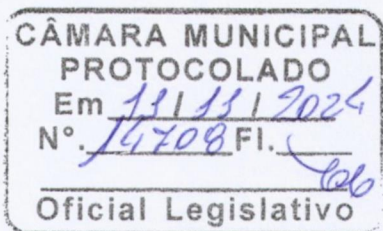




CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS



PROJETO DE LEI n° 47/2024

Estabelece e regulamenta o Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria n° 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), visando garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no Município de origem por falta de condições técnicas e dá outras providências.

Paulo Renato Cortelini, Prefeito Municipal de São Francisco de Assis, no uso de suas atribuições legais, faço saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a presente Lei:

Art. 1º - Fica determinada a concessão de despesas e ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica ou de qualquer outra Unidade de Saúde do Município de São Francisco de Assis, para outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Art. 2º - Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.

Art. 3º - O programa oferece:

I – Consulta tratamento ambulatorial, hospitalar/cirúrgico previamente agendado;

II - Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem;

III - Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.



CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS

Art. 4º - O Tratamento fora do domicílio poderá ser autorizado para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS:

I - Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;

II - Somente para municípios referência com distância superior a 50 km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou 200 milhas por transporte aéreo.

Art. 5º - Para obter o tratamento é preciso:

I - Laudo médico, próprio do TFD, (Tratamento Fora do Município) devidamente preenchido pelo médico solicitante (médico assistente do município), onde será informada a necessidade do paciente realizar o tratamento fora de sua cidade.

II - O laudo deverá ser preenchido em 03 (três) vias, no qual deverá ficar bem caracterizada a problemática médica do paciente.

III - Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:

- a) Laudo Médico;
- b) Xerox de Exames;
- c) Xerox de: Certidão de nascimento (paciente menor de idade) ou carteira de identidade (paciente maior de idade); e
- d) Xerox da carteira de identidade do acompanhante se houver.

IV - Este laudo será encaminhado à Coordenação do TFD do Município onde será avaliado pelo médico.

Art. 6º - As despesas que podem ser pagas pelo TFD:

I - Aquelas relativas a transporte aéreo ou terrestre, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD;



CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS

II - A Secretaria Municipal da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Municipal de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente.

Art. 7º - A responsabilidade pelo custeio do TFD:

I - A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos interestadual ou intermunicipal será via de regra, atribuído à Secretaria Municipal de Saúde, que utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS

JUSTIFICATIVA:

O presente Projeto de Lei visa regulamentar e ampliar o acesso ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para os pacientes do município de São Francisco de Assis. Este apoio estende-se a cidadãos que, por recomendação médica, necessitem de tratamentos especializados indisponíveis no município, que demandam deslocamento para outras cidades ou estados.

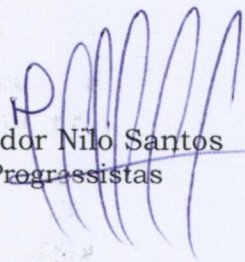
A necessidade de uma legislação específica se justifica pela complexidade e pelas dificuldades logísticas e financeiras enfrentadas pelos pacientes e, em alguns casos, pelos acompanhantes. A assistência financeira para transporte, hospedagem e alimentação durante o período de tratamento é essencial para reduzir o impacto econômico sobre as famílias que precisam buscar atendimento médico fora da cidade, especialmente em casos de média e alta complexidade.

Este Projeto de Lei busca assegurar o direito ao atendimento digno para os deslocamentos de saúde, criando normas claras para a concessão das ajudas de custo. A regulamentação proposta estabelece os critérios para concessão e custeio das despesas, garantindo que o processo seja justo, transparente e amparado em necessidades médicas comprovadas.

A aprovação desta Lei representa um compromisso com a saúde e a dignidade dos cidadãos, oferecendo uma solução prática para viabilizar o acesso a tratamentos especializados e fortalecendo o apoio àqueles que precisam buscar atendimento além das fronteiras do município.

São Francisco de Assis, 17 de outubro de 2024.

Cordialmente,


Vereador Nilo Santos
Progressistas

Exmo. Sr.
Ver. Franklin M. Pereira
Presidente da Câmara Municipal
N/C

E-mail: legisfa@terra.com.br Fone 3252 1288. Rua 13 de Janeiro, 535 CEP 97610 000

Secretaria da Saúde

Secretária de Estado: ARITA BERGMANN
End: Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º Andar
Porto Alegre/RS - 90119-900

Gabinete**PORTARIAS**

PORTARIA N.º 306/2010

DISPÕE SOBRE A CONCESSÃO DO SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL AOS PACIENTES DO SUS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições;

CONSIDERANDO a PT SES/RS nº 11/1994 que dispõe sobre a concessão de auxílio de tratamento fora do domicílio aos pacientes do SUS;

CONSIDERANDO a PT SAS/MS nº 55/1999 que dispõe sobre a rotina do TFD no SUS com a inclusão dos procedimentos específicos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS;

CONSIDERANDO a Resolução CIB/RS nº 69/2000 que trata das competências do TFD entre municípios e Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização das normas sobre o assunto, no que concerne ao Tratamento Fora do Domicílio Interestadual.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar as novas normas para a concessão de Tratamento Fora do Domicílio Interestadual (TFD), na forma dos anexos I e II.

