



SIAPI

- Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas -

Novo tutorial de apresentação e orientação de uso do SIAPI (versão 4.2) para os estabelecimentos/instituições de saúde.

Obs.: Os exemplos de cadastro de internação e da alta descritos neste tutorial são fictícios.

Novo tutorial de apresentação e orientação de uso do SI-API (versão 4.2) para os estabelecimentos/instituições de saúde.

O SI-API (Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas) é um sistema do MPMG, desenvolvido pela Superintendência de Tecnologia da Informação (STI).

A nova versão (4.2) do SI-API WEB é compatível com os navegadores Microsoft Edge e Google Chrome.

SI-API (versão 4.2) – Ambiente de Produção:
<https://aplicacao.mpmg.mp.br/siapi>

CAO-Saúde
Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde

SIAPI

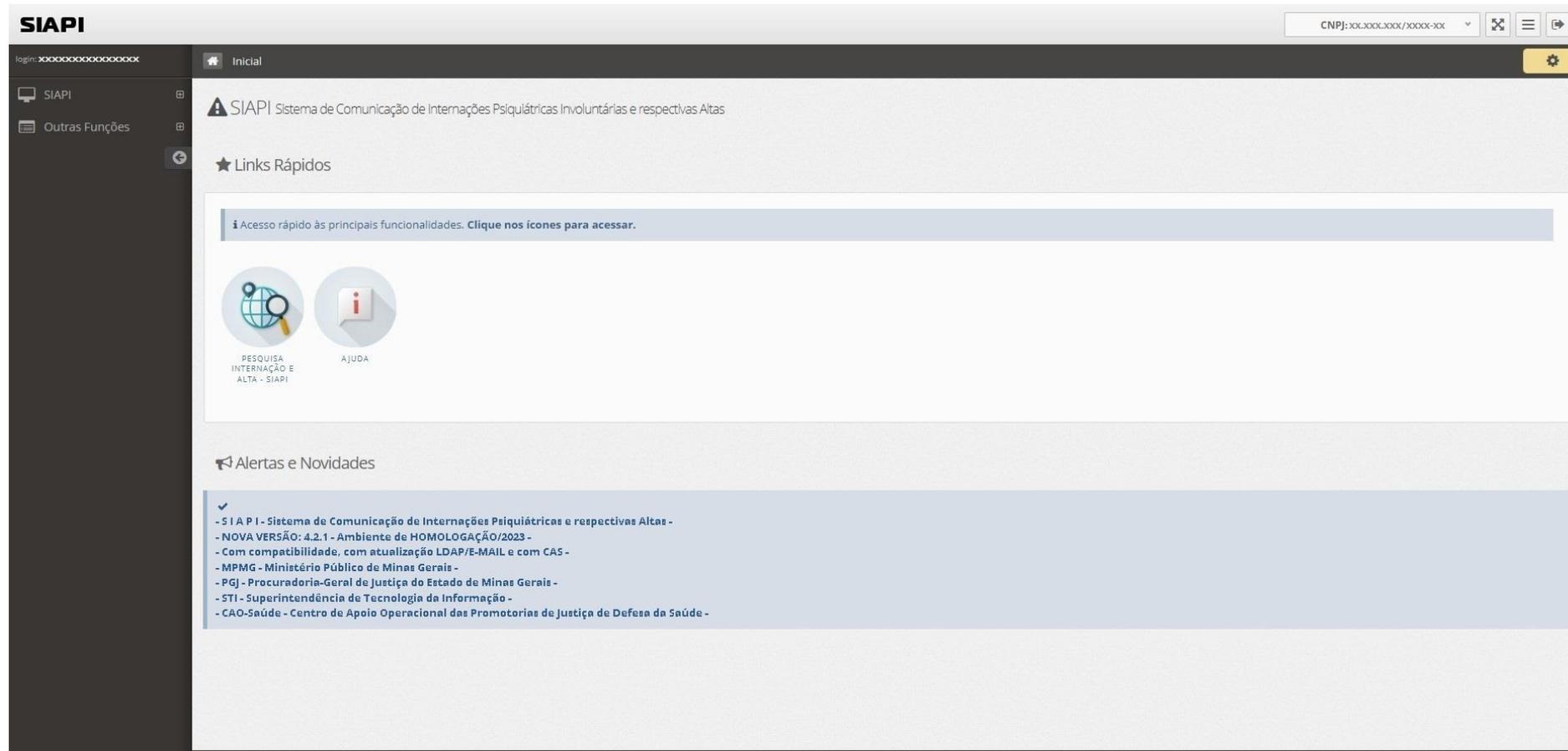
- O SIAPI (Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas) é um sistema do MPMG, desenvolvido pela Superintendência de Tecnologia da Informação (STI).
- A nova versão (4.2) do SIAPI WEB foi desenvolvida e disponibilizada no ambiente de produção com aprimoramentos solicitados pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde).
- Os estabelecimentos/instituições de saúde devem encaminhar a internação/alta para o Ministério Público até 72 horas via SIAPI.
- É importante lembrar que a nova versão (4.2) do SIAPI WEB é compatível com os navegadores Microsoft Edge e Google Chrome.
- A nova versão (4.2) do SIAPI WEB está disponível a partir do seguinte endereço no ambiente de produção: **<https://aplicacao.mpmg.mp.br/siapi>**



Entrar

Ministério Público do Estado de Minas Gerais © 2017

Para acessar o SIAPI, os usuários dos estabelecimentos de saúde precisam realizar o login nesta tela do SIAPI disponível a partir do seguinte endereço:
<https://aplicacao.mpmg.mp.br/siapi>



Após efetuar o login, esta é a tela principal do SIAPI para os usuários dos estabelecimentos de saúde.

SIAPÍ

login:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

log:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ:XXX.XXX.XXX/XXXX-XX

Inicial

SIAPÍ Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias e respectivas Altas

Links Rápidos

Acesso rápido às principais funcionalidades. Clique nos ícones para acessar.

PESQUISA INTERNAÇÃO E ALTA - SIAPÍ

AJUDA

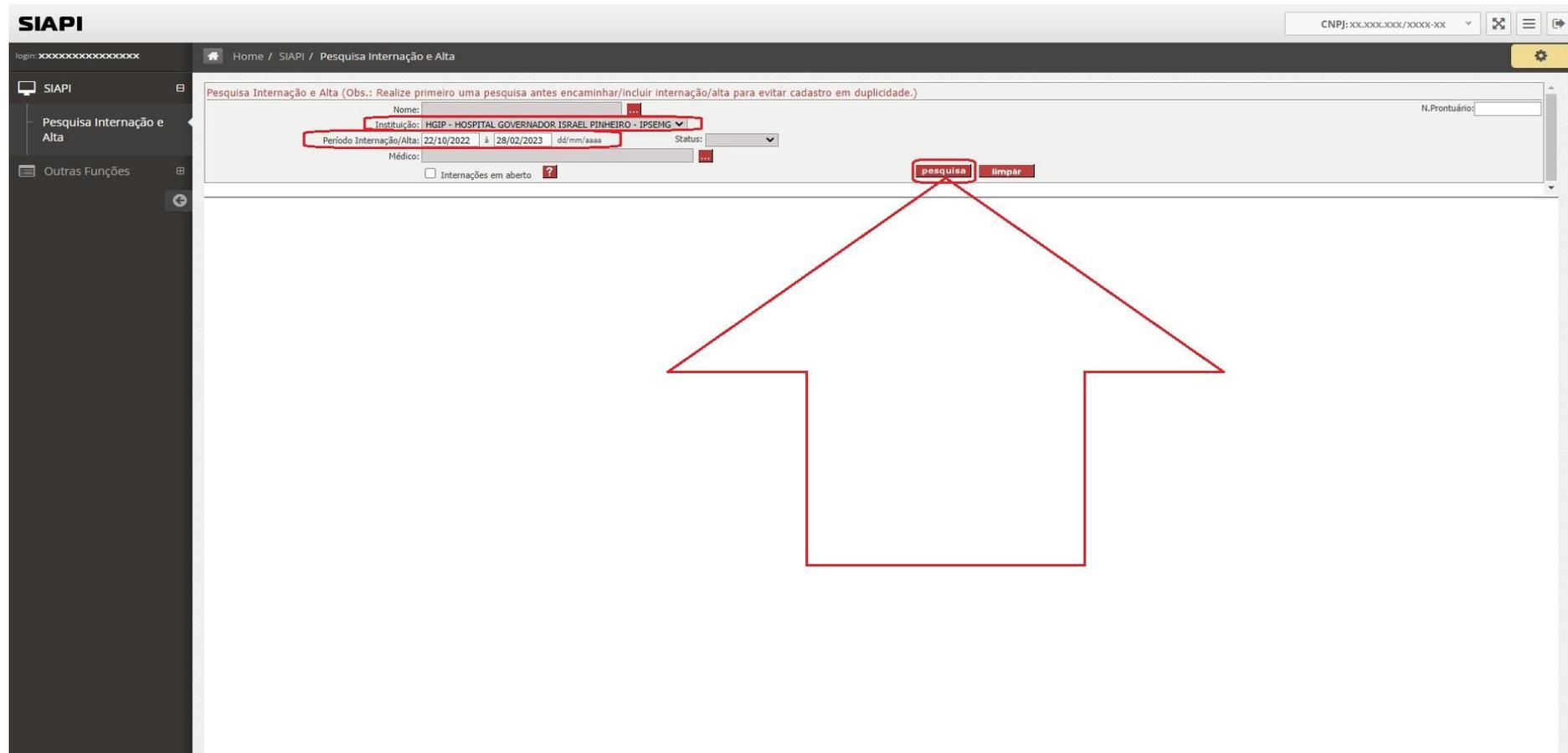
Alertas e Novidades

- SIAPÍ - Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas -
- NOVA VERSÃO: 4.2.1 - Ambiente de HOMOLOGAÇÃO/2023 -
- Com compatibilidade, com atualização LDAP/E-MAIL e com CAS -
- MPMG - Ministério Público de Minas Gerais -
- PGJ - Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais -
- STI - Superintendência de Tecnologia da Informação -
- CAO-Saúde - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde -

Antes de incluir/encaminhar internação/alta, é necessário que primeiro seja realizada uma pesquisa (clicando no item indicado pela seta em vermelho) antes incluir/encaminhar internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.

SIAPI

- Neste exemplo fictício, iremos cadastrar a internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", cujo paciente foi internado no estabelecimento/instituição "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia "27/02/2023".
- Neste exemplo fictício, iremos pesquisar se existem internações e altas do "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" dentro do período 22/10/2022 à 28/02/2023 para verificar se existe a respectiva internação (visando evitar cadastro em duplicidade da referida internação).



