

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SES Nº 171 DE 28 DE NOVEMBRO DE 2011

REGULAMENTA A CONCESSÃO DO  
AUXÍLIO PARA TRATAMENTO FORA DE  
DOMICÍLIO NO ÂMBITO DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO.

O SECRETARIO DE ESTADO DE SAÚDE, no exercício de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO o art.198 da Constituição Federal de 1998, que preconiza a integralidade do atendimento à saúde;

CONSIDERANDO a Portaria SAS nº 237 de 09/12/1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos (GAP), como instrumento para pagamento do tratamento fora de domicílio;

CONSIDERANDO a Portaria SAS nº 055 de 24/02/1999, que dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município;

CONSIDERANDO a importância de operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada;

CONSIDERANDO a necessidade de otimizar a regulamentação do Programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Art.1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em tratamento fora de domicílio somente será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede SUS no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Art.2º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento de usuários para tratamento fora do domicílio de residência será feita com base na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Materiais Especiais – OPM do

Sistema Único de Saúde, observado o teto financeiro para cada município/Estado.

Art.3º - O tratamento fora de domicílio somente será concedido à pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada ao Sistema Único de Saúde.

Art.4º - O tratamento fora de domicílio será solicitado pelo médico assistente através do formulário "laudo médico para tratamento fora de domicílio" (anexo I), em 02 (duas) vias, e encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de residência do paciente.

Art.5º - A Secretaria Municipal de Saúde de residência do paciente realizará seu cadastro via SER (Sistema Estadual de Regulação), cabendo à coordenação de tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde proceder à análise da solicitação.

§1º - Ficam ressalvados os fluxos para os tratamentos diferenciados que são definidos em protocolos estabelecidos por deliberações da CIB/RJ.

§2º - Enquanto o SER (Sistema Estadual de Saúde) não for implantado, os usuários interessados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio deverão comparecer a coordenação de tratamento fora de domicílio para serem orientados quanto aos procedimentos de inclusão no programa.

Art.6º - Considerada procedente a solicitação, a Secretaria Municipal de Saúde de residência do usuário deverá encaminhá-lo à coordenação de tratamento fora de domicílio para fins de formalização da inscrição munido dos seguintes documentos: identidade, CPF, cartão do SUS (confeção pelo Gestor Municipal), comprovante de residência do paciente/representante legal e acompanhante, e laudo.

Art.7º - O agendamento das consultas subseqüentes e/ou procedimentos, bem como da solicitação de ressarcimento, procedente para os casos de urgência/emergência se dará a partir do comparecimento do usuário ou de seu representante legal à coordenação de tratamento fora de domicílio, munido de documentos de identidade e documentos próprios, que confirmem o retorno ou agendamento do usuário com o prestador.

Art.8º - Os critérios de escolha da unidade de referência do paciente serão a proximidade de sua residência e capacidade de realizar o tratamento proposto.

Art.9º - Fica vedado o tratamento fora de domicílio:

I- Nos casos de acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica;

II- A pacientes que permaneçam hospitalizados no município de referência;

III- Nos deslocamentos menores do que 50Km de distância e em regiões metropolitanas.

Art.10º - Serão aceitas como despesas permitidas no tratamento fora de domicílio as relativas a:

I- Transportes aéreo, terrestre ou fluvial, em conjunto ou separadamente;

II- Ajuda de custo para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, se houver.

§1º - O meio de transporte utilizado para o deslocamento do paciente e/ou acompanhante deverá ser o de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente.

§2º- Entende-se por ida e volta o deslocamento rodoviária/rodoviária e aeroporto/aeroporto;

§3º - O pagamento das despesas para deslocamento de acompanhantes deverá ter indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente em se deslocar desacompanhado.

§4º - A avaliação da necessidade de acompanhante ocorrerá nos seguintes casos: paciente menor de 18 (dezoito) anos; paciente com mais de 60 (sessenta) anos; paciente com déficit motor, visual, auditivo ou mental e quando a gravidade da doença, assim indicar, conforme definição do médico assistente e da Secretaria de Estado de Saúde.

§5º - O paciente receberá por deslocamento uma ajuda de custo de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), e quando houver acompanhante o valor total fornecido será de R\$ 300,00 (trezentos reais).

§6º- As despesas com transporte intermunicipal dentro do Estado do Rio de Janeiro serão de responsabilidade do município de residência do paciente.

§7º- Em caso de óbito do usuário em tratamento fora de domicílio, o Fundo Estadual da Secretaria de Estado de Saúde se responsabilizará pelo ressarcimento das despesas decorrentes do traslado do corpo.

Art.11º - As despesas previstas nos parágrafos anteriores deverão ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde; e para os casos de autorização de transporte aéreo, após rigorosa análise do Gestor Estadual.

Art.12º - O auxílio para tratamento fora de domicílio nos casos de tratamentos contínuos que demandem consultas/procedimentos subsequentes somente será concedido a cada intervalo mínimo de 07 (sete) dias. Em situações excepcionais, justificadas tecnicamente pelo médico assistente, e após criteriosa análise da coordenação de tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde, poderá ser concedido em prazo menor.