Art.2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 20 de maio de 2010.

ARITA BERGMANN
Secretária de Estado da Saúde

ANEXO I
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL

DA DEFINIÇÃO

O Tratamento Fora do Domicílio Interestadual - TFD consiste em atendimento médico a ser prestado ao usuário, quando esgotados todos os recursos de tratamento, através do SUS, no Estado do Rio Grande do Sul, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a este tratamento.

DO BENEFÍCIO

O benefício do TFD Interestadual consiste no custeio do deslocamento e Ajuda de Custo ao usuário e seu acompanhante para fins de tratamento de acordo com as prerrogativas técnicas e administrativas desta Portaria.

DA SOLICITAÇÃO

O TFD Interestadual será sugerido pelo médico assistente ou por junta médica, mediante laudo médico de TFD (anexo II), preenchido de forma legível detalhada e sem rasuras, em todos os itens.

A Concessão de TFD Interestadual é exclusiva para tratamento e não para elucidação diagnóstica, ficando vedado o encaminhamento com auxílio para realização de exames ou investigação a critério médico indefinido.

Não haverá retroatividade na concessão do serviço, sendo válido a partir da data solicitação.

A solicitação de TFD Interestadual é feita mediante abertura de protocolo nas Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS's, tendo como documentos o Laudo Médico do TFD, Laudo de Avaliação em serviço de referência do SUS/RS na especialidade solicitada, podendo ser acrescido de cópias de exames, laudos anteriores e quaisquer outros documentos que possam elucidar a solicitação, bem como a solicitação de agendamento no serviço pretendido.

DA AUTORIZAÇÃO

A documentação será submetida a apreciação da Equipe Técnica do DAHA que, se acolher sugestão da realização do tratamento, procederá o deferimento através do Parecer Técnico (anexo III), onde são explicitados o tipo de transporte (aéreo ou rodoviário), a necessidade ou não de acompanhante e o quantitativo físico-financeiro referente a Ajuda de Custo.

7.1. Caberá as CRS's verificar a documentação a ser protocolada e enviar ao DAHA.

7.2. Quando não houver o laudo do serviço de referência do SUS/RS, deverá ser viabilizado pelo Gestor Local de residência do usuário.

7.3. O Serviço de destino será aquele regulado pelo DAHA.

Cientificado da viabilidade de deslocamento do paciente, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - SES providenciará o agendamento no serviço de destino solicitado, bem como o pagamento dos valores relativos às passagens de ida e volta e Ajuda de Custo, conforme indicação e justificativa médica do Laudo Médico do TFD, compatíveis com o estado de saúde do paciente.

Quando o tratamento for de caráter hospitalar – internação, não será autorizada a disponibilização de Ajuda de Custo ao paciente, somente ao acompanhante.

9.1. O pagamento das passagens rodoviárias será efetuado pela CRS mediante a emissão de recibo de pagamento (anexo IV), em 2 (duas) vias com a seguinte destinação:

- a) Primeira via - órgão pagador (será anexada a prestação de contas do adiantamento - anexo V- de verbas),
- b) Segunda via - recebedor.

9.2. O recebedor será o usuário ou o acompanhante indicado no processo.

DO TRATAMENTO

O prestador de destino deverá, obrigatoriamente, emitir a cada consulta deferida laudo onde constem os procedimentos realizados, bem como perspectivas de tempo quanto a continuidade do tratamento a ser realizado. Ficando condicionada a avaliação de novas solicitações a apresentação deste laudo.

A solicitação de retorno que não vise tratamento (revisão, reconsulta, reavaliação) não significa obrigatoriedade de autorização. Esses pedidos deverão ser examinados pela equipe técnica do DAHA sobre a possibilidade de o solicitado ser realizado no local de domicílio do usuário.

DO ACOMPANHANTE

A necessidade de acompanhante deverá ser indicada exclusivamente por justificativa médica, devendo constar na documentação seus dados de identificação como nome completo e cópia do documento de identidade.

O acompanhante deverá ser parente próximo do usuário ou responsável legal e encontrarse capacitado física e mentalmente para acompanhar o usuário.

O acompanhante também terá direito a passagens e Ajuda de Custo, observadas as disposições da Portaria.

DA DISPONIBILIZAÇÃO DO DESLOCAMENTO

15. Para os deslocamentos rodoviários, a CRS disponibilizará ao usuário e seu acompanhante os valores referentes ao custeio, mediante pedido de Adiantamento (anexo VI) ao Fundo Estadual de Saúde – FES, conforme rotina já estabelecida.

16. Para os deslocamentos aéreos, a SES disponibilizará as passagens aéreas ao usuário e seu acompanhante mediante a compra de prestação de serviço por empresa contratada pelo Governo do Estado.

DA DISPONIBILIZAÇÃO DA AJUDA DE CUSTO

17. A SES disponibilizará ao usuário e seu acompanhante os valores referentes ao custeio da Ajuda de Custo conforme a deliberação existente no Parecer Técnico. Os valores disponibilizados se baseiam na Tabela de Procedimentos SIA/SUS (anexo VII).