Assim, foi selecionada a instituição: "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" e foi informado o período da pesquisa: "22/10/2022" à "28/02/2023" e em sequência, foi clicado no botão "pesquisa".

SIAPI CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx

login:xxxxxxxxxxxxxxxxx Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

SIAPI
Pesquisa Internação e Alta
Outras Funções

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome: N. Prontuário:

Instituição: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Período Internação/Alta: 22/10/2022 à 28/02/2023 dd/mm/aaaa Status:

Médico:

Internações em aberto ? pesquisa limpar

Lista de Comunicação de Internação e Alta Total de Registros apresentados: 3

Página(s): [1](#)

	Nome	Instituição	Nro Prontuário	Tipo Internação	Data Internação	Status Internação	Data Alta	Status Alta
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE C2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada		
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	23/10/2022	Encaminhada	23/10/2022	Encaminhada
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada	25/10/2022	Encaminhada

incluir cancelar

Desta forma, após informar a instituição e informar o período da pesquisa e clicar no botão "pesquisa", o SIAPI realizou a pesquisa e neste caso encontrou 03 (três) registros de internação/alta conforme figura acima.

SIAPI CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx

login:xxxxxxxxxxxxxxxxx Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

SIAPI
Pesquisa Internação e Alta
Outras Funções

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome: N. Prontuário:

Instituição: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Período Internação/Alta: 22/10/2022 à 28/02/2023 dd/mm/aaaa Status:

Médico:

Internações em aberto ? pesquisa limpar

Lista de Comunicação de Internação e Alta Total de Registros apresentados: 3

Página(s): [1](#)

	Nome	Instituição	Nro Prontuário	Tipo Internação	Data Internação	Status Internação	Data Alta	Status Alta
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE C2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada		
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	23/10/2022	Encaminhada	23/10/2022	Encaminhada
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada	25/10/2022	Encaminhada

incluir cancelar

Constatou-se que não foi encontrada a internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023" internado no "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia 27/02/2023.

SIAPI CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx

Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome: N. Prontuário:

Instituição: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Período Internação/Alta: 22/10/2022 à 28/02/2023 dd/mm/aaaa Status:

Médico: ?

Internações em aberto

pesquisa limpar

Lista de Comunicação de Internação e Alta

Página(s): 1 Total de Registros apresentados: 3

	Nome	Instituição	Nro Prontuário	Tipo Internação	Data Internação	Status Internação	Data Alta	Status Alta
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE C2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada		
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	23/10/2022	Encaminhada	23/10/2022	Encaminhada
<input type="checkbox"/>	PACIENTE TESTE E2022	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	25/10/2022	Encaminhada	25/10/2022	Encaminhada

incluir cancelar

Conforme não foi encontrada a respectiva internação involuntária do paciente na tela anterior e após a realização da respectiva pesquisa, o botão "incluir" passou a constar na tela (conforme apresentado na figura acima).

SIAPI

- Assim, após realizarmos a pesquisa, constatamos que não existe internação involuntária encaminhada/cadastrada para o paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", cujo paciente foi internado no estabelecimento/instituição "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia "27/02/2023".
- Neste exemplo fictício, teremos que cadastrar no SIAPI a internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", cujo paciente foi internado no estabelecimento/instituição "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia "27/02/2023" clicando no botão "incluir" indicado pela seta em vermelho na página anterior.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: Prontuário:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: Hora: Min:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Após clicar no botão "incluir" na pagina anterior, o SIAPI irá abrir esta nova tela (indicada na figura acima) para que o usuário informe os dados da nova internação a ser encaminhada/incluída diretamente no sistema SIAPI.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: * HGP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Paciente não apresentou documento de identificação com foto

Nome: *

Profissão: *

Acompanhante/Familiar/Responsável: *

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: *

Prontuário:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: * voluntária

Originada de Internação voluntária

N. comunicação: *

Data: **

Leito (Apto/Quarto): *

Impressão Diagnóstica (CID): *

Motivo(s) da Internação: *

Justificativa da Involuntariedade: *

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias): *

Médico: *

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa): *

Observações:

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
 (**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Os campos indicados com 02 (dois) asteriscos indicam que o preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Os campos indicados com 01 (um) asterisco indicam que o preenchimento é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

salvar cancelar

Para encaminhar/incluir uma nova internação via SI-API, é importante salientar que os campos indicados com 01 asterisco é obrigatório e um dos campos é obrigatório quando tiver 02 asteriscos, conforme indicado na figura acima.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto

Nome:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Procurador:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: Hora:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Para incluir uma internação, precisamos informar os dados do paciente. Assim, deve-se clicar no botão indicado pela seta em vermelho na figura acima para que se possa realizar uma pesquisa com relação ao paciente.

Pesquisa de Pessoa Física

Nome:

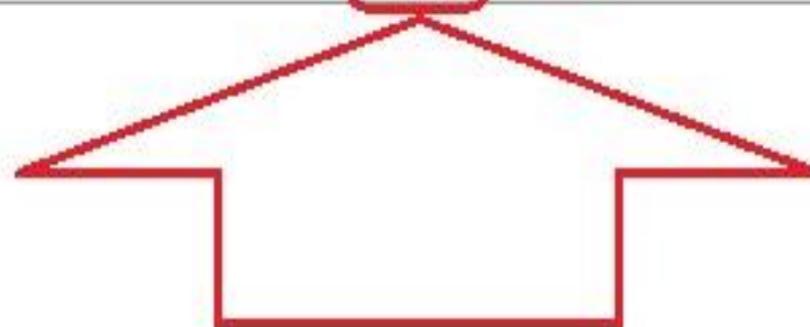
Tipo do Documento:*

Número:* Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.



Neste tela, informe os dados para realizar a pesquisa. Neste caso fictício, informe o nome do paciente a ser pesquisado "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023" e clique no botão "Pesquisar".

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: *

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Não existem pessoas físicas com estas especificações!

Após clicar no botão "Pesquisar" na página anterior, o sistema informou que "Não existem pessoas físicas com estas especificações!". Neste caso, então clique no botão "Incluir Pessoa Física".

Clique no local indicado pela seta para selecionar o paciente corretamente

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: *

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Lista de Pessoas Físicas Encontradas

	Nome	CPF	Outro Doc	Tipo	Nome Mãe	Cidade	Tipo Pessoa
<input type="radio"/>	<u>NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023</u>					BELO HORIZONTE	Pessoa Física - Externo

Após clicar no botão "Salvar" na página anterior, clique no local indicado pela seta em vermelho para selecionar o paciente corretamente e depois clique no local indicado pela seta azul no botão "Selecionar".

Internação

Usuário responsável pelo cadastro:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: Prontuário:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: Hora: Min:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Após clicar no botão "Selecionar" na tela anterior, o sistema volta para a tela de cadastro da internação com o paciente informado no respectivo campo. Neste exemplo, iremos preencher somente os campos obrigatórios.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: *HOSP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG ▼
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: *NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 [limpar] [cancelar]

Profissão: [limpar] [cancelar]

Acompanhante/Familiar/Responsável: [limpar] [cancelar]

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: [limpar] [cancelar]

Prontuário: []

Detalhes da Internação

Tipo de internação: *Involuntária ▼
 Originada de Internação voluntária

N. comunicação: []

Data: *27/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: *10:22 hh:mm

Leito (foto/Quarto): []

Impressão Diagnóstica (CID): * [limpar] [cancelar]

Motivo(s) da Internação: * [limpar] [cancelar]

Justificativa da Involuntariedade: * [limpar] [cancelar]

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente): []

Antecedentes Psiquiátricos: []

Tempo estimado (dias): * ▼

Médico: * [limpar] [cancelar]

Contexto familiar: []

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? * Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa): * [limpar] [cancelar]

Observações: []

Status: *Encaminhada ▼

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

[salvar] [cancelar]

Após informar o tipo de internação, a data da internação "27/02/2023" e a hora da internação "10:22". Assim, para informar o campo: "Impressão Diagnóstica (CID)", clique no botão indicado pela seta em vermelho.

The image shows a web form titled "Pesquisa CID". It contains two input fields: "Código CID:" and "Descrição CID:". The "Descrição CID:" field is filled with the text "Doença de Alzheimer". Below the fields is a red button labeled "pesquisa". A large red arrow points from the button towards the bottom of the page.

Pesquisa CID	
Código CID:	<input type="text"/>
Descrição CID:	<input type="text" value="Doença de Alzheimer"/>
<input type="button" value="pesquisa"/>	

Após clicar no campo: "Impressão Diagnóstica (CID)", informe a seguinte descrição no campo CID: "Doença de Alzheimer" e em sequência clique no botão "pesquisa" indicado pela seta em vermelho.

Pesquisa CID

Código CID:

Descrição CID:

pesquisa

Lista CID

	CID	Descrição CID
<input type="checkbox"/>	G308	Outras formas de doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	G309	Doença de Alzheimer não especificada
<input type="checkbox"/>	G301	Doença de Alzheimer de início tardio
<input type="checkbox"/>	G300	Doença de Alzheimer de início precoce
<input checked="" type="checkbox"/>	G30	Doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	F009	Demência não especificada na doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	F002	Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista
<input type="checkbox"/>	F001	Demência na doença de Alzheimer de início tardio
<input type="checkbox"/>	F000	Demência na doença de Alzheimer de início precoce
<input type="checkbox"/>	F00	Demência na doença de Alzheimer

seleciona **cancelar**

Neste exemplo, clique no local indicado pela seta azul para selecionar "G30 - Doença de Alzheimer" e em sequência clique no botão "seleciona" indicado pela seta em vermelho.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: *HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG ▼
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: *NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 [limpa] [x] Prontuário: []

Profissão: [] [x]

Companheiro/Familiar/Responsável: [] [x]

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: [] [x]

Detalhes da Internação

Tipo de internação: *Involuntária ▼
 Originada de Internação voluntária

N. comunicação: []

Data: *27/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: *10:22 hh:mm

Leito (Apto/Quarto): []

Impressão Diagnóstica (CID): *G30 [limpa] [x]

Motivo(s) da Internação: * [limpa] [x]

Justificativa da Involuntariedade: [] [x]

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente): []

Antecedentes Psiquiátricos: []

Tempo estimado (dias): * []

Médico: * [] [x]

Contexto familiar: []

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? * Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa): [] [x]

Observações: []

Status: *Encaminhada ▼

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

[salvar] [cancelar]

Após informar a "Impressão Diagnóstica (CID)". Assim, no campo: "Motivo(s) da Internação", clique no botão indicado pela seta em vermelho.

