PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 3

Estabelece normas para acomodação de profissionais e trabalhadores em saúde que necessitam se manter em isolamento e, que atuam na assistência direta ao enfrentamento da emergência de saúde pública no Município de Curitiba, suspeitos ou confirmados pela infecção humana decorrente do novo Coronavírus – COVID-19, bem como para aqueles que residam com familiares do grupo de risco para esta infecção.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, em conformidade o disposto no artigo 67 da Lei Municipal nº 9.000, de 27 de dezembro de 1996, que estabelece a competência plena do gestor do Sistema Municipal de Saúde para adotar todas as medidas de controle pertinentes na ocorrência de epidemia:

considerando a Portaria GM/ MS nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus;

considerando a Lei Federal nº 13.979/2020 de 06 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência do Coronavírus - COVID-19;

considerando a situação de pandemia pelo coronavírus causador da doença denominada COVID 19, anunciada pela Organização Mundial da Saúde – OMS no dia 11 de março de 2020;

considerando a Portaria MS/GM nº 356 de 11 de março de 2020 que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização da Lei MS/GM nº 13.979/2020;

considerando o teor do Decreto Municipal nº 421, de 16 de março de 2020, que decretou situação de emergência em saúde pública no Município de Curitiba;

considerando o contido no Plano de Contingência para Respostas às Emergências em Saúde Pública no Município de Curitiba, que determina ao gestor municipal do SUS providenciar, de forma emergencial, aquisição extra de serviços hospitalares no Município de Curitiba para o atendimento exclusivo e integral dos pacientes com diagnóstico de infecção por Coronavírus - COVID-19;

considerando o estabelecido no Decreto Municipal nº 430,de 18 de março de 2020, que determina que a Administração Municipal, sob orientação técnica da Secretaria Municipal da Saúde, adotará providências e estabelecerá normas direcionadas aos agentes públicos municipais, como medida de enfrentamento, prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19), alterado pelo Decreto Municipal nº 517**,** de 08 de abril de 2020, que acresce o § 6º ao artigo 3º do Decreto Nº. 430 de 18 de março de 2020;

considerando o Decreto Municipal nº 455 de 24 de março de 2020 que estabelece medidas de caráter temporário no âmbito das contratações públicas emergenciais pelo Município de Curitiba, suas autarquias e fundações, nos termos da Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 e Medida Provisória Federal nº 926, de 20 de março de 2020 para o enfrentamento da pandemia da COVID-19;

considerando que o Sistema Único de Saúde de Curitiba, na assistência à saúde da população congrega todos os serviços públicos de saúde próprios, bem como aqueles ofertados pelos estabelecimentos de saúde privados, mediante contratação específica e, que ambos atuam conjunta e ininterruptamente no combate a infecção humana pelo novo Coronavírus-COVID-19;

considerando que os profissionais e trabalhadores em saúde atuantes na linha de frente são mais vulneráveis ao contágio pelo novo Coronavírus, especialmente, os que prestam atendimento de urgência e emergência e internamento aos usuários, resultando na necessidade de adoção de providências urgentes pelo gestor municipal na preservação da saúde e da vida destes profissionais para o desenvolvimento de suas atividades laborais;

considerando que em cumprimento à tomada de providências urgentes supra, pelo gestor do SUS, foram celebrados em 17/04/2020, os contratos de prestação de serviços n.º 660-FMS e 661-FMS entre a Municipalidade e os estabelecimentos hoteleiros para fins de fornecimento de acomodação para agentes públicos da Secretaria Municipal da Saúde e profissionais de saúde dos Hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde – SUS de Curitiba, ambos os grupos que atuam na assistência direta ao enfrentamento à infecção humana pelo novo Coronavírus – COVID19 e que necessitam manter-se em isolamento bem como para aqueles que residem com pessoas do grupo de risco suscetíveis ao contágio pelo novo Coronavírus COVID19;

considerando a necessidade de estabelecer regras especiais de ingresso aos agentes públicos da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais de saúde dos Hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde – SUS junto aos estabelecimentos destinados a acomodação daqueles que necessitam manter-se em isolamento e ou residam com pessoas classificados no grupo de risco.

