

**PORTARIA Nº 130/2020**

*Institui o formulário de Notificação de Prestação de Informações / Termo de Compromisso para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e/ou casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 e normatiza o preenchimento de dados por parte das unidades de saúde e rede credenciada.*

**A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, conferidas pela Lei Complementar nº. 276, de 03 de junho de 2015, e pelo Decreto Municipal nº. 011/2017, considerando:

- Considerando a Portaria n.º 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, que Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus;
- Considerando a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019;
- Considerando a Declaração da Organização Mundial de Saúde, em 11 de março de 2020, que decreta situação de pandemia no que se refere à infecção pelo novo Coronavírus;
- Considerando a Portaria n.º 356, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei Federal n.º 13.979/2020;
- Considerando o Decreto Municipal nº 736, de 13 de março de 2020, que declara SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA em Saúde Pública no Município de Goiânia e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo Coronavírus (COVID-19), no âmbito do Poder Executivo do Município de Goiânia;
- O Decreto Municipal nº 799, de 23 de março de 2020, que Declara Situação de Calamidade Pública no Município de Goiânia e dá outras providências;
- Considerando a Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;
- Considerando a confirmação de casos de COVID-19 no Município de Goiânia e a necessidade de controle de disseminação da doença em face dos elevados riscos de saúde pública.

**RESOLVE:**

Art. 1º Instituir o formulário de Notificação de Prestação de Informações / Termo de Compromisso nas unidades de saúde e toda rede credenciada/conveniada, que compõem rede municipal de saúde da capital, para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Art. 2º** A coleta das amostras para os testes referentes aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e/ou casos suspeitos e/ou confirmados de infecção pela COVID-19 realizados pelos profissionais de saúde nas unidades previstas no art. 1º, deverá ser acompanhada do termo de notificação do paciente, observado o modelo previsto no anexo.

**Parágrafo único.** Nos atendimentos definidos no *caput* desse artigo deverá ser observado o preenchimento adequado e as assinaturas do profissional de saúde e do paciente no formulário de Notificação de Prestação de Informações / Termo de Compromisso, Anexo I desta Portaria, a qual deverá ser enviada à Superintendência de Vigilância em Saúde, da SMS.

**Art. 3º.** A medida objetiva colher informações diárias e acompanhar o quadro clínico do paciente, por meio de monitoramento de equipe especializada desta Secretaria, por intermédio do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS.

**Parágrafo único.** O serviço de monitoramento instituído entrará em contato com os pacientes notificados via ligação telefônica ou outra ferramenta que vier a ser implementada pela SMS.

**Art. 4º.** As unidades de saúde e hospitalares credenciadas e/ou conveniadas que compõem a Rede Municipal de Saúde da capital deverão efetuar a inclusão dos dados dos pacientes na plataforma disponibilizada pelo Ministério da Saúde no site: <https://notifica.saude.gov.br/login>.

**Parágrafo primeiro.** As unidades hospitalares e laboratoriais privadas serão oficiadas, por intermédio desta Pasta, a fim de que se responsabilizem sobre a correta implantação do termo de Notificação de prestação de informações/Termo de compromisso, objeto da presente Portaria.

**Parágrafo segundo.** As unidades laboratoriais da capital que executam exames para pesquisa de COVID-19 serão informadas, via Ofício, para que realizem as notificações de todos os casos com coleta de amostra pelo link: <https://notifica.saude.gov.br/login>.

**Parágrafo terceiro** Os laboratórios citados no parágrafo anterior, também serão informados quanto à necessidade do envio dos resultados reagentes (detectáveis) e não reagentes (não detectáveis) destes pacientes para CIEVS da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Goiânia, por meio do email: [cievsgoiania@gmail.com](mailto:cievsgoiania@gmail.com), cujas informações são caracterizadas pelo sigilo e confiabilidade dos agentes de vigilância epidemiológica do município.

**Art. 3º.** Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Dê ciência, cumpra-se e publique-se.**

**GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, aos três dias do mês de abril de 2020.

Fátima Mrué  
**Secretária Municipal de Saúde**

**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde****ANEXO I****NOTIFICAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
Termo de Compromisso**

Considerando a confirmação de casos de COVID-19 no Município de Goiânia e a necessidade de controle de disseminação da doença em face dos elevados riscos à saúde pública.

**NOTIFICA-SE** o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, acerca da  
necessidade de devida prestação de informações ao serviço de monitoramento instituído pela  
Secretaria Municipal de Saúde Goiânia, que visa o devido acompanhamento do quadro clínico  
dos pacientes com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo novo Coronavírus.

Telefones de contato (paciente): \_\_\_\_\_

Local de Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que fui devidamente orientado(a) pelo profissional de saúde acima sobre a  
necessidade de prestar as devidas informações ao serviço de monitoramento em todo e  
qualquer contato realizado.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

**Notas:**

**1) Constitui-se como crime contra a saúde pública infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa (art. 268 da Lei nº 2.848 de 07/12/1940 – Código Penal).**