



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento
São Gotardo – Minas Gerais

DELIBERAÇÃO DO COMITÊ EXTRAORDINÁRIO GESTOR DE PLANO DE PREVENÇÃO E CONTINGENCIAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA CAUSADA PELO AGENTE CORONAVÍRUS (COVID-19) NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GOTARDO.

O Comitê Gestor de Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19-Comitê Extraordinário COVID-19 - no Município de São Gotardo, no exercício de sua atribuição que lhe confere na forma do artigo 1º, § 6º do Decreto Municipal 075/2020, e tendo em vista o disposto na Lei Federal 13.979/2020, na MP 926/2020 e,

Considerando a necessidade de se conter a disseminação da COVID-19 e garantir o adequado funcionamento dos serviços de saúde;

Considerando que o planejamento para a manutenção e a retomada dos procedimentos cirúrgicos eletivos deve ser baseado em novos protocolos e práticas para a prevenção e o controle da transmissão do novo coronavírus (Sars-CoV-2) nos serviços de saúde;

DELIBERA:

Art. 1º. Fica autorizada a continuidade das cirurgias eletivas no serviço público municipal e serviço particular, devendo os profissionais de saúde seguirem um protocolo de risco cirúrgico adequado, analisar caso a caso, observando-se a realidade epidemiológica local, no que refere ao número de casos confirmados na cidade e região para COVID-19 e número de leitos disponíveis para o atendimento da COVID-19, para reduzir riscos ao paciente.

§ 1º Para efeito do disposto no *caput*, somente serão realizadas as cirurgias classificadas na escala da Sociedade Americana de Anestesiologia, sendo elas:

- **ASA I** - é utilizado para pessoas saudáveis, sem doenças crônicas ou graves e que não adotam comportamentos de risco, como fumar e consumir álcool em excesso
- **ASA II** - classifica indivíduos com patologias sistêmicas leves a moderadas.

§ 2º A decisão pela realização do procedimento cirúrgico eletivo é do médico em estreita discussão com seu paciente, devendo este assinar o Termo de Consentimento Livre e



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento

São Gotardo – Minas Gerais

Esclarecido, onde deverá constar a responsabilidade compartilhada entre paciente e instituição de saúde, e conter informações específicas sobre COVID-19;

Art.2º. A responsabilização pela liberação da continuidade das cirurgias eletivas no município é inteiramente do COMITÊ EXTRAORDINÁRIO GESTOR DE PLANO DE PREVENÇÃO E CONTINGENCIAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA CAUSADA PELO AGENTE CORONAVÍRUS (COVID-19) NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GOTARDO.

Art. 3º. Com base nos princípios da razoabilidade e da precaução, as empresas rurais ao contratarem pessoal ficam obrigadas a preencher os formulários fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, constantes nos Anexos I e II da presente deliberação. Parágrafo único. O preenchimento dos formulários deverá ser feito, preferencialmente, por médico do trabalho ou, na falta deste, por enfermeiro da empresa, e também por Clínicas de Saúde Ocupacional;

Art.4º. Caso o examinado apresente sintomas gripais como: febre (>37,8 graus), tosse, dispneia, mialgia, sintomas respiratórios superiores, fadiga e mais raramente, sintomas gastrintestinais, deverá ser encaminhado ao sistema de saúde pública ou privada para avaliação médica e orientações como quarentena e demais medidas adotadas pelas autoridades sanitárias de saúde.

Art. 5º. Sem prejuízo do disposto nos artigos 3º e 4º as empresas deverão continuar orientando e adotando medidas como forma de prevenir/diminuir o contágio da COVID-19.

Art. 6º. O Comitê Extraordinário poderá editar normas complementares de acordo com a necessidade e orientações técnicas.

Art. 7º. Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

São Gotardo, 1º de junho de 2020.

Seiji Eduardo Sekita

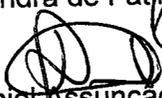


PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento

São Gotardo – Minas Gerais

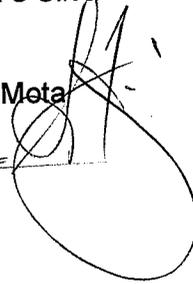

Leandra de Fátima da Silva Costa


Daniel Assunção Cardoso


Astrogildo De Castro Pinheiro

Marilene Teodoro da Silva e Silva


Miriam Garcia Mar Negro Meta


Makoto Edison Sekita

Pedro Henrique Alves Sá


Alaelso Elias Xavier



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento

São Gotardo – Minas Gerais

ANEXO I

GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA

Envio o usuário abaixo descrito para avaliação e conduta de equipe da Unidade Básica de Saúde de referência, conforme orientação de medidas de saúde, necessárias para efetivar contratação trabalhista.

Nome:

Assinatura legível do responsável pelo preenchimento, carimbo (se houver) e data da referência

A SER PREENCHIDO PELO SERVIÇO DE SAÚDE

Nome:

Nome da Mãe:

Endereço:

Data de Nascimento:

UBS:

Data Consulta:

CNS:

Telefone de contato:

Paciente foi cadastrado na UBS pela Equipe de Saúde da Família: () Sim () Não

AVALIAÇÃO E CONDUTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E MÉDICA

Retornar à UBS para reavaliação do estado de saúde em () dias

Assinatura e carimbo da (o) Enfermeira (o)
médica (o)

Assinatura e carimbo da (o)

Paciente necessita de mais () dias de acompanhamento

Data:

Paciente recebeu alta do episódio: () Sim () Não

Data:

Assinatura legível do responsável pelo preenchimento, carimbo (se houver) e data da referência



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento
São Gotardo – Minas Gerais

ANEXO II



SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO GOTARDO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INICIAL

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____ Data do atendimento: ____/____/____ Horário: ____:____:____

Origem: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças: () Não () Sim, quais? _____

Internações prévias: () Não () Sim _____

Contato com pessoa sabidamente COVID19 positivo? () Não () Sim

Proveniente de local com casos positivos de COVID19? () Não () Sim

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Pressão Arterial: _____ Frequência cardíaca: _____ Saturação: _____ Tax: _____

QUEIXA CLÍNICA: () Febre (>37,8°C) () Tosse () Coriza () Dispneia
() Mialgia e fadiga () Dor de Garganta () Perda do paladar e/ou olfato
() Sintomas gastrointestinais, como diarreia.

OUTRAS QUEIXAS: _____

Ausculta respiratória: _____

DIAGNÓSTICO/CONDUTA

Diagnóstico: () Sem comorbidades () Síndrome Gripal a esclarecer

OUTRO DIAGNÓSTICO: _____

RECOMENDAÇÕES:

() Isolamento Domiciliar por _____ dias

() Procurar Unidade de Saúde, retornar com impresso comprovatório de acompanhamento/orientações, constando nº do CNS

COMPLETAR CARTÃO DE VACINAS:

() Hepatite B () DT () Tríplice viral () Febre Amarela

() Gripe, se maior de 55 anos, ou portador de DM, HAS e/ou cardiopatia

Assinatura Médico(a) Responsável

Carimbo

Assinatura Enfermeiro(a) Responsável

Carimbo