RESOLVE:

Art. 1º.– Estabelecer normas para acomodação de agentes públicos da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais de saúde dos Hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde – SUS de Curitiba, ambos os grupos que atuam na assistência direta ao enfrentamento à infecção humana pelo novo Coronavírus – COVID19 e que necessitam manter-se em isolamento, nos termos da presente Resolução.

Art. 2º. – Dos requisitos gerais para utilização dos estabelecimentos destinados a acomodação.

I – Impossibilidade do agente público de estabelecer isolamento domiciliar adequado com a obrigatoriedade de apresentar “Declaração de Isolamento Domiciliar” (Anexo I).

II – Para os agentes públicos municipais a acomodação prevista nesta Resolução será nos seguintes casos:

a) Possuir resultado positivo para a COVID – 19 considerado como caso leve ou moderado atestado por profissional da saúde.

b) Estar na condição de caso suspeito de contágio da doença e aguardando o resultado do exame laboratorial para detecção do novo Coronavírus.

c) Residir com pessoa do grupo de risco à infecção humana por COVID-19 conforme, Art. 5º desta Resolução.

III – Para os profissionais de saúde dos hospitais que prestam serviços ao SUS Curitiba.

a) Possuir resultado positivo para a COVID – 19 considerado como caso leve ou moderado atestado por profissional da saúde.

b) Estar na condição de caso suspeito de contágio da doença e aguardando o resultado do exame laboratorial para detecção do novo Coronavírus.

Art. 3º. – Dos requisitos específicos para a acomodação.

Constituem requisitos específicos para fins de acomodação nos estabelecimentos hoteleiros:

I – Para os agentes públicos integrantes da SMS:

a) Estar atuando em Unidades de Pronto Atendimento - UPA; em Unidades Móveis do Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Emergência (SAMU) e Unidades de Internação Municipal.

b) Estar atuando em Unidades Municipais de Saúde - UMS.

Parágrafo Único: A preferência à acomodação será primeiro aos agentes públicos da letra “a” seguidos daqueles listados na letra “b” deste inciso.

II – Profissionais em saúde dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS Curitiba, exclusivos para atendimento de COVID-19:

a) Estar atuando em Unidades de Terapia Intensiva (UTI);

b) Unidades de Internação (Leitos clínicos);

c) Unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro.

Art. 4º. – Da solicitação de vaga para acomodação nos estabelecimentos hoteleiros

I – Os agentes públicos da SMS deverão solicitar ao Departamento de Gestão de Pessoas da SMS (DGP) vaga de acomodação, mediante preenchimento do formulário próprio, juntando a respectiva documentação comprobatória, conforme estipulado no “Formulário de Solicitação” (Anexo II – A e Anexo II – B), com remessa do mesmo para o endereço eletrônico: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br.

II –Os profissionais em saúde dos estabelecimentos hospitalares do SUS/Curitiba, encaminharão a solicitação de vaga para acomodação em isolamento através do representante legal do nosocômio, com a respectiva documentação comprobatória, conforme previsto no “Formulário de Solicitação” (Anexo III), com remessa do mesmo para o endereço eletrônico: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br.

Art. 5º. – São considerados grupos de risco à infecção humana por COVID-19:

I – Pessoa com condições crônicas de saúde, conforme especificado no (Anexo IV), desta Resolução.

II – Residir com pessoa com idade igual ou maior de 60 anos ou com criança menor ou igual a 1 ano de idade.

III – Residir com familiar que possua condição de gestante.