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO ATENDIMENTO

18. Deverá o usuário ressarcir ao SUS os valores não comprovadamente gastos.

18.1 A não prestação de contas por parte do usuário, impedirá o recebimento de novo auxílio.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS PASSAGENS AÉREAS

19. Para cada trecho, IDA e VOLTA, a prestação de contas ocorrerá por processos individuais, salvo se o retorno ocorrer em período inferior a dez dias, a serem protocolados pela empresa com os seguintes documentos:

- Solicitação de pagamento;
- Nota fiscal;
- Cópia de requisição de passagem aérea;
- Cópia de reserva;
- cópia do bilhete (e-ticket);
- atestado da empresa confirmando o embarque (anexo VIII), assinado pelo usuário ou acompanhante, bem como cópia do RG comprovando a assinatura do atestado.

19.1 – A empresa deverá protocolar o processo no Protocolo Geral da SES e deverá ser encaminhado ao DAHA para atestar a despesa e enviado ao FES para pagamento.

20. A solicitação de novo TFD deverá ser feita sempre no primeiro processo do paciente, buscando-se a comprovação acima.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS PASSAGENS RODOVIÁRIAS

21. A CRS deverá protocolar processo de acordo com a normativa estabelecida pelo FES.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA AJUDA DE CUSTO

22. A CRS deverá protocolar processo de acordo com a normativa estabelecida pelo FES para adiantamentos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O TFD se destina exclusivamente aos usuários para os atendimentos realizados dentro do território nacional, previstos na Tabela de Procedimentos do SIA-SIH/SUS.

24. Em caso de falecimento do usuário ou acompanhante, durante o tratamento na localidade de destino, caberá a SES o ressarcimento das despesas, considerando apenas os itens caixão, traslado e papéis de desembarço, sendo o caixão do tipo popular. Os valores pagos terão como teto a tabela do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviço Funerário do Estado do Rio Grande do Sul.

25. Para o pagamento previsto neste item, deverão ser protocolados o atestado de óbito e a nota fiscal de serviços, fornecida pela funerária, para serem arquivados no processo do paciente.

26. Nos casos em que o tempo de permanência do paciente seja menor do que o previsto, o saldo deverá ser devolvido aos cofres públicos.

27. Nos casos em que o tempo de permanência do paciente seja maior do que o previsto, a SES providenciará o ajuste de valores.

ANEXO II



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO

| | | |
|----------------|--------------------------|-------------|
| USUÁRIO | NOME: | |
| | RESIDÊNCIA: | |
| | MUNICÍPIO: | FONE: |
| | DATA DE NASCIMENTO: | |
| | DOCUMENTO DE IDENTIDADE: | CARTÃO SUS: |

1 - Histórico da doença atual:

2 - Exame físico:

- Diagnóstico provável: CID:

- Exame(s) complementar (es) realizado(s). Anexar cópias

- Tratamento(s) realizado(s)

- Tratamento indicado:

- Duração provável do tratamento:

- Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento na origem

- Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

- Justificar em caso de necessidade de acompanhante

- Transporte recomendável:
- Justificar:

- Outras anotações:

Local e data Médico Assistente

Médico Assistente

Parecer Técnico: De acordo com o encaminhamento. ()
Contrário ao encaminhamento. ()

Local e data Assinatura e carimbo

ANEXO III

Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa de Assistência Complementar

PARECER TÉCNICO
TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO INTERESTADUAL

Processo: CRS:
Nome:
Prestador: Consulta/Procedimento:
Diagnóstico:
Tempo de Permanência: Valor Ajuda Custo: R\$

A partir dos dados contidos no Laudo Médico, bem como os demais documentos, **defiro/ indefiro, com /sem** acompanhante, através de transporte **aéreo/ rodoviário**.

Justificativa do Parecer:

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

ANEXO IV

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO

RECIBO DE PAGAMENTO

| | |
|---|----------------------------------|
| RECIBO Nº | R\$ |
| DATA: | DOCUMENTO: AUTORIZADOR: |
| USUÁRIO: | |
| RECEBEDOR: | IDENTIDADE: |
| NO VALOR ACIMA ESPECIFICADO REFERENTE A AJUDA DE CUSTO E PASSAGENS DE IDA E VOLTA, TRECHO _____ PARA PACIENTE E ACOMPANHANTE, ATRAVÉS DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO. | |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR: | DOCUMENTO PAGADOR: CHEQUE Nº: |

ANEXO V

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Prestação de contas de adiantamento de numerário

PARA: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES

_____, Servidor Público Estadual, matrícula nº _____, lotado no Departamento / Assessoria _____ nos termos da Lei No. 10.282/94 e o Decreto No. 35.706/94 *declara* que esta prestação de contas está em conformidade com o art. 11 do referido Decreto. Para tal anexo as notas fiscais / recibos de todas as despesas realizadas, com a justificativa individual para cada nota fiscal. O saldo residual foi de R\$ _____, já depositado na conta nº _____ conforme comprovante em anexo.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Responsável pela prestação de contas

De acordo:

Chefia Imediata (com carimbo)

Ciente:

Dirigente / Ordenador (com carimbo)