Pesquisa Motivo Internação

Motivo Internação:

pesquisa

Lista Motivo Internação

	Motivo Internação
<input type="checkbox"/>	AGITAÇÃO PSICOMOTORA
<input type="checkbox"/>	CONDUTA BIZARRA
<input type="checkbox"/>	CRISE MANÍACA
<input checked="" type="checkbox"/>	DEPENDÊNCIA QUÍMICA
<input type="checkbox"/>	FENÔMENOS ALUCINATÓRIOS
<input type="checkbox"/>	IDEAÇÃO DELIRANTE
<input type="checkbox"/>	OUTROS MOTIVOS CONSIDERADOS PARA A DECISÃO DA INTERNAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	QUADRO DEPRESSIVO GRAVE
<input type="checkbox"/>	RISCO OU TENTATIVA DE AUTO AGRESSIVIDADE
<input type="checkbox"/>	RISCO OU TENTATIVA DE HETEROAGRESSIVIDADE
<input type="checkbox"/>	TENTATIVA DE AUTO EXTERMÍNIO
<input type="checkbox"/>	USO ABUSIVO DE ÁLCOOL
<input type="checkbox"/>	USO ABUSIVO DE OUTRAS DROGAS

seleciona **cancelar**

Neste exemplo, clique nos locais indicados pela seta azul para selecionar "Dependência química" e "Quadro Depressivo Grave" e em sequência clique no botão "seleciona" indicado pela seta em vermelho.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome:

Profissão:

Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: dd/mm/aaaa Hora: Min:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Após informar o “Motivo(s) da Internação”. Assim, no campo: “Tempo estimado (dias)”, selecione a seguinte opção: “15 a 21”.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Prontuário:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: dd/mm/aaaa Hora: hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

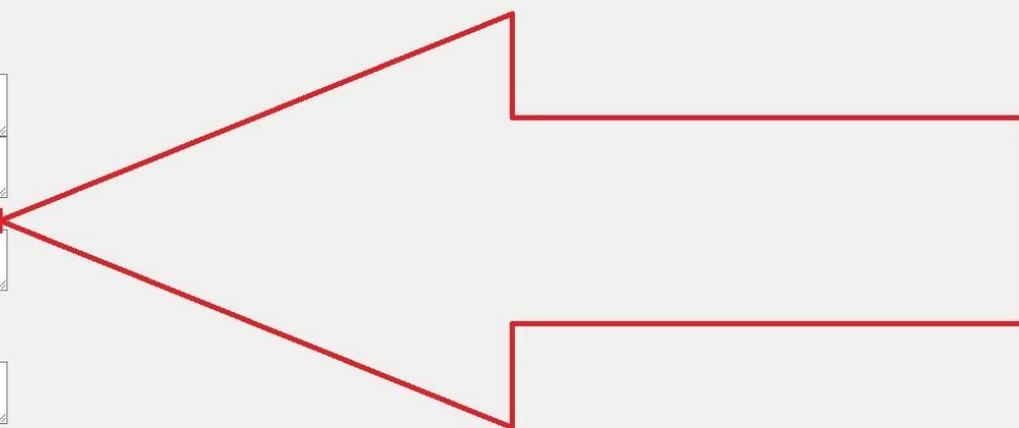
Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.



Após informar o “Tempo estimado (dias)”, é necessário informar o campo: “Médico”. Desta forma, clique no botão indicado pela seta em vermelho.

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

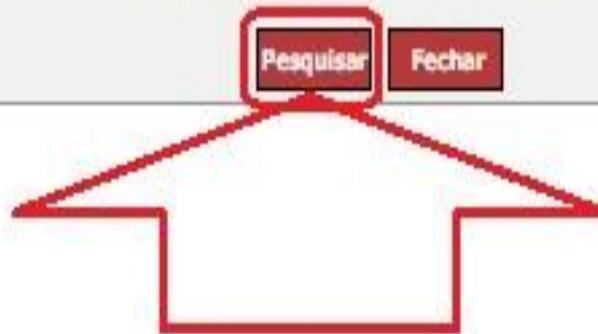
Tipo do Documento: * CRM

Número: * 123456789 Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.



Nesta tela, informe os dados do médico para realizar a pesquisa. Neste caso fictício, selecione o tipo do documento "CRM" e informe o número do CRM "123456789" e clique no botão "Pesquisar".

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: *

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Lista de Pessoas Físicas Encontradas

Nome	CPF	Outro Doc	Tipo	Nome Mãe	Cidade	Tipo Pessoa
<input type="radio"/> NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023		123456789	CRM		BELO HORIZONTE	Pessoa Física - Externo

Neste exemplo, foi encontrado o médico referente o CRM e assim clique no local indicado pela seta em vermelho para selecionar o médico corretamente e em sequência clique no botão "Selecionar" indicado pela seta em azul.

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: * ▼

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Não existem pessoas físicas com estas especificações!

Se após clicar realizar a pesquisa e o sistema informar que "Não existem pessoas físicas com estas especificações!" e que não foi encontrado o médico. Assim, então clique no botão "Incluir Pessoa Física".

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Os campos indicados com 01 (um) asterisco indicam que o preenchimento é obrigatório.

Tipo: **Pessoa Física - Externo**

Nome:

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: **Selecione...**

Estado Civil: **Selecione...**

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Cor/Raça: **Selecione...**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Selecione...** Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: **Selecione...**

Ocupação Principal: Cadastrar no botão correspondente abaixo.

Renda: **Selecione...**

E-mail Pessoal:

E-mail Institucional:

Documentos

CPF:

RG: Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

Órgão Expedidor: UF do RG: **Selecione...**

Inscrição na OAB: UF OAB: **Selecione...** Seção:

Título de Eleitor: Zona: Seção:

Endereço Principal

CEP:(**) Somente números (sem pontos e traços)

UF: **MG** Cidade: **BELO HORIZONTE**

Logradouro:(**) Não utilizar avenida, rua, beco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro:

Complemento Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

É importante salientar que os campos indicados com 01 asterisco são obrigatórios. Neste exemplo fictício, informo o seguinte nome do médico: "NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023"

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Os campos indicados com 01 (um) asterisco indicam que o preenchimento é obrigatório.

Tipo: Pessoa Física - Externo

Nome: *

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) * Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: Selecione...

Estado Civil: Selecione...

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Cor/Raça: Selecione...

Naturalidade: Selecione... Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: Selecione...

Ocupação Principal: Cadastrar no botão correspondente abaixo.

Renda: Selecione...

E-mail Pessoal:

E-mail Institucional:

Documentos

CPF: *

RG: *

Órgão Expedidor: *

Inscrição na OAB: *

Título de Eleitor: *

Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

UF do RG: Selecione...

UF OAB: Selecione...

Zona: *

Seção: *

Endereço Principal

CEP:(**) * Somente números (sem pontos e traços)

UF: MG * Cidade: BELO HORIZONTE

Logradouro:(**) * Não utilizar avenida, rua, beco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro: *

Complemento Logradouro: *

Número: *

Complemento: *

Bairro: *

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

Salvar Cancelar

Outros Documentos Outros Endereços Telefones

Ocupação(ões) Histórico Escolar

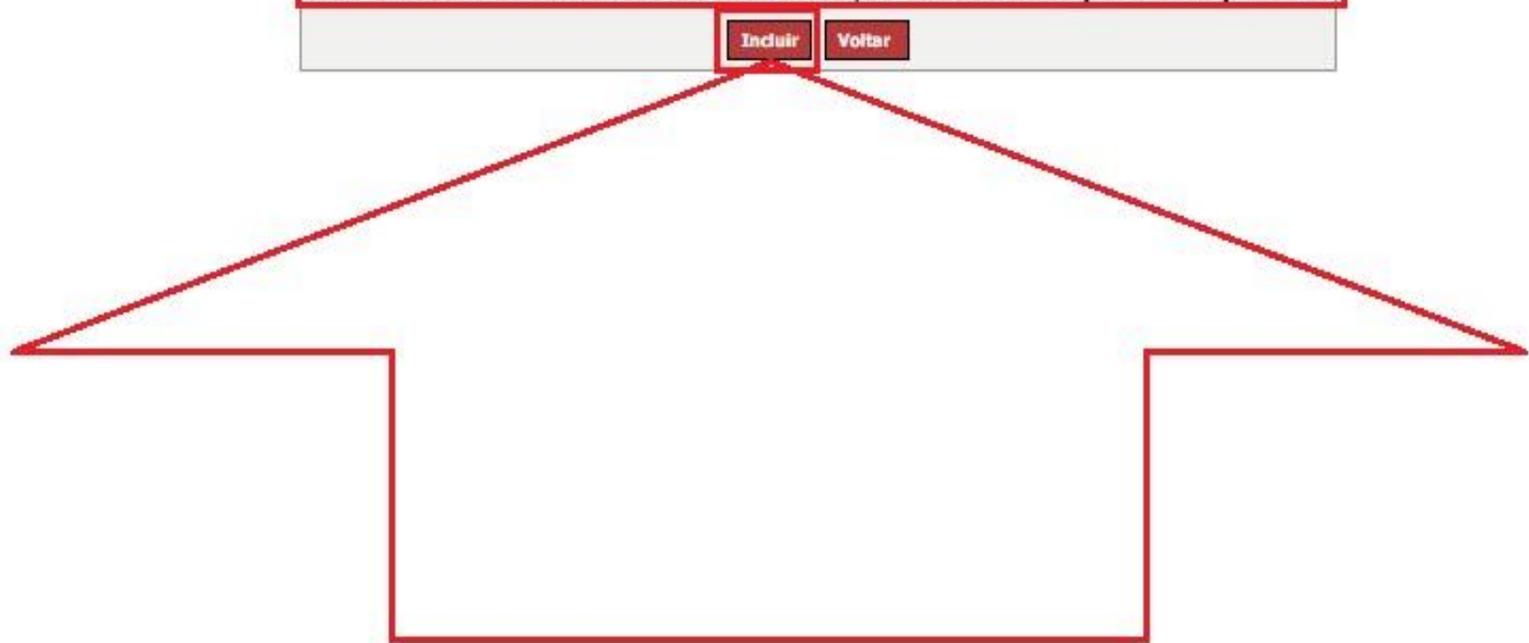
É importante cadastrar o documento CRM do médico no sistema do SIAPI. Para informar os dados do documento do CRM do médico, clique no botão "Outros documentos", conforme indicado na figura acima.

Pessoa
Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Documentos de Identificação

Não existem documentos de identificação cadastrados para esta pessoa!

