masculino, F – Feminino ou I – Indefinido.
11	Responsável legal	Texto	80	Opcional	Nome do responsável legal.
12	Município de residência	Numérico		Obrigatório	Código do município conforme tabela do IBGE.
13	Tipo do logradouro	Texto	3	Obrigatório	Código do tipo de

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

					logradouro residencial do usuário, conforme tabela CNES.
14	Nome do logradouro	Texto	150	Obrigatório	Nome do logradouro residencial do usuário.
15	Número do logradouro	Texto	10	Obrigatório	Número da residência do usuário.
16	Complemento	Texto	80	Opcional	Complemento residencial do usuário.
17	Bairro	Texto	80	Opcional	Bairro de residência do usuário.
18	CEP	Texto	11	Obrigatório	CEP da residência do usuário.
19	Telefone	Texto	15	Opcional	Telefone do usuário.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
Nº	**Nome do campo**	**Tipo de dados**	**Tamanho**	**Preenchimento**	**Descrição**
1	Documento do usuário	Texto	3	Obrigatório	Identificação por CNS ou CPF do usuário.
2	Número do documento	Numérico	15	Obrigatório	Número do CNS ou CPF do usuário.
3	CNES do solicitante	Texto	7	Obrigatório	Número CNES do solicitante.
4	Data da solicitação	Data		Obrigatório	Data em que ocorreu a solicitação.
5	Horário da solicitação	Hora		Obrigatório	Horário em que ocorreu a solicitação.
6	Nº da solicitação	Numérico	9	Obrigatório	Número atribuído à solicitação.
7	Sistema de registro	Numérico	3	Obrigatório	Código do sistema que gerou o número de solicitação.
8	Hipótese diagnóstica CID	Texto	4	Opcional	Hipótese diagnóstica com CID, conforme tabela SIGTAP.
9	Tipo do item	Texto		Obrigatório	Informar: Consulta/Exame/Fisioterapia ou terapia/Avaliação pré-operatória
10	Procedimento	Texto	10	Obrigatório	Código do procedimento,

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

					conforme tabela SIGTAP e RENASES.
11	Especialidade	Numérico	3	Obrigatório	Nome da especialidade/ área de atuação.
12	Subespecialidade	Numérico	3	Opcional	Código da subespecialidade/ área de atuação.
13	Tipo de atendimento	Texto	1	Obrigatório	Informar: Inicial/Retorno.
14	Priorização	Texto	1	Obrigatório	Priorização no atendimento devido à gravidade.
15	Judicial	Texto	1	Obrigatório	Priorização no atendimento por motivo judicial.
16	Gestor priorização	Número	6	Opcional	Código de usuário do gestor que definiu a priorização. Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
17	Data da priorização	Data		Opcional	Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
18	Horário da priorização	Hora		Opcional	Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
19	Status	Texto		Obrigatório	Informar: - * Aguardando regulação/autorização - * Regulado/Autorizado - * Aguardando agendamento - Agendado - Realizado - Não realizado - Cancelado - Não compareceu Os status indicados com “*” serão usados para formar a fila de espera para acesso ao serviço de saúde.

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

20	Data do status	Data		Obrigatório	Data da mudança de status.
21	Horário do status	Hora		Obrigatório	Horário da mudança de status.
22	Data do agendamento	Data		Opcional	Obrigatório a partir do status “agendado”.
23	Horário do agendamento	Hora		Opcional	Obrigatório a partir do status “agendado”.
24	Data da admissão	Data		Opcional	Obrigatório a partir do status “realizado”.
25	Horário da admissão	Hora		Opcional	Obrigatório a partir do status “realizado”.
26	Data do atendimento	Data		Opcional	Obrigatório a partir do status “realizado”.
27	Horário do atendimento	Hora		Opcional	Obrigatório a partir do status “realizado”.
28	Diagnóstico final (CID)	Texto	4	Opcional	Diagnóstico final com CID, conforme tabela SIGTAP.
29	Indicação cirúrgica	Texto	1	Opcional	Sim ou não. Obrigatório quando o usuário já tiver sido atendido no ambulatório especializado.
30	Continuidade	Texto	1	Opcional	Usuário vinculado ao serviço para continuidade (sim ou não). Obrigatório quando o usuário já tiver sido atendido no ambulatório especializado.
31	Solicitação de contrarreferência	Texto	1	Opcional	Sim ou não. Obrigatório quando o atendimento já tiver ocorrido. Obrigatório quando o atendimento já tiver ocorrido.
32	Data de inativação	Data		Opcional	Data em que a solicitação foi inativada ou cancelada.
33	Horário de inativação	Hora		Opcional	Horário em que a solicitação foi inativada ou

