

Tipo do Documento	ORIENTAÇÃO	
Título do Documento	AGENDAMENTO DE APLICAÇÃO PARA REPOSIÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO	Emissão: 23/04/2026 Versão: 1

ORIENTAÇÕES AO CIDADÃO	
Para quem é indicado?	Usuários com cadastro definitivo na Unidade de Saúde (US) e que possuam prescrição de medicamentos para reposição de ferro endovenoso.
Primeiramente, o que devo fazer?	<p>Não é necessário comparecer presencialmente à Unidade de Saúde (US) para realizar a solicitação.</p> <p>Caso ainda não possua cadastro na Unidade de Saúde de referência, é necessário providenciar o cadastro definitivo.</p> <p>Acessar o site oficial da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (https://saude.curitiba.pr.gov.br), selecionar a aba Serviços ao Cidadão, preencher o Formulário para Solicitação de Aplicação de Reposição de Ferro endovenoso e encaminhá-lo para avaliação da Central de Teleatendimento Saúde Já (CTSJ), por meio do e-mail agendamedicamentos@sms.curitiba.pr.gov.br.</p> <p>No envio do e-mail, deverão ser anexados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Formulário para Solicitação de Aplicação de Reposição de Ferro endovenoso devidamente preenchido;• Prescrição médica válida (últimos 30 dias);• Documento oficial de identificação.
Quais informações devo saber para preencher o Formulário de Solicitação?	<p>Para o correto preenchimento do Formulário para Solicitação de Aplicação de Reposição de Ferro endovenoso, é necessário informar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nome completo, data de nascimento e telefone de contato do usuário que necessita da aplicação do medicamento;• Se a medicação já foi aplicada anteriormente e, em caso afirmativo, em qual estabelecimento de saúde;• Se o usuário possui convênio de saúde e, se possuir, informar qual.• Local de preferência para agendamento.
O que fazer após encaminhar o e-mail?	Aguardar avaliação técnica e/ou orientação de agendamento pela CTSJ.
Como saberei se a solicitação sobre aplicação do medicamento foi atendida?	A CTSJ enviará mensagem pelo aplicativo Saúde Já com o parecer e/ou agendamento. Se estiver de acordo com os critérios, esta mensagem informará a data, local e horário que será realizada a aplicação.
Para reagendamentos, como proceder?	<p>Nos casos de continuidade de tratamento, a própria Unidade de Saúde será responsável pelos agendamentos subsequentes e remanejamentos (dentro da possibilidade), não sendo necessário novo envio de e-mail para a Central.</p> <p>Em caso de falta nos agendamentos, o usuário deverá reiniciar o fluxo.</p> <p>Em caso de nova prescrição do medicamento o fluxo inicial deverá ser seguido novamente.</p>

Tipo do Documento	FORMULÁRIO	FOR.ENFDAPS.001 – Total págs.: 2	
Título do Documento	SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA APLICAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO	Emissão: 23/04/2026	Próxima Revisão: 23/04/2028
		Versão: 1	

NOME COMPLETO DO USUÁRIO (A):

.....

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE ATUALIZADO:

UNIDADE DE SAÚDE (US) QUE POSSUI CADASTRO:

PRESCRIÇÃO ATUALIZADA (até 30 dias)

() Sim (Favor anexar)

() Não

PRIMEIRA APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO?

() Sim

() Não

Se não, onde foi realizada a aplicação das outras vezes?

USUÁRIO (A) POSSUI CONVÊNIO?

() Sim

() Não

Se sim, favor informar qual convênio.....

LOCAL DE AGENDAMENTO

() Agendamento na minha US de referência

() Agendamento no Centro Infusão (Centro de Especialidades Mãe Curitibana)

OBSERVAÇÃO:

Após a realização da avaliação e análise conjunta da prescrição, será efetuado o agendamento para aplicação do medicamento.

Considerando que o medicamento é adquirido pelo próprio usuário, é imprescindível que sejam rigorosamente observadas todas as orientações relativas ao seu armazenamento, transporte e integridade, de modo a garantir a segurança da administração. O cidadão declara estar ciente de que a aplicação poderá ser recusada

Tipo do Documento	FORMULÁRIO	FOR.ENFDAPS.001 – Total págs.: 2	
Título do Documento	SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA APLICAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO	Emissão: 23/04/2026	Próxima Revisão: 23/04/2028
		Versão: 1	

caso o medicamento não esteja em condições adequadas de conservação, ou apresente qualquer indício de violação de embalagem ou frasco. Declara, ainda, estar ciente de que, na hipótese de acidente ou perda do medicamento durante o preparo ou administração, quando comprovado que o profissional observou integralmente as orientações técnicas e os protocolos vigentes, a Secretaria Municipal da Saúde e o servidor estarão isentos da obrigatoriedade de reposição do medicamento.

Obrigatoriamente todas as informações acima devem estar preenchidas para serem encaminhadas a Central “Saúde Já” através do email:

agendamedicamentos@sms.curitiba.pr.gov.br

3. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA

A avaliação do formulário seguirá às normas a fim de garantir a segurança do paciente.

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	23/04/2026	Elaboração

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de Enfermagem
Revisão/Análise	Coordenação da Assistência Farmacêutica
Validação	Coordenação da Central Saúde Já
Aprovação	Direção do Departamento de Atenção Primária à Saúde