ANEXO VI

SECRETARIA DA SAÚDE

Requisição de adiantamento

| |
|--|
| Nome: |
| Matrícula: |
| Cargo: |
| Remuneração: |
| Repartição: |
| CPF: |
| Endereço: |
| Dados Bancários: Banco: |
| Agência: |
| C/C: |
| Prazo de Aplicação: 30 dias |
| Valor do adiantamento: |
| Projeto/Recurso: |
| Discriminação do tipo de despesa ou serviço a ser adquirido: |
| 3.3.90. |
| Justificativa por não ter sido feito em processo normal: |
| Declaro ter conhecimento do disposto na Lei 10.282/94 e no Decreto 35.706/94 e alterações. |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>_____ Servidor (carimbo)</p> <p>De acordo:</p> <p>_____ Chefe imediato (carimbo)</p> </div> <div> <p>_____ Data</p> </div> </div> |
| Declaro que, até esta data, nada tenho de informações que o servidor em pauta se encontre em situação prevista no art. 7º do Dec. 35.706/94, que o impeça de receber o adiantamento de numerário. A solicitação está de acordo com o referido Decreto. |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>_____ FES (carimbo)</p> </div> <div> <p>_____ Ordenador de Despesa (carimbo)</p> </div> </div> |
| Nestes termos, considero dispensada de licitação, de acordo com os dispositivos da Lei Federal 8666/93, Art. 24, inc. II, para aquisição de materiais ou realização de serviços, constantes deste processo. |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>_____ Ordenador de Despesas (carimbo)</p> </div> </div> |

ANEXO VII

| CO. PROCED | NO. PROCED | VI. SIA | NO. FINANC | NO. REGISTRO |
|------------|--|---------|---------------------------------|-----------------------|
| 0803010010 | AJUDA DE CUSTO PI ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE | 24.75 | Média e Alta Complexidade (MAC) | BPA (Individualizado) |
| 0803010028 | AJUDA DE CUSTO PI ALIMENTACAO DE PACIENTE SUPERNÓITE | 8.40 | Média e Alta Complexidade (MAC) | BPA (Individualizado) |
| 0803010044 | AJUDA DE CUSTO PI ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE | 24.75 | Média e Alta Complexidade (MAC) | BPA (Individualizado) |
| 0803010052 | AJUDA DE CUSTO PI ALIMENTACAO DE ACOMPANHANTE SUPERNÓITE | 8.40 | Média e Alta Complexidade (MAC) | BPA (Individualizado) |

ANEXO VIII

(Timbre da Empresa com respectivo CNPJ)

ATESTADO DE EMBARQUE

Atestamos o EMBARQUE do passageiro _____
(nome completo em letra maiúscula), RG nº _____ (xerox anexo), no trecho compreendido de _____ a _____ (saída e destino), voo nº _____ da empresa _____ (nome da companhia aérea), na data de _____ (dia/mês/ano).

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do responsável pelo Atestamento na Empresa)

(Assinatura do Usuário da Passagem ou Acompanhante)

Obs.: Este atestado deve ser acompanhado de fotocópia da identidade do Usuário da Passagem de TFD ou Acompanhante para confirmação da Assinatura acima.

Código: 678642

RECURSOS HUMANOS

Assunto: Afastamento
Expediente: 046634-2000/10-0
Nome: Carem Conceição da Silva Fortunato
Id.Func./Vínculo: 2984679/01
Tipo Vínculo: comissionado
Cargo/Função: Assistente Especial I - CC08
Lotação: Secretaria da Saúde

RETIFICA o ato registrado na página 66, D.O.E. de 12/05/10, referente à autorização para afastamento da servidora, para declarar que o valor total das passagens é de R\$ 584,62, e não como constou.

Código: 678981

Assunto: Afastamento
Expediente: 006863-2000/10-3
Nome: Carlos Nunes Tietboehl Filho
Id.Func./Vínculo: 1100777/02
Tipo Vínculo: efetivo
Cargo/Função: Técnico em Saúde e Ecologia Humana - D
Lotação: Secretaria da Saúde

AUTORIZA o afastamento do servidor, nos termos do Decreto 40879/01, sem prejuízo da remuneração e demais vantagens inerentes ao respectivo cargo:
Localidade de destino: Rio de Janeiro/RJ
Período de afastamento: 26/05/10 a 29/05/10
Evento e justificativa: IV Encontro Nacional de Tuberculose e do I Fórum da parceria Brasileira contra a Tuberculose.
Condição: Sem ônus

Código: 678983

Assunto: Afastamento
Expediente: 006784-2000/10-1
Nome: Danielle Pinheiro Müller
Id.Func./Vínculo: 3208133/01
Tipo Vínculo: efetivo
Cargo/Função: Técnico em Saúde e Ecologia Humana - A
Lotação: Secretaria da Saúde

TORNA SEM EFEITO o ato registrado no D.O.E. de 12/05/10, referente à autorização para afastamento da servidora, em virtude da transferência do evento para outra data.