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

					cancelada.
34	Usuário inativação	Número	6	Opcional	Código do usuário que realizou a inativação ou cancelamento.
35	Motivo da inativação	Texto	200	Opcional	Motivo que levou à inativação ou cancelamento.

ATENDIMENTO HOSPITALAR					
Nº	**Nome do campo**	**Tipo de dados**	**Tamanho**	**Preenchimento**	**Descrição**
1	Documento do usuário	Texto	3	Obrigatório	Identificação por CNS ou CPF do usuário.
2	Número do documento	Numérico	15	Obrigatório	Número do CNS ou CPF do usuário.
3	CNES do solicitante	Texto	7	Obrigatório	Número CNES do solicitante.
4	Data da solicitação	Data		Obrigatório	Data em que ocorreu a solicitação.
5	Horário da solicitação	Hora		Obrigatório	Horário em que ocorreu a solicitação.
6	Tipo de leito	Texto	2	Obrigatório	Código do tipo de leito, conforme tabela SIGTAP.
7	Especialidade	Numérico	3	Obrigatório	Nome da especialidade/ área de atuação.
8	Procedimento	10		Obrigatório	Código do procedimento, conforme tabela SIGTAP e RENASES.
9	CNS médico solicitante	Texto	15	Obrigatório	CNS do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento cirúrgico.
10	Possui laudo de AIH	Texto	1	Obrigatório	Sim ou não. Indica se foi feito laudo de AIH, mesmo que não possua um número definido.
11	Possui AIH/APAC autorizada	Texto	1	Obrigatório	Sim ou não. Indica se a AIH/APAC foi autorizada e possui

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

					um número definido.
12	Número da AIH/APAC	Texto	13	Opcional	Obrigatório quando a AIH/APAC estiver autorizada.
13	CNS médico autorizador	Texto	15	Opcional	CNS do médico que autorizou a AIH/APAC. Obrigatório quando a AIH estiver autorizada.
14	Data da autorização	Data		Opcional	Obrigatório quando a AIH/APAC estiver autorizada.
15	Horário da autorização	Hora		Opcional	Obrigatório quando a AIH/APAC estiver autorizada.
16	Priorização	Texto	1	Obrigatório	Priorização no atendimento devido à gravidade.
17	Judicial	Texto	1	Obrigatório	Priorização no atendimento por motivo judicial.
18	Gestor priorização	Número	6	Opcional	Código de usuário do gestor que definiu a priorização. Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
19	Data da priorização	Data		Opcional	Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
20	Horário da priorização	Hora		Opcional	Obrigatório caso priorização ou judicial seja “S”.
21	Data da ciência SMS	Data		Opcional	Indica quando a SMS teve ciência da solicitação.
22	Horário da ciência SMS	Hora		Opcional	Indica quando a SMS teve ciência da solicitação.

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.

23	Status				Informar: - * Aguardando Agendamento Cirurgia (EAS) - Cirurgia agendada - Internado - Cirurgia realizada - Não compareceu - * Não realizado (aguardando reagendamento) - Cancelado Os status indicados com “*” serão usados para formar a fila de espera para acesso ao serviço de saúde.
24	Data do status	Data		Obrigatório	Data da mudança de status.
25	Horário do status	Hora		Obrigatório	Horário da mudança de status.
26	Data da internação	Data		Opcional	Obrigatório após status “internado”.
27	Data da alta	Data		Opcional	

Correspondência 854/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 27/06/2023 11:12. Inserido ao documento **565.682** por: **Edson Andruzinski** em: 12/06/2023 16:53. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **4c1c46cec2644ce77200439dd07abcdf**.