Art. 6º. – Os prazos para utilização das acomodações:

I – Para agentes públicos da SMS

a) por um período máximo de até 14 (catorze) dias, contados da data do resultado do exame que ateste positivo para infecção pelo Novo Coronavírus COVID 19, quando considerado como caso leve ou moderado em declaração expedida por profissional da saúde;

b) por um período inicial de 03 (três) dias contados da liberação de vaga pela SMS, quando na condição de suspeito da doença ou enquanto aguarda o resultado do exame da COVID-19, sendo que na hipótese do resultado do exame ser positivo, o número de diárias será ampliado e, no caso de exame negativo, cumpre ao interessado desocupar a acomodação;

c) pelo período em que durar a pandemia da COVID-19 ou durante a vigência do contrato de hospedagem para acomodações, nas hipóteses previstas na alínea “c” do inciso II do artigo 2º.

II - Aos profissionais em saúde dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS

a) por um período máximo de até 14 (catorze) dias, contados da data do resultado do exame que ateste positivo para infecção pelo Coronavírus, quando considerado como caso leve ou moderado em declaração expedida por profissional da saúde;

b) por um período inicial de 03 (três) dias contados da liberação de vaga pela SMS, quando na condição de suspeito da doença ou enquanto aguarda o resultado do exame da COVID-19, sendo que na hipótese do resultado do exame ser positivo, o número de diárias será ampliado e, no caso de exame negativo, cumpre ao interessado desocupar a acomodação.

Art. 7º. – A distribuição das vagas de acomodação será conforme especificado a seguir:

I - As acomodações previstas nas alíneas “a” e “b”, inciso II, artigo 2o. serão de 15 vagas simultâneas para os agentes públicos da SMS e as acomodações previstas nas alíneas “a” e “b”, inciso III, artigo 2o. serão de 35 simultâneas.

II - As acomodações previstas na alínea “c”, inciso II, artigo 2º. serão de 50 acomodações simultâneas.

§1.º - Para fins de ingresso nos estabelecimentos de acomodação, os interessados deverão apresentar o documento intitulado de “Autorização de Hospedagem”, (Anexo V) nos moldes especificados na contratação celebrada entre a empresa e a Municipalidade.

§2.º - A “Autorização de Hospedagem” mencionada no §1.º será expedida pelo Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal da Saúde (DGP-SMS), devendo nela constar a quantidade de diárias autorizadas pela autoridade de saúde, sendo que dito documento será encaminhado para o endereço eletrônico do solicitante.

Art. 8º. – Da decisão de indeferimento de vaga pela autoridade de saúde (DGP-SMS), caberá recurso a Superintendência Executiva da SMS no prazo de 02(dois) dias úteis, cujo pleito deve ser instruído com as arguições e documentação pertinente.

Art. 9º. – Os casos omissos serão deliberados pelo DGP-SMS em conjunto com a equipe do Centro de Epidemiologia da SMS.

Art. 10º. – Esta Resolução entra em vigência na data da sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde, 18 de maio de 2020.

Márcia Cecília Huçulak - Secretária Municipal da Saúde

ASSINADO DIGITALMENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO I

COMUNICADO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR
determinado por agente de Vigilância Epidemiológica*

Diante da atual situação mundial da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e a adoção de medidas imprescindíveis para redução de sua transmissão, **considera-se como Agente de Vigilância Epidemiológica o profissional médico e enfermeiro.**

Visando a proteção da coletividade, a pessoa infectada com o novo coronavírus pode transmiti-lo e por isso deve permanecer em isolamento domiciliar.

Por meio deste o (a) Senhor (a) está sendo comunicado (a) sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento domiciliar.

Data de início:_____/_____/_____

Previsão de término:_____/_____/_____

Fundamentação e CID:_____

Local e endereço de cumprimento da medida: _____

_____

Data da notificação:_____/_____/_____Hora:_____: _____

Nome do agente de vigilância epidemiológica: _____

Assinatura_____Nº conselho:_____Matrícula: _____

Eu,_____, RG ou passaporte nº_____, CPF_____, matrícula PMC _____, declaro que fui devidamente informado (a) pelo agente de vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização. Assumo o compromisso de permanecer em isolamento domiciliar durante o período citado acima e seguir as orientações sobre isolamento domiciliar, que constam na Orientação nº 13/2020 da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (anexo), ou outra que venha substituí-la.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____

Curitiba,_____/_____/_____Hora:_____: _____

Assinatura da pessoa notificada:_____ou

Nome e assinatura do responsável legal: _____

O documento deve ser assinado pelo agente de vigilância epidemiológica e pelo paciente.