Código: 678984

Assunto: Afastamento
Expediente: 019540-2000/10-5
Nome: Francisca Maria Assmann Wichmann
Id.Func./Vínculo: 2616610/01
Tipo Vínculo: efetivo
Cargo/Função: Técnico em Saúde e Ecologia Humana - C
Lotação: SES - 13 Coordenadoria Regional de Saúde

AUTORIZA o afastamento do servidor, nos termos do Decreto 40879/01, sem prejuízo da remuneração e demais vantagens inerentes ao respectivo cargo:
Localidade de destino: Joinville/SC
Período de afastamento: 25/05/10 a 29/05/10
Evento e justificativa: XXI Congresso Brasileiro de Nutrição - CONBRAN 2010.
Condição: Sem ônus

Código: 678985

Assunto: Afastamento
Expediente: 055342-2000/10-0
Nome: Maria Alice Vieira Lantmann
Id.Func./Vínculo: 2527286/01
Tipo Vínculo: efetivo
Cargo/Função: Técnico em Saúde e Ecologia Humana - C
Lotação: Secretaria da Saúde

AUTORIZA o afastamento do servidor, nos termos do Decreto 40879/01, sem prejuízo da remuneração e demais vantagens inerentes ao respectivo cargo:
Localidade de destino: Brasília/DF
Período de afastamento: 07/06/10 a 11/06/10
Evento e justificativa: Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS-PNAN 10 anos.
Condição: Sem ônus

Código: 678986

Assunto: Afastamento
Expediente: 006784-2000/10-1
Nome: Maria Tereza Marques Teixeira Schermann
Id.Func./Vínculo: 1232746/01
Tipo Vínculo: extranumerário
Cargo/Função: Médico
Lotação: Secretaria da Saúde

TORNA SEM EFEITO o ato registrado no D.O.E. de 12/05/10, referente à autorização para afastamento da servidora, em virtude da transferência do evento para outra data.

Código: 678987

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

PORTARIA Nº 11/94

DISPÕE SOBRE A CONCESSÃO DE AUXÍLIO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO AOS PACIENTES DO SUS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO, que para o tratamento dos pacientes do Sistema Único de Saúde, os sistemas locais de saúde nem sempre conseguem resolutividade para todos os casos diagnosticados;

CONSIDERANDO, que estes pacientes serão encaminhados para serviços com recursos no âmbito do SUS, localizados em outros sistemas de saúde Municipais ou Estaduais.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as normas para concessão de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), na forma anexos I e II.

Art. 2º - A Coordenação, Controle e Avaliação do TFD no Estado será realizada pela Divisão de Assistência Complementar (DAC) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário e, em especial, a Portaria SSMA/CAB nº 27/90.

Art. 4º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 29 de setembro de 1994.

GILBERTO BARBOSA,
Secretário de Estado da Saúde e do Meio Ambiente.

Registre-se e publique-se
LUIZ CARLOS SCHMIDT
Chefe de Gabinete.

ANEXO I

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD/SUS)

DA DEFINIÇÃO

1. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) consiste em atendimento médico a ser prestado ao paciente, quando esgotados todos os recursos de tratamento, através do SUS, na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento.

DO PEDIDO DE TRATAMENTO

2. O TFD será sugerido pelo médico-assistente ou por junta médica, mediante Laudo Médico (LM), preenchido em 3 (três) vias, de forma legível, detalhada e sem rasuras, em todos os itens.

3. A concessão de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio (ATFD) é exclusiva para tratamento e não para elucidação diagnóstica, ficando vedado o encaminhamento com auxílio para realização de exames ou investigação a critério médico indefinido.

4. Não haverá retroatividade na concessão do auxílio, sendo válido a partir da data de emissão do Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD).

DA AUTORIZAÇÃO

5. O LM será obrigatoriamente submetido à apreciação do órgão competente de origem ou, se acolher a sugestão da realização do tratamento, procederá a emissão do PTFD, preenchido em 3 (três) vias, autorizado pela chefia médica local, devidamente identificadas, com as seguintes destinações:

- a) a primeira e segunda vias do PTFD juntamente com a primeira e segunda vias do LM serão remetidas ao órgão de destino; e
- b) a terceira via do PTFD e a terceira via do LM ficarão arquivadas no órgão emissor do pedido.

5.1. O órgão de destino será a localidade mais próxima de sua residência, que esteja capacitada a realizar o tratamento, com recursos do SUS.

6. Considera-se como órgão competente, para fins de emissão e autorização do PTFD:

- a) O setor local de TFD do órgão de origem, subordinado ao SUS, quando o deslocamento ocorrer dentro do próprio Estado; e
- b) O setor estadual de TFD (Porto Alegre), quando o deslocamento vier de outro Estado.

7. O PTFD deverá ser encaminhado através de malote, imediatamente após sua emissão, não devendo ser encaminhado em mãos.

7.1. O PTFD poderá ser enviado em mãos somente em casos de comprovação de urgência, através de indicação médica, expressa no LM.

7.2. O órgão de destino que receber o PTFD verificará de imediato a possibilidade do atendimento solicitado e comunicará sua decisão ao órgão de origem, devolvendo a 2ª via do PTFD.

8. Ciente da viabilidade de deslocamento do paciente o órgão de origem providenciará o pagamento do valor relativo às passagens de ida e volta, pelo meio de transporte de menor custo, conforme indicação e justificativa médica no LM, compatível com o estado de saúde do paciente.

8.1. O pagamento de passagens será efetuado mediante a emissão de Recibo de Pagamento, em três vias, com a seguinte destinação:

- a) primeira via - órgão pagador (será anexada à prestação de contas do adiantamento de verba);
- b) segunda via - prontuário do paciente; e
- c) terceira via - recebedor.

