

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
RECEPÇÃO				
Código: POP.001	Data Elaboração: 26/01/2022	Data Revisão: 21/02/2025	Revisão: 001	Página: 1 de 5

1. OBJETIVO

Acolher e preparar a paciente que chega a Afya Clínica Acadêmica para atendimento médico.

2. APLICAÇÃO

Afya Clínica Acadêmica

3. DEFINIÇÕES

O acesso dos usuários e a forma de recebê-los é uma das questões fundamentais a serem transformadas no contexto da prática diária e da organização dos serviços de saúde.

A recepção é o primeiro contato com paciente do ambulatório. Nesse setor, são tratados os aspectos da permanência e é controlado o fluxo de entrada e saída de pessoas. Considerando a importância desse setor, o recepcionista deve ser um profissional capacitado, comunicativo e dedicado, representando a hospitalidade do ambulatório.

[Microsoft Word - Projeto Final de Conclusão de Curso Hotelaria Sustentavel - completo.doc \(unb.br\)](#)

Assim um atendimento de má qualidade pode ser generalizado para o serviço de má qualidade como um todo (CAMPIOLO, 2007).

Para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral é fundamental que a atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
RECEPÇÃO				
Código: POP.001	Data Elaboração: 26/01/2022	Data Revisão: 21/02/2025	Revisão: 001	Página: 2 de 5

espaço primordial de investigação/elaboração/negociação ocorra de maneira acolhedora.

4. RESPONSABILIDADE

Recepcionista.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

- Marcar consultas de acordo com especialidades médicas;
- Confirmar comparecimento do paciente;
- Acolher o paciente, explicando a retirada da senha para o atendimento;
- Realizar o cadastrado informatizado de acordo com a prioridade do paciente e ordem de chegada;
 - Explicar o termo de consentimento e esclarecimentos ao paciente sobre o atendimento na unidade ambulatorial de ensino superior (anexo 01);
 - Encaminhar o paciente para triagem;
 - Realizar orientações após consultas médicas sobre os encaminhamentos;
 - Marcar retorno.

7. DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- Caneta;
- Lápis;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
RECEPÇÃO				
Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão:	Página:
POP.001	26/01/2022	21/02/2025	001	3 de 5

- Borracha;
- Grampeador;
- Clips;
- Computador;
- Impressora;
- Agenda eletrônica;
- Telefone.

8. EPI

- Máscara cirúrgica;
- Álcool 70%.

9. REGISTROS

O cadastro será realizado no programa eletrônico RM-TOTVS/AFYA.

10. INDICADORES DE DESEMPENHO

- Organização da agenda de atendimento médico.

Agilidade no fluxo da Afya Clínica Acadêmica.

11. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A qualidade do atendimento ao paciente pode ser um fator determinante para o retorno dele. Por isso, é importante buscar alternativas que otimizem a forma como ele é recebido na recepção do Ambulatório.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
RECEPÇÃO				
Código: POP.001	Data Elaboração: 26/01/2022	Data Revisão: 21/02/2025	Revisão: 001	Página: 4 de 5

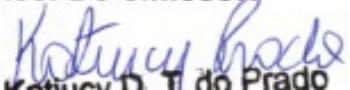
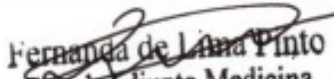
11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CAMPIOLO, M. R. F. Gestão do consultório médico. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007

Maria Lúcia Rodrigues Falk¹, João Werner Falk², Francisco Arsego de Oliveira³, Marta Silvana da Motta

[Como se recebe o paciente na recepção da clínica? \(imedicina.com.br\)](http://imedicina.com.br)

12. APROVAÇÃO:

Nome do emissor: Enf. /Coord. Katiucy Daniella T. Prado Reis	Nome do 1º aprovador: Coord. Medicina: Barbara Maria Mutran Lopes Branco	Nome do 2º aprovador: Coord. Adjunta: Fernanda de Lima Pinto
Ass. Do emissor:  Katiucy D. T. do Prado Enfermeira COREN - PA 519.932	Ass. do 1º aprovador:  Dra. Bárbara Branco Coord. Medicina FESAR AFYA	Ass. do 2º aprovador:  Fernanda de Lima Pinto Coord. Adjunto Medicina Portaria 020/2021 - FESAR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
RECEPÇÃO				
Código: POP.001	Data Elaboração: 26/01/2022	Data Revisão: 21/02/2025	Revisão: 001	Página: 5 de 5

ANEXO 1

Termo de Consentimento e Esclarecimentos ao Paciente sobre Atendimento em Unidade Ambulatorial de Ensino Superior

Por este instrumento particular, eu _____, portador (a) do RG _____ e do CPF _____, residente e domiciliado na _____, informo que me foram esclarecidas as características da consulta em Unidade Ambulatorial de Ensino do Curso de Medicina da FESAR-Redenção, as minhas responsabilidades e as do (a) médico(a) que me atendeu, e que houve minha total concordância antes de iniciar a consulta com a equipe médica do Ambulatório de Especialidades Médica (AME /AFYA) – Estado do Pará, utilizando de avaliação presencial. Estou realizando a consulta a partir do seguinte local: Avenida Brasil, número 05, Quadra 08 – Alto Paraná Redenção/Pa. Informo que fui devidamente orientado pelo médico/equipe acerca do tipo de atendimento médico realizado que pode incluir assistência e orientação em Unidade Ambulatorial de Ensino realizada por consulta ou consultoria, em especial quanto ao ambiente de ensino com participação de acadêmicos do Curso de Medicina da FESAR-Redenção. Declaro que informei ao profissional médico/equipe todos os meus sintomas, medicamentos que estou tomando ou tomei nas últimas 24 horas, e recebi as instruções necessárias a respeito de meu estado de saúde. Declaro, ainda, que autorizei a realização da consulta utilizando de estratégias de atendimento que inclui graduandos do Curso de Medicina supervisionados pelo médico professor/preceptor, e que fui orientado no sentido de que caso meus sintomas não melhorem, devo realizar novo contato como o médico ao qual fui atendido e, na impossibilidade de atendimento, recorrer ao sistema de referência mais próximo da minha residência. Declaro que informarei diretamente ao profissional responsável todas as informações relevantes sobre o meu caso, a história clínica, doenças prévias, as imagens e resultados na melhor resolução e qualidade, exames laboratoriais já realizados e assim receber as instruções necessárias a respeito da conduta/receita/orientação.

Por fim, declaro que esta assistência e/ou orientação por atendimento foi realizada em Redenção - PA, _____ de _____ de 20 _____

Paciente: _____ RG/CPF: _____

Responsável: _____ RG/CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura com carimbo do médico assistente: _____

**Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida -
FESAR/REDENÇÃO**