Incluir Voltar



Neste exemplo, clique no local indicado pela seta em vermelho para incluir o documento CRM do médico corretamente.

The image shows a web form titled "Manutenção de Documentos de Identificação de Pessoa". At the top, there is a header "Pessoa" and a field "Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO". The main form contains several fields: "Tipo do Documento:*" with a dropdown menu set to "CRM"; "Número:*" with an empty text input; "Complemento:" with an empty text input; "Data:" with a date picker showing "(dd/mm/aaaa)"; and "Unidade Federativa:" with a dropdown menu set to "MINAS GERAIS". Below these is a large text area for "Observações:". At the bottom, there are two buttons: "Salvar" and "Cancelar". A red arrow points from the left towards the "Salvar" button. Another red arrow points from the left towards the "Tipo do Documento" dropdown. A third red arrow points from the left towards the "Número" input field. A large red arrow points downwards from the "Salvar" button.

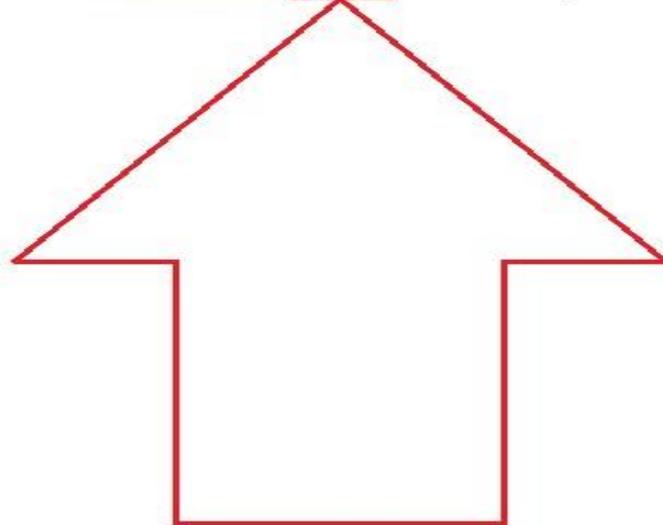
Neste exemplo fictício, selecione o tipo de documento "CRM", informe o número do CRM "123456789" e selecione a Unidade Federativa "MG" e depois clique no botão "Incluir" conforme indicado pela seta em vermelho.

Pessoa
Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Documentos de Identificação

	Tipo	Número	Complemento	Data	Situação
<input type="checkbox"/>	CRM	XXXXXX			

Incluir **Inutilizar** **Voltar**



Após informar os dados do documento CRM do médico na página anterior, clique no local indicado pela seta em vermelho conforme figura acima para voltar para a tela de cadastro de pessoa física do médico.

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Tipo: Pessoa Física - Externo

Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: Selezione... Estado Civil: Selezione...

Nome da Mãe: Nome do Pai:

Cor/Raça: Selezione... Nacionalidade: Selezione... Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: Selezione... Ocupação Principal: Cadastrear no botão correspondente abaixo.

Renda: Selezione... E-mail Pessoal: E-mail Institucional:

Documentos

CPF: RG: Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

Órgão Expedidor: UF do RG: Selezione... Seção: UF OAB: Selezione... Seção: Título de Eleitor: Zona: Seção:

Endereço Principal

CEP:(**) Somente números (sem pontos e traços) Cidade: BELO HORIZONTE

UF: MG Logradouro:(**) Não utilizar avenida, rua, treco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro: Complemento Logradouro: Número: Complemento: Bairro:

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(**) Campos de preenchimento obrigatório.

Salvar Cancelar

Outros Documentos Outros Endereços Telefones

Ocupação(s) Histórico Escolar

Após informar os dados do documento CRM do médico na página anterior, clique no local indicado pela seta em vermelho conforme figura acima para retornar a tela de pesquisa do médico (pessoa física).

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: *

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Lista de Pessoas Físicas Encontradas

	Nome	CPF	Outro Doc	Tipo	Nome Mãe	Cidade	Tipo Pessoa
<input type="radio"/>	NOME DO MEDICO COMPLETO		XXXXXXX	CRM		BELO HORIZONTE	Pessoa Física - Externo

Neste exemplo, clique no local indicado pela seta em vermelho para selecionar o médico corretamente e em sequência clique no botão "Selecionar" indicado pela seta em azul.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: *HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: *NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023
Profissão: _____
Acompanhante/Familiar/Responsável: _____
Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: _____

Prontuário: _____

Detalhes da Internação

Tipo de internação: *Involuntária
 Originada de Internação voluntária

N. comunicação: _____
Data: *27/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: *10:22 hh:mm

Leito (Apto/Quarto): _____

Impressão Diagnóstica (CID): *G30

Motivo(s) da Internação: *DEPENDÊNCIA QUÍMICA
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente): _____

Antecedentes Psiquiátricos: _____

Tempo estimado (dias): *15 a 21
Médico: *NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023

Contexto familiar: _____

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa): _____

Observações: _____

Status: *Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

salvar cancelar

Após informar o "Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado?" como sendo a opção "Não", é necessário verificar se o campo: "Status" está com a seguinte opção selecionada: "Encaminhada".

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: Prontuário:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: Hora:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Após verificar se todos os campos obrigatórios foram preenchidos. Orienta-se para que possa preencher todos os demais campos opcionais com relação ao cadastro da respectiva internação.

Internação

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome:

Profissão:

Acompanhante/Familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Prontuário:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: Originada de Internação voluntária

N. comunicação:

Data: Hora:

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias):

Médico:

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva internação.

Após informar pelo menos os campos obrigatórios foram preenchidos, lembrando que dentro do possível é importante preencher todos os demais campos opcionais, clique no botão "Salvar" indicado pela seta em vermelho.

Intimação **Alta**

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: HGP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto**
Nome: NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023
Profissão:
Acompanhante/Familiar/Responsável:
Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Prontuário:

Detalhes da Internação

Tipo de internação: **Involuntária**
 Originária de internação voluntária

N. comunicação:
Data: 27/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: 10:22 hh:mm
Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): 630
Motivo(s) da Internação: DEPENDÊNCIA QUÍMICA
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE
Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias): 15 a 21
Médico: NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023

Contexto familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Curatelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status: Encaminhada

Justificativa Retificação:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Caso tenham sido realizadas alterações/correções nos dados desta internação neste momento, é necessário clicar no botão: "Retificar" para que as respectivas alterações/correções nos dados desta internação sejam salvas.

Após clicar no botão "Salvar" indicado na página anterior, o sistema salvará os dados da internação cadastrados e para ter certeza se os dados da internação foram encaminhados, clique na opção "Imprimir".

SIAPI – IMPRIMIR OS DADOS DA INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA
SIAPI - Relatório/Formulário Internação

Data da comunicação/inclusão do encaminhamento de internação: 28/02/2023

Horário da comunicação/inclusão do encaminhamento de internação: 17h:46m:58seg

COMUNICAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS Nº:

1. ESTABELECIMENTO			
Nome: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG	CNPJ: 17.217.332/0039-06		
2. PACIENTE			
Nome: NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023	Estado Civil:		
Pal:	Mãe:		
Identidade Nº:	Órgão Exp.:	U.F.:	CPF:
Naturalidade:	U.F.:	Data de Nascimento:	
Nacionalidade:	Profissão:		
Endereço:			
Acompanhante/Responsável			
Nome:	Grau de parentesco:		
Endereço:			
RG:	Telefone:		
Assinatura			
3. INTERNAÇÃO			
Data: 27/02/2023	Hora: 10:22	CID: G30	
Tipo de internação: Involuntária			
Leito (Apto/Quarto):			
Motivo da Internação:		-QUADRO DEPRESSIVO GRAVE	
-DEPENDÊNCIA QUÍMICA			
Justificativa da Involuntariedade:			
Motivo de discordância do paciente quanto à internação:			
Antecedentes psiquiátricos:			
Tempo estimado da internação (dias): 15 a 21			
Médico Responsável pela Internação: NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023			
Assinatura e Carimbo com nº do CRM:			
Contexto familiar:			
4. CAPACIDADE CIVIL DO PACIENTE: Interditado/Curatelado?			
Não			
5. DADOS SOBRE TIPO DE BENEFÍCIO E VALOR (FAIXA):			
Observações:			

Data e horário de emissão deste relatório: 15/02/2023 às 12h:38min:21seg

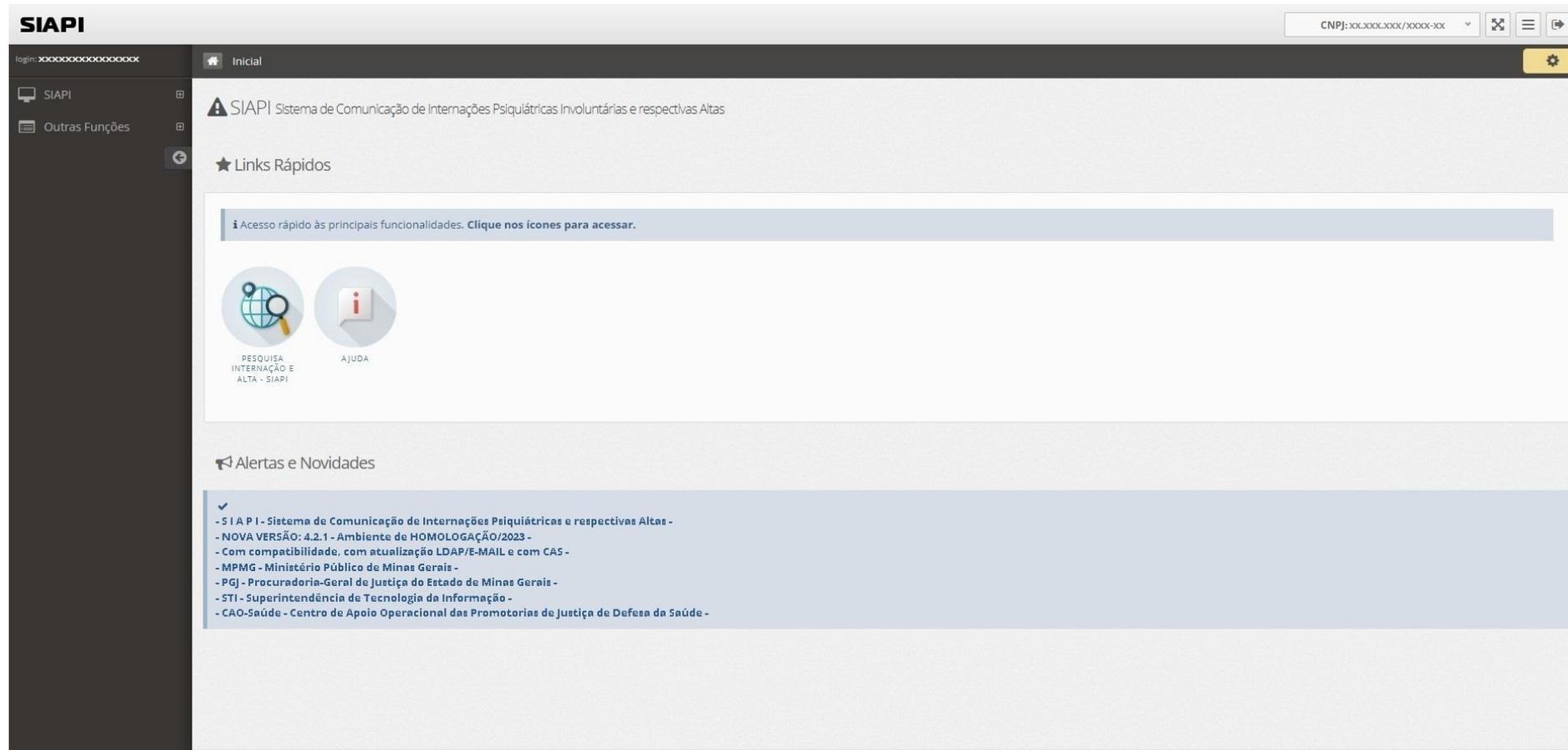
- Após clicar no botão “Imprimir” indicado na página anterior, o sistema gerará o seguinte relatório indicado na figura acima com relação aos dados da internação encaminhada/incluída/cadastrada no SIAPI.