Art.13º - Os pacientes cujos tratamentos possam prosseguir em unidade do SUS/RJ, terão seu auxílio para tratamento fora de domicílio suspenso, sendo reencaminhados ao seu município de residência a fim de serem referenciados a uma das unidades de saúde capacitadas para tal no Estado do Rio de Janeiro.

Art.14º - Nos casos em que não for possível o recebimento do auxílio pecuniário antes da consulta/procedimento, o paciente/representante legal deverá entregar, antecipadamente, o agendamento à coordenação de tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde, a fim de ressarcimento dos valores correspondentes ao deslocamento (passagem e ajuda de custo).

Parágrafo Único - Caso haja impossibilidade de entrega do agendamento antes do deslocamento, o paciente/representante legal deverá fazê-lo através de uma declaração de comparecimento constando que o atendimento foi de urgência/emergência à Coordenação de Tratamento Fora de Domicílio da Secretaria de Estado de Saúde.

Art.15º - O paciente ou seu representante legal deverá prestar conta ao Fundo Estadual de Saúde da Secretaria de Estado, no prazo de 15 (quinze) dias após a consulta/procedimento, sob pena de total devolução da quantia adiantada ou de não ressarcimento.

§1º - Na prestação de contas a ser realizada deverão constar todas as despesas realizadas no deslocamento do paciente e/ou acompanhante, incluindo o comprovante do meio de transporte utilizado, alimentação ou qualquer outra despesa compatível com o tratamento fora de domicílio.

§2º - Não serão aceitos na prestação de contas recibos ou qualquer outro documento com rasuras.

§3º - A não prestação de contas ou a sua reprovação acarretarão o desligamento do paciente no Programa de Tratamento Fora de Domicílio, sem prejuízo das responsabilidades civis e criminais.

§4º - Ocorrendo uma das hipóteses do parágrafo anterior, a coordenação de tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde fica desobrigada a recadastrar o paciente no programa.

§5º - Se o usuário sanar as exigências apontadas pelo Fundo Estadual de Saúde, a coordenação do tratamento fora de domicílio poderá recadastrá-lo.

§6º - As contas serão reprovadas se as despesas não forem comprovadas, forem incompatíveis com o programa, ou se o saldo não utilizado não for devolvido.

§7º - O usuário será notificado da decisão imediatamente após a prestação de contas e poderá apresentar novos argumentos, quando o Fundo Estadual de Saúde poderá decidir definitivamente sobre a questão.

Art.16º - As questões financeiras relativas ao Programa de Tratamento Fora de Domicílio deverão ser solucionadas pelo Fundo Estadual de Saúde da Secretaria de Estado responsável pelos referidos pagamento.

Art.17º - Os casos omissos deverão ser resolvidos pela comissão de acompanhamento do tratamento fora de domicílio da Secretaria de Estado de Saúde, instituída através de Deliberação CIB-RJ.

Art.18º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação, revogando-se a resolução SES nº 1899 de 20 de setembro de 2002.

Rio de Janeiro, 28 novembro de 2011.

SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ DA SILVEIRA  
Secretario de Estado de Saúde

**ANEXO I (NO CASO DO SISTEMA SER IMPLANTADO)**

**Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio**

Nome do Paciente:		
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Profissão:	Identidade:	CPF:
Endereço:		Compl:
Bairro:	Município:	
UF:	CEP:	Tel:
Unidade SUS de Atendimento:		
Número do Prontuário de Atendimento:		
Histórico Clínico:		
Exame Físico:		
Diagnóstico:	CID	
Exames Complementares Realizados: - Anexar Cópias		
Tratamentos Realizados:		
Tratamento/Procedimento Indicado		
Duração Provável de Tratamento:		
Meio de Transporte:	<input type="checkbox"/> Rodoviário	<input type="checkbox"/> Aéreo
Justificar:		
Necessidade de acompanhante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Justificar:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo / Responsável da Unidade SUS

**ANEXO II (NO CASO DA NÃO IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA SER)**

**Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio**

Nome do Paciente:		
Data de Nascimento:	Sexo <input type="checkbox"/>	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Profissão:	Identidade:	CPF:
Endereço:	Compl:	
Bairro:	Município:	
UF:	CEP:	Tel:
Unidade SUS de Atendimento:		
Número do Prontuário de Atendimento:		
Histórico Clínico:		
Exame Físico:		
Diagnóstico:	CID	
Exames Complementares Realizados: - Anexar Cópias		
Tratamentos Realizados:		
Tratamento/Procedimento Indicado		
Duração Provável de Tratamento:		
Meio de Transporte: <input type="checkbox"/>	Rodoviário	<input type="checkbox"/> Aéreo
Justificar:		
Necessidade de acompanhante? <input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/> Não
Justificar:		

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo / Responsável da Unidade SUS

### Solicitação de Tratamento Fora de Domicílio

Secretaria Municipal de Saúde Solicitante	
Representante Legal: Nome:	
Endereço:	
CEP:	Tel:
Identidade:	CPF:
Acompanhante: Nome:	
Endereço:	
CEP:	Tel:
Identidade:	CPF:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Autorizador SMS

### Autorização de Tratamento Fora de Domicílio

Parecer da SESDEC/SAS/SR/CTFD:	<input type="checkbox"/>	Desfavorável
Justificar:		
	<input type="checkbox"/>	Favorável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Responsável