8.2. Além da emissão do Recibo de Pagamento será feito cheque zado e nominal a empresa de transporte prestadora do serviço.

8.3. O recebedor será o paciente ou seu acompanhante indicado PTFD.

9. Na hipótese de deslocamento para outro Estado, o Setor de TFD dual, ao receber as vias do PTFD e LM do órgão de origem, adotará seguintes procedimentos:

- a) analisará o LM e decidirá sobre a necessidade de tratamento em outro Estado;
- b) se necessário/ convocará o paciente para submeter-se a junta médica;
- c) tomará as providências relativas ao encaminhamento solicitado;
- d) enviará ao órgão de origem os documentos (PTFD autorizado SUS do Estado onde está sendo proposto o tratamento) para conhecimento do paciente; e
- e) Na hipótese de tratamento em outro Estado, se não houver orçamento no órgão de origem do paciente, poderá o mesmo encaminhado ao TFD Estadual (Porto Alegre), após científico da existência de dotação orçamentária neste último, desde que recebedor compareça com documento escrito referindo-se à existência da verba, acompanhado de extrato bancário do recebimento pelo adiantamento.

DO TRATAMENTO

10. O órgão do TFD de destino que receber o paciente providenciará seu encaminhamento, juntamente com uma via do LM à unidade médica tencial própria, conveniada ou controlada, indicada para realizar o tratamento.

11. Ao término do tratamento, a unidade médico-assistencial reenviará o paciente ao órgão referido no item 10, com atestado médico, relatório em recibo próprio do médico-assistente, detalhando o tratamento realizado.

11.1. A solicitação de retorno que não vise tratamento (revisão, consulta, reavaliação) não significa obrigatoriedade de reavaliação. Esses pedidos deverão ser examinados pela chefia do órgão de origem sobre a possibilidade de o mesmo ser realizado no local de domicílio do paciente.

11.2. A validade do PTFD inicial fica condicionada a periodicidade dos retornos e da manutenção do quadro clínico do paciente.

DO ACOMPANHANTE

12. A necessidade de acompanhante deverá ser indicada exclusivamente por justificativa médica, constando no PTFD o seu nome, Registro Profissional (CI) e endereço, obrigatoriamente.

13. O acompanhante deverá ser parente próximo do paciente ou responsável legal e encontrar-se capacitado física e mentalmente para acompanhar o paciente.

14. O acompanhante também terá direito a passagens, observadas as disposições desta Portaria.

15. O acompanhante, quando indicado, deverá ser o recebedor do documento de identidade (Carteira de Identidade ou Cartão Profissional).

16. O acompanhante deverá retornar à localidade de origem logo após o término do tratamento do paciente.

16.1. Quando da alta do paciente, se houver necessidade de acompanhante para o seu retorno, o órgão de origem providenciará o pagamento para o deslocamento do mesmo.

17. O SUS não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da contratação de acompanhante.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO BENEFICIÁRIO

18. Imediatamente após o retorno do paciente, este ou seu acompanhante apresentará ao órgão de origem o PTFD e LM, com o título de prestação de contas, devolvendo os bilhetes (originais) do órgão que efetuou o pagamento do auxílio, bem como o relatório do atendimento recebido em cada deslocamento.

19. Deverá o beneficiário ressarcir o SUS dos valores não cobertos pelos planos de saúde, após a devolução a que se refere o item anterior.

20. A não prestação de contas por parte do beneficiário, a que rem os itens 18 e 19, suspenderá o pagamento de novo auxílio.

NÚCLEOS DE ATFD

21. O ATFD deverá ser concedido através de Núcleos de Atendimento Regional, Municipal ou Local, obedecendo normas e condições de funcionamento, visando:

- Aperfeiçoar a qualidade de assistência;
- Facilitar o tratamento, avaliação e acompanhamento dos pacientes;
- Facilitar a avaliação dos gastos e a previsão orçamentária;
- Aproveitar a experiência dos atuais núcleos de atendimento;
- Melhorar a organização, qualificação e melhoria do trabalho.

21.1. Condições básicas de funcionamento:

- 21.1.1. Os Núcleos poderão funcionar em unidades do SUS dos três níveis de governo.
- 21.1.2. Os Núcleos deverão contar com recursos humanos, físicos e materiais para implantar programas que utilizam o auxílio.
- 21.1.3. Os Núcleos deverão obedecer critérios expedidos pelo Departamento de Saúde Pública (DPS) quanto a critérios de concessão, padronização de documentação e prioridades de atendimento.
- 21.1.4. Os Núcleos deverão contar com Equipe Básica de execução.

21.2. Equipe Básica:

- Médico avaliador e/ou coordenador; (de TFD ou AT)
- Funcionário Administrativo.

21.3. Diretor da Unidade de Atenção Básica à Saúde (UAS).

22. Equipe Básica:

22.1. Médico Avaliador e/ou coordenador; (de TFD ou AT)

- Avaliar as solicitações de ATFD para outras localidades;
- Avaliar as solicitações de ATFD recebidas de outras localidades;
- Reencaminhar o paciente ao médico-assistente local:
 - a) quando o LM estiver incompleto ou ilegível;
 - b) quando não justificar o encaminhamento para outra localidade;
 - c) quando o paciente retornar de tratamento realizado em outra localidade, para acompanhamento do caso.