SIAPI

- Após realizarmos o cadastro no SIAPI a internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", cujo paciente foi internado no estabelecimento/instituição "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia "27/02/2023", iremos cadastrar a respectiva alta desta internação.
- Para que possamos cadastrar a alta referente à internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", cujo paciente foi internado no estabelecimento/instituição "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia "27/02/2023", temos que primeiramente procurar a respectiva internação involuntária na qual iremos lançar a respectiva alta.

SIAPI

- Assim, iremos realizar uma pesquisa para localizar a internação involuntária (neste exemplo fictício), informando o estabelecimento/instituição “HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG” e informando o período provável da respectiva internação involuntária: 01/02/2023 à 28/02/2023.
- Para que possamos cadastrar a alta referente à internação involuntária, temos que primeiramente procurar a respectiva internação involuntária na qual iremos lançar a respectiva alta.



Tela principal do SIAPÍ para os usuários dos estabelecimentos de saúde.

SIAPÍ

login:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

log:XXXXXXXXXXXX/XXXX-XX

Inicial

SIAPÍ Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias e respectivas Altas

Links Rápidos

Acesso rápido às principais funcionalidades. Clique nos ícones para acessar.

PESQUISA INTERNAÇÃO E ALTA - SIAPÍ

AJUDA

Alertas e Novidades

- SIAPÍ - Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas -
- NOVA VERSÃO: 4.2.1 - Ambiente de HOMOLOGAÇÃO/2023 -
- Com compatibilidade, com atualização LDAP/E-MAIL e com CAS -
- MPMG - Ministério Público de Minas Gerais -
- PGJ - Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais -
- STI - Superintendência de Tecnologia da Informação -
- CAO-Saúde - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde -

Antes de incluir/encaminhar internação/alta, é necessário que primeiro seja realizada uma pesquisa (clicando no item indicado pela seta em vermelho) antes incluir/encaminhar internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.

SIAPI CNPJ: xxx.xxx.xxx/xxxx-xx

Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome:

Instituição: **HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG**

Período Internação/Alta: à Status:

Médico:

Internações em aberto

Assim, foi selecionada a instituição: "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" e foi informado o período da pesquisa: "01/02/2023" à "28/02/2023" e em sequência, foi clicado no botão "pesquisa".

SIAPI CNPJ: xxx.xxx.xxx/xxxx-xx

Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome: N.Prontuário:

Instituição: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Período Internação/Alta: 01/02/2023 a 28/02/2023 dd/mm/aaaa Status:

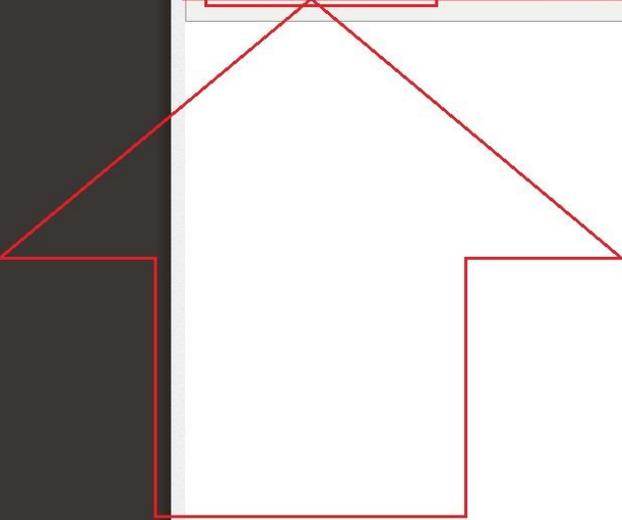
Médico:

Internações em aberto ?

Lista de Comunicação de Internação e Alta Total de Registros apresentados: 1

Página(s): 1

	Nome	Instituição	Nro Prontuário	Tipo Internação	Data Internação	Status Internação	Data Alta	Status Alta
<input type="checkbox"/>	NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	27/02/2023	Encaminhada		



Constatou-se que foi encontrada a internação involuntária do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023" internado no "HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG" no dia 27/02/2023.

SIAPI CNPJ: xxx.xxx.xxx/xxxx-xx

Home / SIAPI / Pesquisa Internação e Alta

Pesquisa Internação e Alta (Obs.: Realize primeiro uma pesquisa antes encaminhar/incluir internação/alta para evitar cadastro em duplicidade.)

Nome: N.Prontuário:

Instituição: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG

Período Internação/Alta: 01/02/2023 a 28/02/2023 dd/mm/aaaa Status:

Médico:

Internações em aberto ?

Lista de Comunicação de Internação e Alta Total de Registros apresentados: 1

Página(s): 1

	Nome	Instituição	Nro Prontuário	Tipo Internação	Data Internação	Status Internação	Data Alta	Status Alta
<input type="checkbox"/>	NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023	HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		Involuntária	27/02/2023	Encaminhada		

Assim, para que seja encaminhada/incluída a alta desta respectiva internação do paciente: "NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023", basta clicar em cima do nome do paciente conforme indicado pela seta em vermelho.

Intimação **Alta**

Usuário responsável pelo cadastro: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Paciente

Instituição: HGP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto**

Nome: NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023
Prontuário:

Profissão:

Acompanhante familiar/Responsável:

Grau de Parentesco do Acompanhante familiar/Responsável:

Detalhes da Internação

Tipo de Internação: **Involuntária**
 Originária de Internação voluntária

N. de Comunicação:

Data: 27/02/2023 (dd/mm/aaaa Hora: 10:22 hh:mm)

Leito (Apto./Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID):

Motivo(s) da Internação: DEPENDENCIA QUIMICA
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo da discordância (Transcrever a fala do paciente):

Antecedentes Psiquiátricos:

Tempo estimado (dias): 15 a 21
Médico: NOME DO MEDICO - TESTE NOVO TESTE - 2023

Consenso familiar:

Capacidade Civil do paciente: Interditado/Cutelado? Sim Não Informação ignorada

Tipo de benefício e valor (faixa):

Observações:

Status: Encaminhada

Justificativa de Encaminhamento:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Caso tenham sido realizadas alterações/correções nos dados desta internação neste momento, é necessário clicar no botão: Retificar (para que as respectivas alterações/correções nos dados desta internação sejam salvas).

retificar cancelar imprimir

Após clicar em cima do nome do paciente na página anterior, o sistema SIAPI irá abrir a aba internação. Para encaminhar a alta da respectiva internação, clique na aba "Alta" conforme indicado pela seta em vermelho.

Interação **Alta**

Paciente Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... X

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * dd/mm/aaaa Hora: * hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * ... X

Justificativa da Alta: ... X

Alta Solicitada por:

Médico: * ... X

Motivo saída do estabelecimento de saúde:

Observações:

Status: * Encaminhada ▼

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

Após clicar na aba "Alta" na pagina anterior, o SIAPI irá abrir esta nova tela (indicada na figura acima) para que o usuário informe os dados da alta a ser encaminhada/incluída diretamente no sistema SIAPI.

Interação Alta

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: *HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM

Paciente não apresentou documento de identificação com foto

Nome: *NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... X

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: ... X

Prontuário: ...

Detalhes da Alta

N. comunicação: ...

Data: .../.../aaaa Hora: * ...:hh:mm

Leito (Apto/Quarto): ...

Impressão Diagnóstica (CID): ... X

Justificativa da Alta: ... X

Alta Solicitada por: ...

Motivo saída do estabelecimento de saúde: ...

Observações: ...

Status: Encaminhada

Os campos indicados com 02 (dois) asteriscos indicam que o preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Os campos indicados com 01 (um) asterisco indicam que o preenchimento é obrigatório.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir

Para encaminhar/incluir uma alta via SIAPI, é importante salientar que os campos indicados com 01 asterisco é obrigatório e um dos campos é obrigatório quando tiver 02 asteriscos, conforme indicado na figura acima.

Internação **Alta**

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... x

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apel/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * ... x

Justificativa da Alta: ... x

Alta Solicitada por:

Médico: ... x

Motivo saída do estabelecimento de saúde:

Observações:

Status: * Encaminhada ▾

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

Após informar a data da alta: "28/02/2023" e a hora da alta: "18:08". Assim, para informar o campo: "Impressão Diagnóstica (CID)", clique no botão indicado pela seta em vermelho.

The image shows a web form titled "Pesquisa CID". It contains two input fields: "Código CID:" which is empty, and "Descrição CID:" which contains the text "Doença de Alzheimer". Below these fields is a red button labeled "pesquisa". A large red arrow points from the button towards the bottom of the frame.

Pesquisa CID	
Código CID:	<input type="text"/>
Descrição CID:	<input type="text" value="Doença de Alzheimer"/>
<input type="button" value="pesquisa"/>	

Após clicar no campo: "Impressão Diagnóstica (CID)", informe a seguinte descrição no campo CID: "Doença de Alzheimer" e em sequência clique no botão "pesquisa" indicado pela seta em vermelho.

