



## REGULAMENTO INTERNO

### 1 Identificação

1.1 É obrigatória a identificação do paciente e de seu acompanhante, na Recepção, nos dias de atendimento, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Carteira de Identidade ou documento oficial com foto
- b) Cartão Nacional de Saúde (SUS)

1.2 É obrigatória a atualização de endereço e telefone, junto à Recepção, sempre que houver alteração dos mesmos.

### 2 Entrada e permanência no Serviço de Reabilitação Lucy Montoro – Humaitá

#### 2.1 Pacientes

2.1.1 Será permitida, somente, quando:

- a) o paciente se encontrar em tratamento, consultas, exames, retiradas de documentos e outros.
- b) o paciente for convocado.

#### 2.2 Acompanhantes

2.2.1 Será permitida quando:

a) houver solicitação por parte da Equipe ou da Administração.

2.3 Será permitida a permanência do acompanhante durante o atendimento.

2.4 Obrigatoriamente, o acompanhante deverá ser maior de idade.

2.5 Crianças deverão permanecer sob os cuidados de seus pais ou responsáveis durante todo o período de permanência no SRLM - Humaitá

2.6 Exceções à regra serão avaliadas pela Coordenação Técnica e levadas ao conhecimento da Administração, que tomará medidas cabíveis.

### 3 Frequência

#### 3.1 Consultas oftalmológicas, exames, terapias, oficinas especializadas

3.1.1 O paciente deverá comparecer nos dias e horários marcados.

- a) Atrasos nos atendimentos terão a tolerância máxima de 15 minutos.

OBS: Atrasos e/ou casos excepcionais estarão sujeitos à disponibilidade da agenda médica e equipe técnica do dia ou remarcação da data.

3.1.2 O agendamento de consultas médicas oftalmológicas, exames e atendimentos da equipe técnica é feito na Recepção.

3.1.3 As consultas médicas oftalmológicas poderão ser agendadas por solicitação do paciente, da Equipe Técnica e/ou do Médico.

3.1.4 O não comparecimento à consulta médica oftalmológica e aos atendimentos da equipe técnica estarão submetidos a este Regulamento no que se refere às faltas.



3.1.5 No dia previsto para consulta médica oftalmológica e aos atendimentos da equipe técnica o paciente deverá:

- a) Dirigir-se à área da Recepção para identificação.
- b) Confirmar seu agendamento.
- c) Aguardar chamada (pelo nome) na sala de espera.
- d) Após a consulta médica oftalmológica e os atendimentos da equipe técnica, dirigir-se à Recepção para agendamento da nova consulta, orientações sobre exames e horários de atendimentos.

3.1.6 A chamada dos pacientes será feita pela ordem de agendamento.

- a) A Instituição não possui atendimento de Pronto Socorro. Em caso de necessidade, procurar o Pronto Socorro mais próximo da residência e trazer o atestado médico ao retornar aos atendimentos.

3.2.3 O paciente deverá chegar 30 minutos antes do início da primeira terapia do dia para providenciar a documentação necessária.

3.2.4 Atrasos frequentes poderão acarretar suspensão das terapias/oficinas especializadas e/ou desligamento do programa.

3.2.5 Casos excepcionais serão avaliados pela Coordenação Técnica.

## 4 Licenças

Poderá ser concedida licença médica ou licença social para pacientes matriculados no Serviço de Reabilitação Lucy Montoro – Humaitá. A licença será solicitada ao Serviço Médico Oftalmológico ou Serviço Social.

### 4.1 Licença médica:

4.2 O período máximo de licença médica é de 15 (quinze) dias.

4.2.1 Pacientes em programa de reabilitação visual: compete ao médico oftalmologista responsável pelo paciente. Quando for necessário o afastamento, o médico fixará as datas de início e de término da licença, fixando, também, a data de retorno ao programa, que pode, eventualmente, ser retorno médico. O paciente deverá retornar no dia estipulado trazendo um relatório médico. Caso o paciente não retorne ao programa ou consulta médica na data prevista, ocorrerá alta por abandono da Instituição.

4.3 Licença Social: A solicitação de licença social será discutida em Equipe. Quando for possível o afastamento por licença social, a Equipe fixará as datas de início e de término da licença, fixando, também, a data de retorno ao programa. Caso o paciente não retorne ao programa na data prevista, ocorrerá alta por abandono.

## 5 Faltas

### 5.1 Justificadas

- a) Em caso de faltas por motivo de consultas médicas, intercorrências clínicas ou cirúrgicas e perícia médica, o paciente deverá apresentar atestado médico na Recepção.
- b) As faltas deverão ser comunicadas com antecedência na Recepção (pessoalmente ou por telefone). Casos de emergência e em decorrência de problemas com acompanhantes, transporte e outros, os mesmos serão analisados pelo Serviço Social.
- c) Casos de faltas consecutivas ou excessivas serão avaliados pela Coordenação Técnica responsável.

### 5.1.2 Injustificadas

- a) Com 03 (três) faltas consecutivas injustificadas, o paciente será suspenso do programa.