22.2. Funcionário Administrativo:

- Pedir disponibilidade de verba ao Programa de ATFD;
- Preencher PTFD, anexado ao LM;
- Datilografar desachos e avaliações;
- Movimentar prontuários dos pacientes;
- Recebimento e expedição de malote;
- Atender e orientar a clientela;
- Elaboração das relações de pagamentos de TFD;
- Dar apoio administrativo a todas as atividades que a Equipe Básica necessitar.

22.3. Diretor da Unidade de Atenção à Saúde:

- Fornecer recursos físicos, humanos e materiais para concessão de ATFD;
- Nomear a Equipe Básica local;
- Aprovar a proposta de trabalho da equipe e avaliar mensalmente os resultados das ações e a utilização das verbas de TFD;
- Encaminhar trimestralmente à Delegacia Regional a avaliação dos gastos efetuados pela Unidade com TFD.

23. Delegacia Regional de Saúde:

- Elaborar a programação das atividades de implantação e implementação do ATFD na área de sua abrangência;
- Supervisionar, controlar e avaliar os resultados das ações propostas e executadas pelas UAS de sua região, incluindo no programa;
- Encaminhar, trimestralmente, ao DSP, relatórios de avaliação do programa;

24. Departamento de Saúde Pública, através do serviço especializado:

- Analisar e aprovar os planos e programas regionais, frente à previsão de recursos disponíveis;
- Controlar e avaliar as ações efetuadas bem como os gastos;
- Analisar e elaborar pareceres técnicos necessários;
- garantir junto à Diretoria Financeira, os recursos necessários à implementação do programa.

24.1. O Setor Estadual do TFD fará parte da estrutura do Serviço Especializado do DSP e será também responsável pelas ações em Porto Alegre até que ocorra a municipalização do TFD.

DISPOSIÇÕES GERAIS

25. Fica o Órgão de origem de TFD responsável pela averiguação e confirmação do domicílio do paciente e acompanhante, sendo necessária a apresentação de documento de identidade e comprovante de residência, para preencher os formulários.

26. Os casos de AT poderão usufruir deste benefício, desde que obedecidos os requisitos desta Portaria, exceto quando se tratar de reabilitação profissional ou de realização de exame médico pericial, hipóteses em que caberá ao INSS custeá-las.

27. Na falta de dotação orçamentária não poderá haver emissão de PTFD, exceto no caso de AT quando deverá ser obedecida a OS nº INPS/59059.1 de 11.08.78. Neste caso o paciente deverá formalizar processo solicitando reembolso de despesas referentes a TFD devidamente orientado, inclusive com parecer do médico coordenador local, e encaminhá-lo à Coordenação Estadual de AT que providenciará o atendimento do mesmo junto ao financeiro.

28. Em caso de falecimento do paciente ou acompanhante (indicado no PTFD), durante o tratamento na localidade de destino, caberá ao Órgão de origem o ressarcimento das despesas, considerado apenas os itens: caixão, traslado e papéis de desembarque, sendo o caixão do tipo popular. Os valores pagos terão como teto a tabela do Sindicato dos Entes de Serviços Funerários do Estado do Rio Grande do Sul.

28.1. Para o pagamento previsto neste item, deverão ser apresentados o atestado de óbito e a Nota Fiscal de Serviços, fornecida pela funerária, para serem arquivados no prontuário do paciente.

29. O paciente em TFD deverá ter preferência de atendimento no âmbito do SUS.

30. Não haverá concessão de TFD para pacientes que residam a menos de 50 Km do local de tratamento.

31. O tratamento de longo prazo, tais como Ortodontia, Fisioterapia (casos congênitos e/ou crônicos), Psiquiatria Ambulatorial e outros não terão direito a concessão de ATFD, exceto Hemodialise.

32. As atividades do TFD poderão ser municipalizadas por solicitação do município, cumpridas as exigências das normas.

32.1. Uma vez municipalizado o respectivo recurso alocado pela Assistência Social para este fim será transferido ao município.

32.2. Os valores a serem transferidos serão proporcionais às séries históricas dos valores repassados nesta rubrica.

ANEXO II

ROTEIRO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO RESPONSÁVEL PELO ADIANTAMENTO DA VERBA PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