Pesquisa CID

Código CID:

Descrição CID:

pesquisa

Lista CID

	CID	Descrição CID
<input type="checkbox"/>	G308	Outras formas de doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	G309	Doença de Alzheimer não especificada
<input type="checkbox"/>	G301	Doença de Alzheimer de início tardio
<input type="checkbox"/>	G300	Doença de Alzheimer de início precoce
<input checked="" type="checkbox"/>	G30	Doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	F009	Demência não especificada na doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	F002	Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista
<input type="checkbox"/>	F001	Demência na doença de Alzheimer de início tardio
<input type="checkbox"/>	F000	Demência na doença de Alzheimer de início precoce
<input type="checkbox"/>	F00	Demência na doença de Alzheimer

seleciona **cancelar**

Neste exemplo, clique no local indicado pela seta azul para selecionar "G30 - Doença de Alzheimer" e em sequência clique no botão "seleciona" indicado pela seta em vermelho.

Interação Alta

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... X

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável: _____

Prontuário: _____

Detalhes da Alta

N. comunicação: _____

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apto/Quarto): _____

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... X

Justificativa da Alta: ... X

Alta Solicitada por: _____

Motivo saída do estabelecimento de saúde: * Médico: * ... X

Observações: _____

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir

Após informar o campo: "Impressão Diagnóstica (CID)" na página anterior, é necessário informar o campo: "Médico". Desta forma, clique no botão indicado pela seta em vermelho.

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: * CRM

Número: * 11112222 Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Nesta tela, informe os dados do médico para realizar a pesquisa. Neste caso fictício, selecione o tipo do documento "CRM" e informe o número do CRM "11112222" e clique no botão "Pesquisar".

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: * ▼

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Não existem pessoas físicas com estas especificações!

Após clicar no botão "Pesquisar" na página anterior, o sistema informou que "Não existem pessoas físicas com estas especificações!". Neste caso, então clique no botão "Incluir Pessoa Física".

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Os campos indicados com 01 (um) asterisco indicam que o preenchimento é obrigatório.

Tipo: **Pessoa Física - Externo**

Nome:

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: **Selecione...**

Estado Civil: **Selecione...**

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Cor/Raça: **Selecione...**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Selecione...** Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: **Selecione...**

Ocupação Principal: Cadastrar no botão correspondente abaixo.

Renda: **Selecione...**

E-mail Pessoal:

E-mail Institucional:

Documentos

CPF:

RG: Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

Órgão Expedidor: UF do RG: **Selecione...**

Inscrição na OAB: UF OAB: **Selecione...** Seção:

Título de Eleitor: Zona: Seção:

Endereço Principal

CEP:(**) Somente números (sem pontos e traços)

UF: **MG** Cidade: **BELO HORIZONTE**

Logradouro:(**) Não utilizar avenida, rua, beco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro:

Complemento Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

É importante salientar que os campos indicados com 01 asterisco são obrigatórios. Neste exemplo fictício, informe o seguinte nome do médico:
“NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023”

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Tipo: **Pessoa Física - Externo**

Nome:

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: **Selecione...**

Estado Civil: **Selecione...**

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Cor/Raça: **Selecione...**

Nacionalidade: Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: **Selecione...**

Ocupação Principal: Cadastrar no botão correspondente abaixo.

Renda: **Selecione...**

E-mail Pessoal:

E-mail Institucional:

Documentos

CPF:

RG: Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

Órgão Expedidor: UF do RG: **Selecione...**

Inscrição na OAB: UF OAB: **Selecione...** Seção:

Título de Eleitor: Zona: Seção:

Endereço Principal

CEP:(**) Somente números (sem pontos e traços)

UF: **MG** Cidade: **BELO HORIZONTE**

Logradouro:(**) Não utilizar avenida, rua, beco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro:

Complemento Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

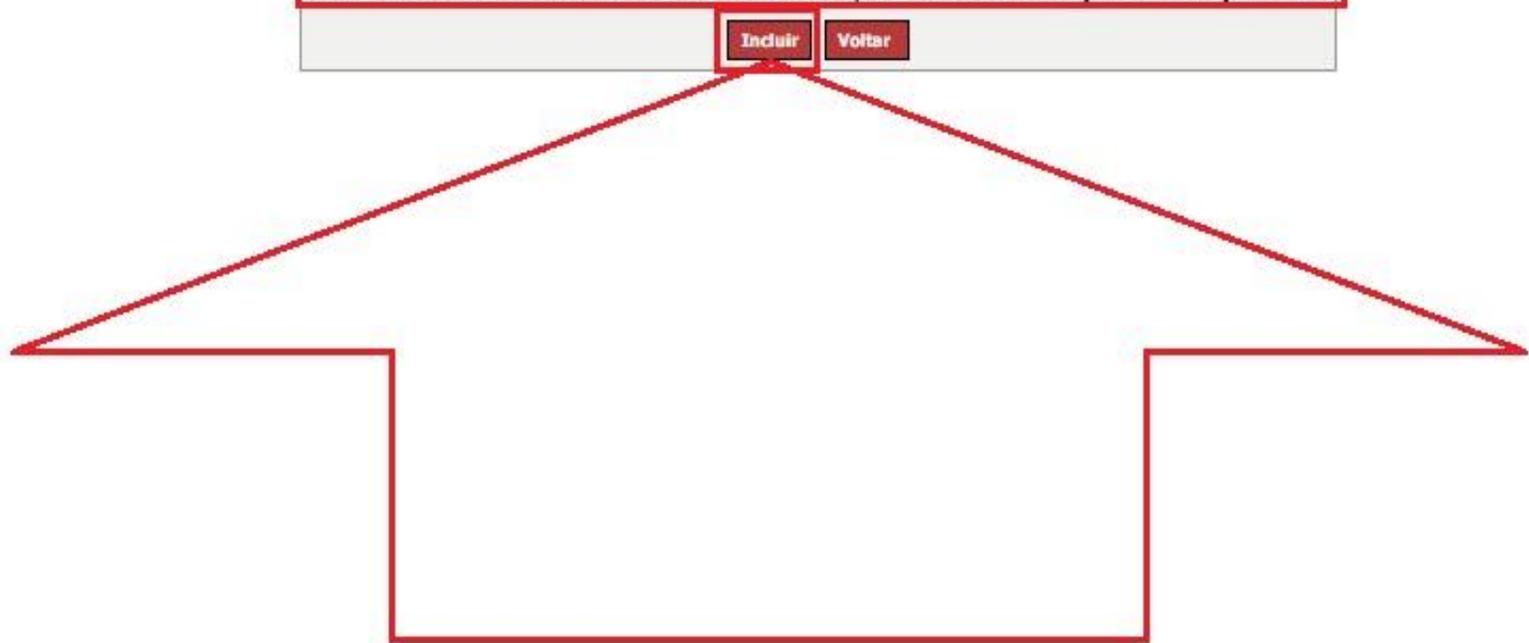
É importante cadastrar o documento CRM do médico no sistema do SIAPI. Para informar os dados do documento do CRM do médico, clique no botão "Outros documentos", conforme indicado na figura acima.

Pessoa
Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Documentos de Identificação

Não existem documentos de identificação cadastrados para esta pessoa!

Incluir Voltar

A red arrow originates from the 'Incluir' button and points downwards and outwards, forming a large inverted triangle shape. The arrow's shaft is a solid red line, and its tip is a red arrowhead pointing towards the 'Incluir' button.

Neste exemplo, clique no local indicado pela seta em vermelho para incluir o documento CRM do médico corretamente.

The image shows a web form titled "Manutenção de Documentos de Identificação de Pessoa". At the top, there is a header "Pessoa" and a field "Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO". The main form contains the following fields:

- "Tipo do Documento:*" with a dropdown menu set to "CRM".
- "Número:*" with an empty text input field.
- "Complemento:" with an empty text input field.
- "Data:" with an empty date input field and a placeholder "(dd/mm/aaaa)".
- "Unidade Federativa:" with a dropdown menu set to "MINAS GERAIS".
- "Observações:" with a large empty text area.

At the bottom of the form, there are two buttons: "Salvar" and "Cancelar". A red arrow points from the left towards the "Salvar" button. Another red arrow points from the left towards the "Unidade Federativa" dropdown. A large red arrow points downwards from the "Salvar" button area.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

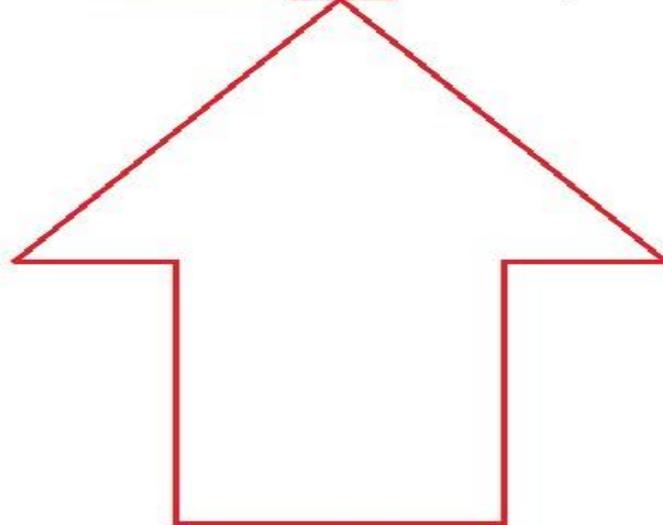
Neste exemplo fictício, selecione o tipo de documento "CRM", informe o número do CRM "11112222" e selecione a Unidade Federativa "MG" e depois clique no botão "Incluir" conforme indicado pela seta em vermelho.

Pessoa
Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Documentos de Identificação

	Tipo	Número	Complemento	Data	Situação
<input type="checkbox"/>	CRM	XXXXXX			

Incluir **Inutilizar** **Voltar**



Após informar os dados do documento CRM do médico na página anterior, clique no local indicado pela seta em vermelho conforme figura acima para voltar para a tela de cadastro de pessoa física do médico.

Manutenção de Informações de Pessoa Física

Informações Gerais

Tipo: Pessoa Física - Externo

Nome: NOME DO MEDICO COMPLETO

Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Data de Óbito: (dd/mm/aaaa)

Sexo: Selezione... Estado Civil: Selezione...

Nome da Mãe: Nome do Pai:

Cor/Raça: Selezione... Nacionalidade: Selezione... Se for POLIPÁTRIDA, cadastrar no botão correspondente abaixo.

Grau de Instrução: Selezione... Ocupação Principal: Cadastrear no botão correspondente abaixo.