Entregar em anexo Orientação para pacientes em isolamento domiciliar (nº 13/2020), disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/vigilancia/epidemiologica/vigilancia-de-a-a-z/12-vigilancia/1290-coronavirus.html
(Seção Cidadão e Serviços)

A Lei 13.979 de 6/02/2020 da Presidência da República estabelece em seu Artigo 3º parágrafo 3º "Será considerado falta justificada ao serviço público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo", que inclui em seu inciso I a medida de isolamento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II - A

SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19- PARA PROFISSIONAIS SMS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19

PREENCHIMENTO PELO SOLICITANTE

NOME: MATRÍCULA: RG/CPF:

LOTAÇÃO: HORÁRIO: CARGO:

ENDEREÇO: TELEFONE: EMAIL:

1. INDICAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR POR:

☐ CASO SUSPEITO AGUARDANDO RESULTADO DO EXAME

DATA DA COLETA:_____

☐ CASO CONFIRMADO COVID-19

DATA DA COLETA:_____

☐ FAMILIAR EM CRITÉRIO DE GRUPO DE RISCO

2. POSSUI DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR:

☐ SIM ☐ NÃO

2.1 A Declaração de Isolamento Domiciliar deverá ser anexada junto a Solicitação de Acomodoção.

3. POSSUI CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA O ISOLAMENTO EM SEU DOMICÍLIO: ☐ SIM ☐ NÃO

4. DESCREVER O MOTIVO/JUSTIFICA DA SOLICITAÇÃO CONFORME INFORMAÇÕES ASSINALADAS NOS ITENS 1 E 3:

5. NO CASO DE RESIDIR COM FAMILIAR DO GRUPO DE RISCO, CONFORME RESOLUÇÃO XX, INFORMAR:

5.1 Condição crônica de saúde de natureza grave com maior risco de desenvolvimento de Doenças Associadas ao Novo Coronavirius:

☐ DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

☐ DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA

☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA

☐ IMUNODEFICIÊNCIA

☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA

5.2 Condição idade:

☐ Maior ou igual a 70 anos

☐ Menor ou igual a 1 ano

5.3 Gestante:

☐

5.4 Para as condições previstas nos itens 5.1 e 5.3, se assinaladas como justificativas, o interessado deverá descrever a situação e anexar cópia digitalizada da documentação comprobatória, como por exemplo, atestado médico emitido há no máximo 30 dias, no qual seja declarada a existência atual da doença crônica ou se gestante. Para condição, item 5.2, enviar cópia do RG do interssado e do familiar.

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos da lei.

ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____ Data _____/_____/_____

SMS2-DGP

7. PARECER DA SMS2-DGP:

☐ DEFERIDO Hotel: _____ Número de diárias: _____

☐ INDEFERIDO Data de Início: _____/_____/_____

Justificativa:_____

ASSINATURA DO AVALIADOR: _____ Data _____/_____/_____

IMPORTANTE

1. Preencher o formulário de forma legível, juntar documentos comprobatórios e enviar para o e-mail: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br.
2. Informar no email: nome completo, matrícula, cargo e anexar o formulário preenchido e documentos necessários.
3. Identificar o email: assunto SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19.
4. O parecer da solicitação será encaminhado por email, bem como, demais informações necessárias.
5. O profissional deverá aguardar o retorno da solicitação mantendo as recomendações de isolamento.
6. Se dúvidas entrar em contato por email: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br e ou telefones: 33509319/9503.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II - B

SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19- PARA PROFISSIONAIS SMS
ISOLAMENTO POR RESIDIR COM FAMILIAR DO GRUPO DE RISCO