1. O fluxo da prestação de contas obedecerá a seguinte ordem: Divisão de Assistência Complementar (DAC), posteriormente ao FUS Estadual de Saúde (FES) e à Contadoria Seccional para conclusão.
2. A relação dos documentos comprobatórios deverá conter: o número recibo de pagamento de auxílio de TFD, nome do paciente, nome do cedente, data do pagamento, valor pago, número do cheque, CID e qualidade de destino. Após o somatório dos documentos, indicar o do devolvido (se houver). Esta relação será emitida em duas vias sendo a primeira via para compor a prestação de contas do adiantamento e a segunda via para controle da Divisão de Assistência Complementar. (modelo nº 1).
3. Os documentos comprobatórios dos pagamentos efetuados são:
 - 3.1. Uma via do PTFD e LM assinadas pelo médico coordenador do:
 - a) Nos casos previstos no item 11.2 da Portaria do TFD os documentos serão:
 - memorando de autorização de retorno; e (modelo nº 2)
 - solicitação de retorno do médico-assistente onde constar o tratamento a ser realizado. (modelo nº 3)
 - 3.2. O Recibo de Pagamento do auxílio para TFD (modelo nº 4) deve ser preenchido em sua totalidade e devidamente rubricado e identificado em todos os campos, sendo que o responsável pelo adiantamento da verba identificar-se-á no campo "pague-se". caso de receptor analfabeto ou pessoa fisicamente impossibilitada de assinar, colher a impressão do colarizar juntamente a assinatura a rogo de duas testemunhas, devidamente identificadas com nome legível, CI e endereço.
 - 3.3. Os bilhetes de passagem.
 - a) Solicitar ao receptor que aduira as passagens imediatamente após o pagamento e providencie cópia autenticada das mesmas para entregar ao TFD.
 - b) Caso não seja possível anexar à prestação de contas os bilhetes originais em função do prazo de aplicação do adiantamento (90 dias), anexar a cópia a que se refere a letra anterior.
 - c) Se, por qualquer motivo, não constar na prestação de contas os documentos citados no item 3.3 ou na letra "a", justificar.
 - d) Após a entrega da cópia a que se refere a letra "a", as quantias que forem pagas a mais deverão ser depositadas na conta do responsável pelo adiantamento, se não houver sido feita a prestação de contas, caso contrário depositar na conta convênio do SUS. O recibo desta devolução fará parte da prestação de contas.
 - e) Os recibos de pagamento deverão vir acompanhados juntamente com os respectivos documentos.
 - f) Não serão aceitos pagamentos referentes a períodos de tratamento anteriores ao depósito do adiantamento de verba ou configuraria reembolso.
 - 3.4. Atestado médico onde conste o tratamento e o período necessário à sua realização. (modelo nº 3)
 - a) Caso não seja possível anexar à prestação de contas o atestado referido no item 3.4, em função do prazo de aplicação do adiantamento (90 dias), justificar.
4. Deverá acompanhar a prestação de contas de adiantamento de verba recibo da devolução dos valores não utilizados dentro do prazo previsto (90 dias).
 - a) as devoluções a que se refere o item 4 serão feitas na conta convênio SUS.
5. Deverão, ainda, ser anexados os extratos bancários desde o depósito do adiantamento, demonstrando toda a movimentação ocorrida até o momento da conta.
6. Ao final, apresentar atestado onde deverá ser justificado que a verba recebida foi utilizada exclusivamente com os usuários do TFD. O documento assinado e identificado o responsável, juntamente com o visto do Delegado Regional de Saúde ou superior imediato responsável. (modelo nº 5).
7. Todos os documentos da prestação de contas deverão ser colados em folha de papel ofício e deverão estar rubricados e identificados pelo responsável pelo adiantamento de verba.
8. Os documentos anexados à prestação de contas deverão ser originais e não cópias autenticadas.

(modelo nº 1)

| Nº RECIBO | NOME DO RECEBEDOR (nome do paciente) | DATA | VALOR | CHEQUE | CID | DESTINO |
|-----------|---|------|-------|--------|-----|---------|
| | | | | | | |

TOTAL PAGO

TOTAL DEVOLVIDO

QBS: Quando o recebedor não for o paciente, deverá constar o nome deste último logo abaixo.

(modelo nº 2)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

MEMO AUT. RITORNO n° ...

REFERENTE: FULANO DE TAL,....

Autorizo o retorno do paciente acima citado à ...
localidade de destino....., em/.. /94, para tratamento pro-
posto....., com/sem acompanhante, através de transporte,
de transporte....., conforme solicitação do médico-assisten-
te anexo.

assinatura

carimbo do médico coordenador TFD

(modelo nº 3)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| SUS/RS | TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO | |
| Paciente: _____ Idade: _____ Clínica: _____ Tratamento ou exames efetuados: _____ _____ _____ | | |
| a) Ambulatorial, período: _____ b) Hospitalar, período: _____ Há necessidade de voltar o paciente para continuação de tratamento? _____ Quando? dia _____ mês _____ ano _____ Justificar o motivo de retornar: _____ _____ _____ | | |
| Há necessidade do paciente permanecer em Porto Alegre? _____ Justificar o motivo: _____ _____ _____ | | |
| Há necessidade de acompanhante? Justificar: _____ _____ _____ | | |

(modelo nº 4)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

| | | |
|------------------|----------------|-----------------------|
| DATA | CODIGO PAGADOR | IMPORTANCIA |
| CODIGO DE ORIGEM | CODIGO EMISSOR | DOCUMENTO AUTORIZACAO |
| PACIENTE | | |
| RECEBEDOR | | IDENTIDADE |

DEVERÁ SER PAGA A IMPORTÂNCIA DE

CORRISPONDENTE A.

| | | |
|-------------------|----------|-------------------|
| HABILIT./IDENTIF. | EMITENTE | PAGUE-SE |
| RECEBEDOR | DATA | DOCUMENTO PAGADOR |

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

(Modelo nº 3)

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins, que a verba recebida por adiantamento, no valor de R\$...... foi utilizada exclusivamente com os usuários do TFD.

Atenciosamente,

Porto Alegre....//....//....

Responsável pela verba

Delegado Regional da Saúde

D. 532425 28 05 de bucur