Renda: Selezione... E-mail Pessoal: E-mail Institucional:

Documentos

CPF: RG: Data Expedição: (dd/mm/aaaa)

Órgão Expedidor: UF do RG: Selezione... Seção: UF OAB: Selezione... Seção: Título de Eleitor: Zona: Seção:

Endereço Principal

CEP:(**) Somente números (sem pontos e traços) Cidade: BELO HORIZONTE

UF: MG Logradouro:(**) Não utilizar avenida, rua, treco, travessa, vila, etc.

Tipo Logradouro: Complemento Logradouro: Número: Complemento: Bairro:

(**) Campos de preenchimento obrigatório para pesquisa de endereços.

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

Salvar Cancelar

Outros Documentos Outros Endereços Telefones

Ocupação(s) Histórico Escolar

Após informar os dados do documento CRM do médico na página anterior, clique no local indicado pela seta em vermelho conforme figura acima para voltar para a tela de pesquisa de pessoa física do médico.

Pesquisa de Pessoa Física

Nome: *

Tipo do Documento: *

Número: * Somente números (sem pontos e traços)

Nome Mãe: *

Nome Pai: *

(*) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Lista de Pessoas Físicas Encontradas

	Nome	CPF	Outro Doc	Tipo	Nome Mãe	Cidade	Tipo Pessoa
<input type="radio"/>	NOME DO MEDICO COMPLETO		XXXXXXX	CRM		BELO HORIZONTE	Pessoa Física - Externo

Neste exemplo, clique no local indicado pela seta em vermelho para selecionar o médico corretamente e em sequência clique no botão “Selecionar” indicado pela seta em azul.

Internação **Alta**

Paciente Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... ✕
Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: 18:08 h:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... ✕

Justificativa da Alta: ... ✕

Alta Solicitada por:

Médico: * NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023 ... ✕

Motivo saída do estabelecimento de saúde: *

Observações:

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir

Após informar o campo: “Médico” na página anterior, é necessário informar o campo: “Motivo saída do estabelecimento de saúde:” como sendo “Alta médica”.

Internação Alta

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... ✕

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... ✕

Justificativa da Alta: ... ✕

Alta Solicitada por:

Médico: * NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023 ... ✕

Motivo saída do estabelecimento de saúde: * alta médica

Observações:

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir

Após informar o campo: "Motivo saída do estabelecimento de saúde:" como sendo "Alta médica". É necessário verificar se o campo: "Status" está com a seguinte opção selecionada: "Encaminhada".

Internação Alta

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... ✕

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... ✕

Justificativa da Alta: ... ✕

Alta Solicitada por:

Médico: * NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023 ... ✕

Motivo saída do estabelecimento de saúde: * alta médica

Observações:

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir

Após verificar se todos os campos obrigatórios foram preenchidos. Orienta-se para que possa preencher todos os demais campos opcionais com relação ao cadastro da respectiva alta.

Internação Alta

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... x

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... x

Justificativa da Alta: ... x

Alta Solicitada por:

Médico: * NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023 ... x

Motivo saída do estabelecimento de saúde: * alta médica

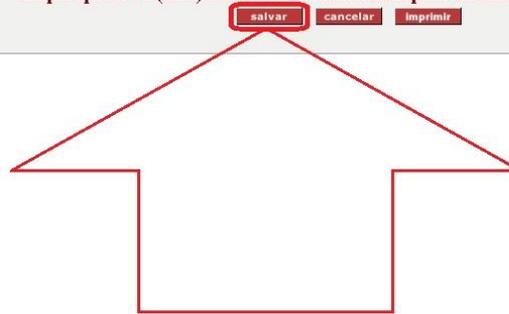
Observações:

Status: * Encaminhada

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Clique apenas 01 (uma) única vez no botão salvar para encaminhar a respectiva alta.

salvar cancelar imprimir



Após informar pelo menos os campos obrigatórios foram preenchidos, lembrando que dentro do possível é importante preencher todos os demais campos opcionais, clique no botão "Salvar" indicado pela seta em vermelho.

Internação **Alta**

Usuário responsável pelo cadastro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Paciente

Instituição: * HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEM
 Paciente não apresentou documento de identificação com foto **

Nome: ** NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023 ... X Prontuário:

Acompanhante/Familiar/Responsável: ... X

Grau de Parentesco do Acompanhante/Familiar/Responsável:

Detalhes da Alta

N. comunicação:

Data: * 28/02/2023 dd/mm/aaaa Hora: * 18:08 hh:mm

Leito (Apto/Quarto):

Impressão Diagnóstica (CID): * G30 ... X

Justificativa da Alta: ... X

Alta Solicitada por:

Médico: * NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023 ... X

Motivo saída do estabelecimento de saúde: * alta médica

Observações:

Status: * Encaminhada

Justificativa Retificação:

(*) Campos de preenchimento obrigatório.
(**) O preenchimento de pelo menos um dos campos é obrigatório.

Caso tenham sido realizadas alterações/correções nos dados desta alta neste momento, é necessário clicar no botão "retificar" para que as respectivas alterações/correções nos dados desta alta sejam salvas).

Após clicar no botão "Salvar" indicado na página anterior, o sistema salvará os dados da alta cadastrados e para ter certeza se os dados da alta foram encaminhados, clique na opção "Imprimir".

SIAPI – IMPRIMIR OS DADOS DA ALTA



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA
SIAPI - Relatório/Formulário Alta

Data da comunicação/inclusão do encaminhamento da alta: 01/Março/2023

Horário da comunicação/inclusão do encaminhamento da alta: 11h:26min:13seg

COMUNICAÇÃO DA ALTA PSIQUIÁTRICA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS

Nº : 1122334455

1. ESTABELECIMENTO			
Nome: HGIP - HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG		CNPJ: 17.217.332/0039-06	
2. PACIENTE			
Nome: NOME COMPLETO DO PACIENTE TESTE 2023			
Pai:		Mãe:	
Identidade N°:	Órgão Exp.:	U.F.:	CPF:
Naturalidade:	U.F.:	Nacionalidade:	
Data de Nascimento:	Estado Civil:		
Profissão:			
Endereço:			
3. ALTA			
Data: 28/02/2023	Hora: 18:08	CID: G30	
Leito (Apto/Quarto):			
Justificativa da Alta:			
Médico Responsável pela Alta: NOME DO MEDICO COMPLETO DA ALTA - FEVEREIRO/2023			
Assinatura e Carimbo com nº do CRM			
Familiar Responsável pelo paciente:			
Identidade N°:	Órgão Exp.:	U.F.:	
Grau de Parentesco:			
Assinatura do Responsável			
4. ALTA SOLICITADA POR:			
5. MOTIVO DA SAÍDA DO HOSPITAL:			
ALTA MÉDICA			
6. OBSERVAÇÕES:			

Data e horário de emissão deste relatório: 15/Satembro/2023 às 14h:04min:18seg

- Após clicar no botão “Imprimir” indicado na página anterior, o sistema gerará o seguinte relatório indicado na figura acima com relação aos dados da alta encaminhada/incluída/cadastrada no SIAPI.

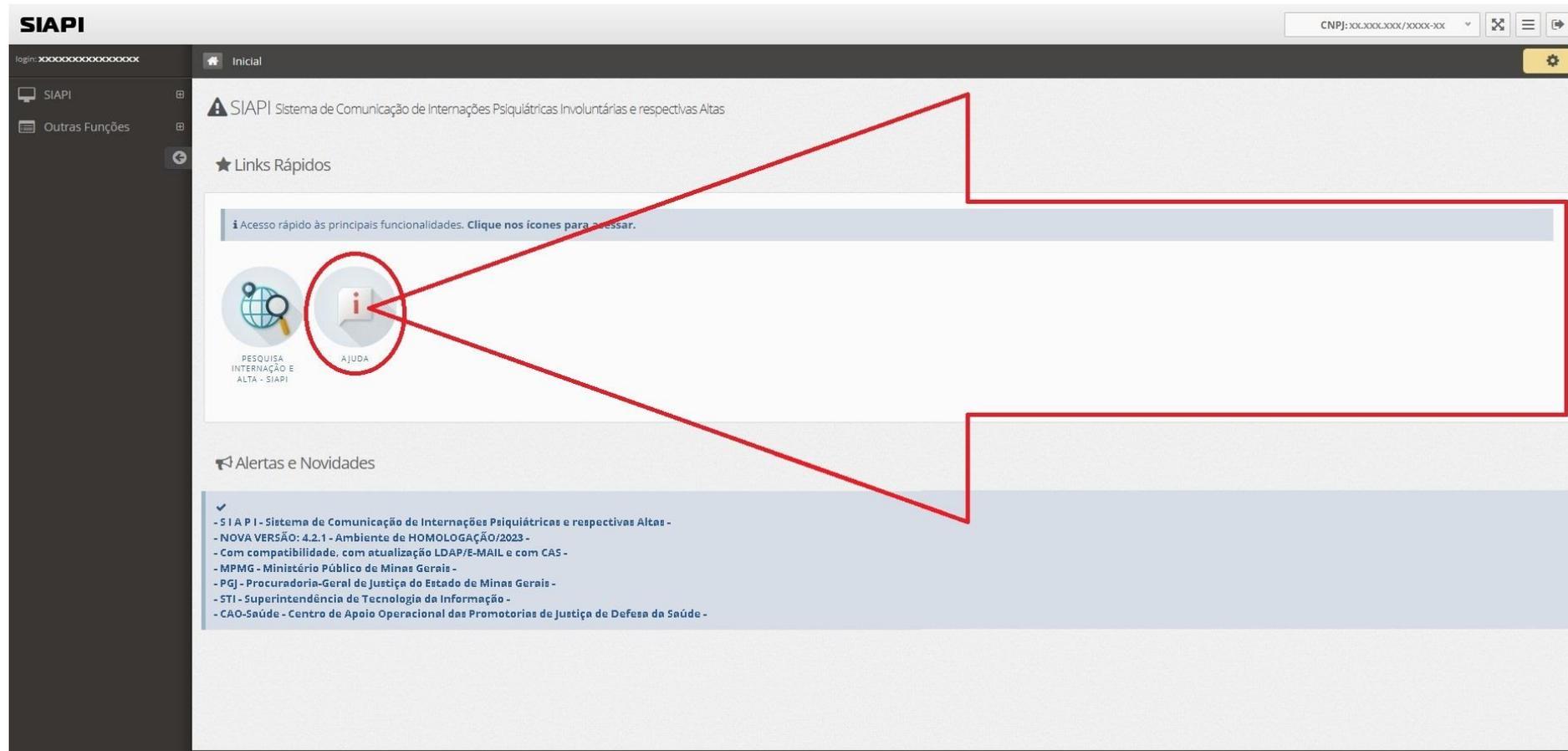


Ajuda



Trocar a sua senha

SIAPI – OUTRAS FUNÇÕES



Para acessar o recurso de "Ajuda" a partir da tela principal do SIAPI, clique na opção "Ajuda" conforme indicado pela seta em vermelho na figura acima.