PREENCHIMENTO PELO SOLICITANTE

NOME: MATRÍCULA: RG/CPF:

LOTAÇÃO: HORÁRIO: CARGO:

ENDEREÇO: TELEFONE: EMAIL:

1. INDICAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR POR:

☐ RESIDIR COM FAMILIAR EM CRITÉRIO DE GRUPO DE RISCO

2. POSSUI CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA O ISOLAMENTO EM SEU DOMICÍLIO: SIM ☐ NÃO ☐

2.1. Justificativa:

5. INDICAÇÃO DA CONDIÇÃO DO FAMILIAR QUE CARACTERIZA ESTAR NO GRUPO DE RISCO, ASSINALAR:

5.1 Condição crônica de saúde de natureza grave com maior risco de desenvolvimento de Doenças Associadas ao Novo Coronavirius, AnexoXX da Resolução XX/2020:

☐ DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA
☐ DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA
☐ IMUNODEFICIÊNCIA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA

5.2 Condição idade:

☐ Maior ou igual a 70 anos
☐ Menor ou igual a 1 ano

5.3 Gestante: ☐

5.4 Para as condições previstas nos itens 5.1 e 5.3, se assinaladas como justificativas, o interessado deverá descrever a situação e anexar cópia digitalizada da documentação comprobatória, como por exemplo, atestado médico emitido há no máximo 30 dias, no qual seja declarada a existência atual da doença crônica ou se gestante. Para condição, item 5.2, enviar cópia do RG do interssado e do familiar.

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos da lei.

ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____ Data _____/_____/_____

SMS2-DGP

6. PARECER DA SMS2-DGP:

☐ DEFERIDO Hotel: _____ Número de diárias: _____

☐ INDEFERIDO Data de Início: _____/_____/_____

Justificativa:_____

ASSINATURA DO AVALIADOR: _____ Data _____/_____/_____

IMPORTANTE

1. Preencher o formulário de forma legível, juntar documentos comprobatórios e enviar para o e-mail: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br.
2. Informar no email: nome completo, matrícula, cargo e anexar o formulário preenchido e documentos necessários.
3. Identificar o email: assunto SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19.
4. O parecer da solicitação será encaminhado por email, bem como, demais informações necessárias.
5. O profissional deverá aguardar o retorno da solicitação mantendo as recomendações de isolamento.
6. Se dúvidas entrar em contato por email: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br e ou telefones: 33509319/9503.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO III

SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE - HOSPITAIS

PREENCHIMENTO PELO SOLICITANTE

NOME:	MATRÍCULA:	RG/CPF:
HOSPITAL/SETOR:	HORÁRIO:	CARGO:
ENDEREÇO:		TELEFONE:

1. INDICAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR POR:

☐ CASO CONFIRMADO COVID-19

2. POSSUI CONDIÇÕES DE ISOLAMENTO EM SEU DOMICÍLIO:

☐ SIM
☐ NÃO

3. POSSUI A DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR:

☐ SIM
☐ NÃO

4. DESCREVER O MOTIVO/JUSTIFICA DA SOLICITAÇÃO CONFORME INFORMAÇÕES ASSINALADAS NOS ITENS 1 E 3:

5. NO CASO DE RESIDIR COM FAMILIAR DO GRUPO DE RISCO, INFORMAR:

5.1 Condição crônica de saúde de natureza grave com maior risco de desenvolvimento de Doenças Associadas ao Novo Coronaviríus:

☐ DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA
☐ DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA
☐ IMUNODEFICIÊNCIA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA

5.2 Condição idade:

☐ Maior ou igual a 70 anos
☐ Menor ou igual a 1 ano

5.3 Gestante:

☐

5.4 Para as condições previstas nos itens 5.1 e 5.3, se assinaladas como justificativas, o interessado deverá descrever a situação e anexar cópia digitalizada da documentação comprobatória, como por exemplo, atestado médico emitido há no máximo 30 dias, no qual seja declarada a existência atual da doença crônica ou se gestante. Para condição, item 5.2, enviar cópia do RG do interessado e do familiar

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos da lei.

ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____ Data _____/_____/_____

HOSPITAL

7. PARECER DO HOSPITAL

☐ DEFERIDO Hotel: _____ Número de diárias: _____
☐ INDEFERIDO Data de Início: _____/_____/_____
Justificativa:_____

ASSINATURA DO AVALIADOR: _____ Data _____/_____/_____

SMS-GP

8. PARECER DA SMS2-DGP:

☐ DEFERIDO Hotel: _____ Número de diárias: _____
☐ INDEFERIDO Data de Início: _____/_____/_____
Justificativa:_____

ASSINATURA DO AVALIADOR: _____ Data _____/_____/_____

IMPORTANTE

1. Preencher o formulário de forma legível, juntar documentos comprobatórios e enviar para o e-mail: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br.
2. Informar no email: nome completo, matrícula, cargo e anexar o formulário preenchido e documentos necessários.
3. Identificar o email: assunto SOLICITAÇÃO DE ACOMODAÇÃO EM ISOLAMENTO - COVID-19.
4. O parecer da solicitação será encaminhado por email, bem como, demais informações necessárias.
5. O profissional deverá aguardar o retorno da solicitação mantendo as recomendações de isolamento.
6. Se dúvidas entrar em contato por email: radargpcovid19@sms.curitiba.pr.gov.br e ou telefones: 33509319/9503.

ANEXO IV

CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE DE NATUREZA GRAVE, COM MAIOR RISCO DE DESENVOLVIMENTO E DOENÇAS ASSOCIADAS AO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19:

1. DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: asma em uso de corticóide inalatório ou istêmico (moderada ou grave), DPOC, bronquiectasia, fibrose cística, doenças intersticiais do pulmão, displasia broncopulmonar, hipertensão arterial pulmonar.
2. DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA: doença cardíaca congênita, hipertensão arterial sistêmica com comorbidade, doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca.
3. DOENÇA RENAL CRÔNICA: doença renal nos estágios 3, 4 e 5, síndrome nefrótica, paciente em diálise.
4. DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA: atresia biliar, hepatites crônica, cirrose.
5. DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA: condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica.
6. PACIENTES COM NECESSIDADES CLÍNICAS INDIVIDUAIS ESPECÍFICAS, INCLUINDO AVC: indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares.
7. DOENÇAS HEREDITÁRIAS E DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO OU MUSCULAR.
8. DEFICIÊNCIA NEUROLÓGICA GRAVE.
9. DIABETES: DIABETES MELLITUS TIPO I E TIPO II EM USO DE MEDICAMENTOS.
10. IMUNOSSUPRESSÃO: imunodeficiência congênita ou adquirida e imunossupressão por doenças ou medicamentos.
11. OBESIDADE: obesidade grau III.
12. TRANSPLANTADOS: ÓRGÃOS SÓLIDOS E MEDULA ÓSSEA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Saúde
Superintendência Executiva

ANEXO V

AUTORIZAÇÃO DE HOSPEDAGEM

HOTEL: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

CONFIRMAÇÃO DE RESERVA - VOUCHER Nº ____

Nome do hóspede:			
CPF:		**RG:**	
Telefone Celular:		**Telefone de Contato:**	
Endereço Residencial:			

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Vínculo:	**( ) SMS ( ) OUTRO – Qual?**		
Cargo:			
Matrícula PMC:		**Lotação PMC:**	
Justificativa da hospedagem:			

DADOS DA RESERVA

Responsável SMS:			
Responsável Hotel:			
Data de entrada:		Assinatura Hóspede:	
Quarto:			
Data de saída:		Assinatura Hóspede:	

Essa autorização é exclusiva para hospedagem, incluindo 3 refeições diárias, desjejum, almoço e jantar.
Obrigatório anexar cópia do documento com foto.

Assinatura Responsável Hotel