



## CIRCUITO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

Versão: 04  
Julho 16

Versão em vigor

Revisão Dez 2019

### PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA PARA OUTRO MÉDICO DE FAMÍLIA REGRAS GERAIS<sup>1</sup>

- Qualquer solicitação de transferência de Médico de Família deverá ser efectuada por escrito, em impresso próprio (**anexo nº1**), e com o motivo devidamente justificado. Preferencialmente, deverá ser indicado qual o médico que pretende.
- O impresso poderá ser entregue directamente no secretariado ou enviado via email ou correio postal.
- Todos os utentes que fazem parte do processo clínico familiar, desde que maiores, têm que declarar o seu consentimento de pedido de mudança de Médico de Família, assinando o respectivo impresso.
- Qualquer solicitação de transferência de Médico de Família será analisada em reunião geral de Médicos.
- A USF Serra da Lousã, comunicará no prazo máximo de 15 dias qual o desfecho do pedido de transferência solicitado pelo utente.
- Se o pedido for deferido, o utente deverá assinar consentimento informado (**anexo nº2**) sobre as regras de manutenção da sua inscrição na USF.
- Se os ficheiros médicos da USF Serra da Lousã estiverem todos completos, o utente terá que solicitar a transferência do processo clínico para outra Unidade de Saúde, salvo situações excepcionais a ponderar caso a caso (ex. recém-nascidos de famílias já inscritas e idosos em situação de dependência).

<sup>1</sup> Regras estabelecidas em Janeiro de 2011 – Responsáveis pela monitorização e revisão em 2014, APE, AS e JR – Revisão efectuada em Abril de 2014

Documento elaborado por	Aprovado pelo Coordenador da USF	Pag. 1
Ana Paula Esteves e Ana Soares	João Rodrigues	



## CIRCUITO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

Versão: 04  
Julho 16

Versão em vigor

Revisão Dez 2019

- Quando o mesmo utente peça transferência interna de Médico de Família pela segunda vez, o pedido será automaticamente indeferido, devendo solicitar a transferência para outra Unidade de Saúde.
- Os utentes que tenham algum familiar que coabite e esteja inscrito noutra médico de família da USF Serra da Lousã, pode solicitar a transferência de Médico de Família de modo a ficarem com o mesmo Médico, transferência interna com critério de prioridade.
- Todos os pedidos de transferência de processo clínico serão arquivados em pasta própria.
- Qualquer médico de família pode recusar, ou cancelar, a inscrição de qualquer utente na sua lista, nomeadamente por ruptura na relação médico-doente, mediante justificação dirigida ao Director Executivo do ACES PIN, acompanhada com parecer do Coordenador da USF, após reunião geral de médicos onde o assunto foi discutido, cabendo a decisão final, ao Director Executivo do ACES PIN.
- Quando esteja em causa uma ruptura na relação médico-doente, o Médico de Família a cuja lista o utente deixou de pertencer, poderá deixar de efectuar consultas ao utente mesmo em situações de doença aguda.

Documento elaborado por	Aprovado pelo Coordenador da USF	Pag. 2
Ana Paula Esteves e Ana Soares	João Rodrigues	



## CIRCUITO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

Versão: 04  
Julho 16

Versão em vigor  
Revisão Dez 2019

### Anexo nº1

#### PEDIDO INTERNO DE TRANSFERENCIA DE MÉDICO DE FAMILIA

Ex.mo Senhor  
Coordenador da USF Serra da Lousã

Nome \_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão ou (Bilhete de Identidade) nº \_\_\_\_\_

Do ficheiro do Dr.(a) \_\_\_\_\_, solicito a transferência do meu processo clínico, assim como o do meu agregado familiar<sup>2</sup> para o Dr.(a) \_\_\_\_\_.

NOME	PARENTESCO

A mudança de médico deve-se ao motivo em baixo mencionado<sup>3</sup>:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lousã \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura(s))

O MÉDICO DE FAMILIA	VALIDAÇÃO DO COORDENADOR
DECISÃO DA REUNIÃO CLINICA	

<sup>2</sup> Todos os maiores de 18 anos têm que assinar o pedido de transferência

<sup>3</sup> A decisão final é tomada em reunião geral de médicos

Documento elaborado por	Aprovado pelo Coordenador da USF	Pag. 3
Ana Paula Esteves e Ana Soares	João Rodrigues	



## CIRCUITO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

Versão: 04  
Julho 16

Versão em vigor  
Revisão Dez 2019

### Anexo nº2

#### CONSENTIMENTO INFORMADO REFERENTE A TRANSFERÊNCIA INTERNA DE MÉDICO DE FAMÍLIA

Nome \_\_\_\_\_,

Portador(a) do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão \_\_\_\_\_, com o nº do Cartão Nacional Utente \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento e que me comprometo a cumprir as regras vigentes na USF Serra da Lousã, no que diz respeito ao meu pedido de transferência de Médico de Família.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nota: Dois modelos

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)

Documento elaborado por	Aprovado pelo Coordenador da USF	Pag. 4
Ana Paula Esteves e Ana Soares	João Rodrigues	