SIAPI CNPJ: 304.300.300/3000-30

login:XXXXXXXXXXXXX Home / Outras Funções / Ajuda

Ajuda - SIAPI Clique no botão de interrogação para ver o ajuda.

1- como cadastrar uma Internação

Para cadastrar uma internação, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- É obrigatório realizar a pesquisa (informando os parâmetros) para verificar se a internação já foi cadastrada ou não no sistema
- 5- Após realizar a pesquisa e constatar que a internação não foi cadastrada, então clique no botão incluir
- 6- Na tela de cadastro que irá abrir, informe os dados da internação
- 7- Informe o campo status (Informe encaminhada se for encaminhada ao Ministério Público)
- 8- Clique no botão salvar para gravar o formulário de internação

*se o formulário de internação for encaminhado depois de 72 horas da internação o sistema exibe um botão para justificar o encaminhamento acima do prazo.

2- como pesquisar uma internação/alta

Para pesquisar uma internação ou alta, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- Após realizar a pesquisa e retornar resultados, clique no nome do paciente para consultar a internação/alta do paciente
- 5- Se desejar visualizar os dados de alta, clique na aba alta

3- como alterar uma internação/alta cadastrada que não foi encaminhada

Para alterar/retificar uma internação/alta, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- Após realizar a pesquisa e retornar resultados, clique no nome do paciente para alterar/retificar a internação/alta do paciente
- 5- Se for alterar/retificar a internação clique na aba internação
- 6- Se for alterar/retificar a alta clique na aba alta
- 7- Altere/retifique os dados (o paciente não é permitido alterar)
- 8- Clique no botão retificar para gravar as alterações

4- como cadastrar a alta

Para cadastrar uma alta, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- Após realizar a pesquisa e retornar resultados, clique no nome do paciente para exibir a internação do paciente na qual será lançada a alta
- 5- Clique na aba alta
- 6- Informe os dados da alta
- 7- Clique no botão salvar para gravar os dados

5- como imprimir o formulário de comunicação de internação ou alta

Para imprimir o formulário de comunicação de internação ou alta, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- Após realizar a pesquisa e retornar resultados, clique no nome do paciente para exibir a internação do paciente
- 5- Se for imprimir o formulário de internação, clique no botão imprimir que está disponível dentro da aba internação
- 6- Se for imprimir o formulário de alta, clique na aba alta e depois clique no botão imprimir que está disponível dentro da aba alta
- 7- Clique no botão imprimir no ítem da tela
- 8- Na janela que abrir clique no botão de impressora
- 9- Depois de imprimir fechar a janela do formulário

6- como retificar uma internação/alta encaminhada ao Ministério Público

Para retificar uma internação/alta, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no item Pesquisa Internação e Alta na tela principal do SIAPI
- 2- Informe o campo Período Internação/Alta e a Instituição. Se desejar informe mais campos para pesquisar
- 3- Clique no botão pesquisa
- 4- Após realizar a pesquisa e retornar resultados, clique no nome do paciente para alterar/retificar a internação/alta do paciente
- 5- Se for alterar/retificar a internação clique na aba internação
- 6- Se for alterar/retificar a alta clique na aba alta
- 7- Altere/retifique os dados (o paciente não é permitido alterar)
- 8- Clique no botão retificar para gravar as alterações

7- como cadastrar um paciente, acompanhante ou familiar responsável

Para cadastrar paciente, acompanhante ou familiar responsável, siga os passos abaixo:

- 1- Clique no botão de três pontos no respectivo campo na tela de cadastro da internação/alta
- 2- Na tela que abre informe o nome
- 3- Clique no botão pesquisar para saber se foi cadastrado
- 4- sendo exat, clique no botão incluir Pessoa Física
- 5- Informe os dados e clique no botão salvar

Após clicar na opção "Ajuda" na página anterior, o sistema irá abrir a seguinte tela conforme indicada na figura acima com as informações de ajuda visando orientar os usuários com relação ao SIAPI.

The screenshot displays the SIAPI web application interface. On the left sidebar, the menu item "Trocar a sua senha" is highlighted with a red box and a red arrow pointing upwards. The main content area features a header with the SIAPI logo and system name, a "Links Rápidos" section with icons for "PESQUISA INTERNAÇÃO E ALTA - SIAPI" and "AJUDA", and an "Alertas e Novidades" section with a list of updates.

SIAPI

login:xxxxxxxxxxxxxxxx

Inicial

SIAPI Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias e respectivas Altas

Links Rápidos

Acesso rápido às principais funcionalidades. Clique nos ícones para acessar.

PESQUISA INTERNAÇÃO E ALTA - SIAPI

AJUDA

Alertas e Novidades

- SI A P I - Sistema de Comunicação de Internações Psiquiátricas e respectivas Altas -
- NOVA VERSÃO: 4.2.1 - Ambiente de HOMOLOGAÇÃO/2023 -
- Com compatibilidade, com atualização LDAP/E-MAIL e com CAS -
- MPMG - Ministério Público de Minas Gerais -
- PGJ - Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais -
- STI - Superintendência de Tecnologia da Informação -
- CAO-Saúde - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde -

Para acessar o recurso de "Trocar a sua senha" a partir da tela principal do SIAPI, clique no item indicado pela seta em amarelo e depois clique na opção "Trocar a sua senha" conforme indicado pela seta em vermelho.

SIAPI CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx

login:xxxxxxxxxxxxxxxx Home / Outras Funções / Trocar a sua senha

SIPI
Outras Funções
Ajuda
Trocar a sua senha

Cadastro - Alteração de Senha

Usuário: NOME COMPLETO DO USUÁRIO
Login: LOGIN DO USUÁRIO

Senha Atual: *
Nova Senha: *
Confirmação de Nova Senha: *

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

Salvar **Voltar**

CRITÉRIOS PARA CRIAÇÃO DE SENHA:

Tamanho da Senha:
No mínimo 11 caracteres e no máximo 128 caracteres.

Caracteres Exigidos:
Letras maiúsculas
Letras minúsculas
Números

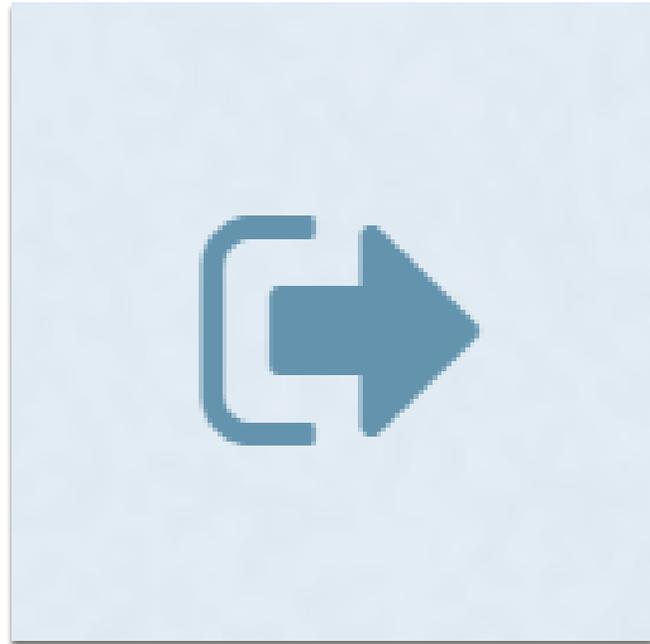
Restrições:
Sequências alfabéticas, numéricas ou de caracteres adjacentes no teclado;
Informações de cunho pessoal, como nomes próprios, datas comemorativas etc.;
Palavras simples e de uso cotidiano, salvo frases com mais de 20 caracteres;

ORIENTAÇÕES DE SEGURANÇA:

- Não forneça sua senha a terceiros;
- Não guarde senhas em arquivos digitais;
- Não anote senhas em papéis;

O MPMG não solicita qualquer informação pessoal por e-mail, especialmente senhas.

Para trocar a senha, informo a sua senha atual no campo indicado em vermelho e informe a nova senha nos dois campos indicados em azul e depois clique no botão "Salvar" indicado pela seta em vermelho.



Efetuar o LOGOFF – Sair do Sistema SIAPI

SIAPI – EFETUAR O LOGOFF – SAIR DO SISTEMA

The screenshot shows the SIAPI system interface. At the top right, there is a user profile icon circled in red. A red callout box with a white background and red border contains the text: **Clique no ícone indicado pela seta em vermelho para >>Efetuar o LOGOFF – Sair do Sistema SIAPI<<**. A red arrow points from the bottom of the callout box to the user profile icon. The main content area includes a navigation menu on the left, a header with the SIAPI logo and name, a 'Links Rápidos' section with icons for 'PESQUISA INTERNAÇÃO E ALTA - SIAPI' and 'AJUDA', and an 'Alertas e Novidades' section with a list of system updates and affiliations.

Para efetuar o LOGOFF – Sair do Sistema SIAPI a partir da tela principal do SIAPI, clique no item indicado pela seta em vermelho.

The screenshot shows the SIAPI web application interface. At the top, the user is logged in as 'Login:XXXXXXXX' and the system name 'SIAPI' is visible. The main content area includes a 'Links Rápidos' section with a button labeled 'Deseja sair Login:XXXXXXXX?'. A modal dialog box is open, asking for confirmation to log out, with 'Sim' and 'Não' buttons. Red arrows highlight the 'Deseja sair' button and the 'Sim' button. A text box with red arrows pointing to the 'Sim' button contains the following text:

Para efetuar o LOGOFF/Sair do SIAPI, clique na opção "Sim" (na opção indicada pelas setas em vermelho) visando confirmar a solicitação para efetuar o LOGOFF/Sair do SIAPI.

Para efetuar o LOGOFF/Sair do SIAPI, clique na opção "Sim" (na opção indicada pelas setas em vermelho) visando confirmar a solicitação para efetuar o LOGOFF/Sair do SIAPI.



Sessão encerrada com sucesso!

Voltar

Após clicar em “Sim” (na tela na página anterior) confirmando a solicitação para efetuar o LOGOFF/Sair do SIAPI, assim é efetuado o LOGOFF/Saída e é encerrada a sessão do usuário com sucesso.



Este novo tutorial de
apresentação e
orientação de uso do
SIAPI foi elaborado por
Wanderson Soares
wandersonsoares@mpmg.mp.br