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.
Será também considerado como usuário que poderá usufruir de fornecimento do translado para o RS, doador vivo aparentado residente em outro Estado da Federação, cujo receptor resida no Rio Grande do Sul, mediante justificativa técnica da equipe de transplante onde o paciente receptor está em atendimento, atendendo aos critérios: (Incluído pela Portaria SES N° 969/2025)
a) Somente após comprovação de compatibilidade com o doador vivo aparentado; (Incluído pela Portaria SES N° 969/2025)
b) Quando esgotadas todas as possibilidades de retirada dos órgãos, ou coleta de células-tronco para transplante no Estado de residência do doador vivo aparentado e apresentado por meio de justificativa técnica da equipe de transplante que a vinda do doador é necessária ao tratamento, sendo a justificativa avaliada pelo DGAE nos termos da autorização disposta nesta Portaria. (Incluído pela Portaria SES N° 969/2025)
c) Doador vivo aparentado menor de idade deverá ter acompanhamento de responsável durante o trajeto ida e volta, fazendo jus ao benefício. (Incluído pela Portaria SES N° 969/2025)
Parágrafo único: aplica-se à hipótese de doador vivo aparentado somente o benefício de disponibilização do deslocamento, sem ajuda de custo, cuja prestação de contas segue o disposto nesta Portaria. (Incluído pela Portaria SES N° 969/2025)

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 encontrar-se 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, translado e papéis de desembaraço, 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 DOMICÍLIO

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 DOMICÍLIO 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 DOMICÍLIO

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.

_____ _____
Servidor (carimbo) Data

De acordo:

_____
Chefia imediata (carimbo)

Declaro que, até esta data, nada tenho de informações que o servidor em pauta se encontre em situação prevista no art.7º do Dec.35706/94, que o impeça de receber o adiantamento de numerário. A solicitação está de acordo com o referido Decreto.

_____ _____
FES (carimbo) Ordenador de Despesa (carimbo)

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.

_____
Ordenador de Despesas (carimbo)

ANEXO VII

Tabela SUS Agosto2009				
CO_PROCED	NO_PROCED	VL_SIA	NO_FINANC	NO_REGISTRO
0803010010	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE	24,75	Média e Alta Complexidade (MAC)	BPA (Individualizado)
0803010028	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE	8,40	Média e Alta Complexidade (MAC)	BPA (Individualizado)
0803010044	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE	24,75	Média e Alta Complexidade (MAC)	BPA (Individualizado)
0803010052	AJUDA DE CUSTO P/ALIMENTACAO DE ACOMPANHANTE S/PERNOITE	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 _____ á _____ (saída e destino), vôo 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 Forum 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: Joinvile/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