- b) Será agendado retorno com o Serviço Social, conforme disponibilidade de vaga na agenda, para análise dos motivos da falta.
- c) Casos de 03 (três) ou mais faltas, injustificadas, ainda que não consecutivas, serão discutidos pela Equipe Técnica responsável.
- d) Faltas injustificadas e consecutivas em um único serviço terapêutico serão analisadas pela Equipe Técnica responsável.

## **6 Medicamentos**

6.1 Os pacientes que fazem uso sistemático de medicamentos deverão trazê-los nos dias de atendimento e utilizá-los conforme suas receitas médicas, pois não há dispensação no local.

## **7 Laudos médicos**

7.1 Laudos médicos e Relatórios Equipe Multiprofissional deverão ser solicitados à Recepção mediante preenchimento de formulário próprio e serão entregues após 20 dias úteis.

7.2 Poderão solicitar laudos médicos os pacientes que estão em seguimento na Unidade.

## **8 Transporte**

8.1 Para pacientes que utilizam transporte de prefeituras, SUS ou outros:

8.1.1 Em caso de irregularidade ou interrupção do mesmo, o paciente deverá fazer contato imediato com o Serviço Social, para que sejam tomadas as providências necessárias.

8.1.2 A Instituição oferece transporte da estação Domingos de Moraes – CPTM ao SRLM-Humaitá conforme dias e horários estabelecidos. Retirar na recepção folheto com os respectivos dias e horários das vans.

## **9 Pertences e objetos de uso pessoal**

9.1 O paciente e acompanhante são responsáveis pela guarda e manutenção de objetos pessoais e de quaisquer equipamentos utilizados no programa de reabilitação (órteses, próteses, andadores, muletas, bengalas, cadeira de rodas ou outros).

9.2 Não é aconselhável o comparecimento portando objetos e equipamentos que não serão utilizados durante o programa/tratamento.

9.3 O paciente que possui cadeira de rodas deverá trazê-la sempre que comparecer à instituição.

## **10 Vestuário**

10.1 O paciente deverá utilizar trajes que permitam a realização dos exercícios propostos e necessários à sua reabilitação.

10.2 O acompanhante deverá comparecer em trajes discretos e que permitam a realização de exercícios e atividades com o paciente, sem causar constrangimento para si e para os demais.

10.3 O paciente e acompanhante deverão manter os padrões sociais, compatíveis com uma instituição de saúde.

## **11 Restrições administrativas nas dependências da instituição**

11.1 É proibido portar e fazer uso de qualquer tipo de arma.

11.2 É proibido portar, fazer uso ou estar sob efeito de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.



- 11.3 É proibido fumar nas dependências desta Instituição, de acordo com a Lei Estadual nº. 13016 de 19/05/08.
- 11.4 É proibido desacatar, desrespeitar e/ou agredir funcionários da Instituição (Art. 331 do Código Penal Brasileiro).
- 11.5 É proibido receber visitas e correspondências particulares.
- 11.6 É proibido marcar encontros particulares.
- 11.7 É proibido fazer ligações e recebê-las (celular) durante os atendimentos.
- 11.8 É proibido utilizar máquinas fotográficas, filmadoras e gravadores, inclusive de celulares e de tablets.
- 11.9 É proibido utilizar aparelhos e brinquedos sonoros, bem como celulares e tablets com volume inadequado, visando manter um ambiente tranquilo para a qualidade dos atendimentos.
- 11.10 É proibido organizar, passar ou assinar rifas.
- 11.11 É proibido comercializar objetos e produtos
- 11.12 É proibido qualquer tipo de acordo ou negócios entre pacientes e/ou funcionários nas dependências da Instituição.
- 11.13 É proibido dar gorjetas ou qualquer tipo de remuneração a funcionários.
- 11.14 É proibido guardar objetos de uso pessoal ou quaisquer equipamentos utilizados no Programa de Reabilitação (órgãos, próteses, andadores, muletas, bengalas, cadeira de rodas ou outros) nas dependências desta instituição.

## **12 Sanção**

12.1 A não observância e obediência ao Regulamento Interno desta Instituição acarretarão o desligamento do paciente dos programas oferecidos. A readmissão ao programa/atendimento estará sujeita à análise e parecer da diretoria.

## **13 SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário**

13.1 Para orientações, elogios, críticas e sugestões, consultar o Serviço de Atendimento ao Usuário da instituição junto à área da Recepção que o direcionará à sala do SAU.

**14 O paciente e seu cuidador devem colaborar com a preservação do Bem Público, utilizando corretamente, protegendo e conservando os recursos materiais, equipamentos, mobiliários e infraestrutura do SRLM – Humaitá.**



### Termo de Responsabilidade

#### Serviço Social

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

- 1 Autorizo o transporte em veículo autorizados, sempre que o mesmo se fizer imprescindível para andamento de emergências e encaminhamentos aos serviços de saúde da rede pública.
- 2 Assumo o compromisso de participar de todas as atividades propostas no programa de Reabilitação Visual, sejam elas de natureza interna ou externa.
- 3 Declaro que assumo plena responsabilidade pela frequência ao programa de reabilitação e/ou atividades, conforme estabelecido pela equipe técnica.
- 4 Declaro que fui cientificado de todas as normas vigentes tendo recebido o Regulamento Interno e que aceito de forma irrevogável.

Por ser verdade e estarmos de acordo, firmamos o presente termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.