

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

### USUÁRIO

- Acessar o site: <https://saude.curitiba.pr.gov.br>, buscar na aba Institucional/ Serviços ao Cidadão.
- Preencher o [Formulário para Solicitação de Aplicação de Reposição de Ferro endovenoso](#).
- Enviar o Formulário para a Central de Teleatendimento Saúde Já através do endereço [agendamedicamentos@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:agendamedicamentos@sms.curitiba.pr.gov.br), juntamente com a prescrição médica.
- Providenciar o medicamento, o usuário é responsável pela guarda e conservação do seu medicamento até o momento da aplicação.
- Comparecer com 15 minutos de antecedência no dia e horário agendando com documento oficial com foto e prescrição médica atualizada.

### CENTRAL DE TELEATENDIMENTO SAÚDE JÁ

- Avaliar os documentos enviados.
- Caso a solicitação inicial seja deferida, realizar o agendamento de aplicação do medicamento de acordo com os horários pré definidos na agenda das Unidades de Saúde.
- Comunicar o usuário sobre o agendamento. Uma mensagem será enviada via aplicativo Saúde Já e por e-mail informando data, horário e local da aplicação.

### UNIDADE DE SAÚDE (US)

- Abrir as agendas no sistema, conforme fluxo de abertura de agendas externas da CTSJ.
- Disponibilizar ofertas externas, com intervalo de 1 hora para aplicação de reposição de ferro endovenoso.
- Verificar se o medicamento trazido pelo usuário está sob condições adequadas de conservação e preencher o [Formulário de registro de aplicação de injetável na Unidade de Saúde](#).
- Conferir o medicamento e a respectiva prescrição.
- Realizar a aplicação do medicamento conforme a prescrição e [POP Módulo 2: Procedimentos Assistenciais](#)
- Realizar os devidos registros no sistema e-saude.
- Agendar os retornos de aplicação na própria US para continuidade do tratamento.

Tipo do Documento	<b>FORMULÁRIO</b>	FOR.ENFDAPS.001 – Total págs.: 2	
Título do Documento	<b>SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA APLICAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO</b>	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	<b>FORMULÁRIO</b>	FOR.ENFDAPS.001 – Total págs.: 2	
Título do Documento	<b>SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA APLICAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE FERRO ENDOVENOSO</b>	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](mailto: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