

Secretaria de Estado da Saúde - SESA -**PORTARIA 002-R, DE 12/01/2017**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE no uso das atribuições que lhe confere o artigo 46, alínea "o" da Lei nº 3043, de 31 de dezembro de 1975 e tendo em vista o que consta do processo nº 70480958/2015/SESA, e,

CONSIDERANDO

a fundamentação do Tratamento Fora do Domicílio na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90;

a Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 055, de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999), que dispõe sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

a reformulação da Política Estadual para Tratamento Fora de Domicílio pela Portaria Estadual nº 151-N/98;

a garantia do acesso da população aos serviços de saúde de referência nacional quando não disponibilizados no Estado do Espírito Santo;

a necessidade de implementar a Política Regulatória contemplada na criação do Complexo Regulador previsto na Portaria SAS/MS nº356 de 22 de Setembro de 2000 e no Pacto pela Saúde, nº 399, de 30 de Março de 2006.

RESOLVE

Art. 1º - Tornar público o Manual Estadual do TFD, que será disponibilizado no site www.saude.es.gov.br, o Tratamento Fora do Domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde do Espírito Santo (SUS-ES), para prover aos usuários acesso aos serviços de saúde referenciados para outros Estados, quando não houver oferta de serviços no Estado do ES, restringindo se aos casos de absoluta excepcionalidade.

Art. 2º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 12 de janeiro de 2017

RICARDO DE OLIVEIRA

Secretário de Estado da Saúde

MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

T.F.D.

Vitória – ES

2016

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**PAULO CÉSAR HARTUNG GOMES
GOVERNADOR**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

**RICARDO DE OLIVEIRA
SECRETÁRIO**

SUBSECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

**FABIANO MARILY
SUBSECRETÁRIO**

COMISSÃO ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

COMISSÃO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO MANUAL:

Dayse Gorza Almeida
Edenilce Santos Fernandes
Júlio Cesar Chagas da Silva
Maria Cecília Altoe
Marcos Vinícius da Silva Chiachio
Patrícia Gomes da Costa Scarpe
Roberto Fonseca da Silva
Solange da Silva Borges

- Alteração realizada em 18/07/2016 pela Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada SSAS/GAAE

SUMÁRIO

1-Apresentação	02
2 - Conceito	03
3 - Do Pedido de Tratamento	03
4 - Da Autorização	04
5 - Da Renovação do Laudo	05
6 - Dos benefícios do Programa Interestadual TFD	05
6.1- Da concessão dos benefícios	05
6.2 - Do valor da Ajuda de Custo	08
7 - Do Acompanhante	08
8 - Da Prestação de Contas do Benefício	09
9 - Do Faturamento	10
10- Considerações Finais	10
11- Das Disposições Gerais	11
ANEXOS	
ANEXO I - Documentos necessários à solicitação do TFD	12
ANEXO II - Laudo médico para Tratamento Fora do Domicílio	13
ANEXO III - Instruções para preenchimento do Laudo médico do TFD	18
ANEXO IV- O valor da Ajuda de Custo segundo Portaria Federal	19

Vitória (ES), Sexta-feira, 13 de Janeiro de 2017.

1. Apresentação

A Constituição da República Federativa do Brasil garante aos cidadãos brasileiros o acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Os benefícios de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) foram estabelecidos pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999) – que dispõe sobre o TFD no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria SAS Nº 55, de 24/02/1999, estabelece que as despesas de TFD sejam pagas através do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e especifica o procedimento na Tabela SUS. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas ao transporte terrestre, aéreo e fluvial, ajuda de custo para diárias com alimentação e pernoite de paciente, doador e acompanhante, autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado do Espírito Santo.

As ações das diferentes instâncias governamentais organizadas de acordo com uma proposta de regionalização e hierarquização devem ser previstas para a cobertura universalizada e integrada da saúde da população, de forma descentralizada, com comando único em cada nível de governo, visando à otimização dos recursos disponíveis e economia de escala e escopo, cabendo ao Estado, o papel de coordenar a implantação da Política de Regulação da Assistência na rede estadual.

Objetivando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS neste Estado, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, em cumprimento ao § 1º do artigo 5º da Portaria SAS/MS nº 055/1999, elaborou o Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio, de acordo com as especificidades de sua rede de Assistência à Saúde. O Manual traça as diretrizes para os gestores Estaduais administrarem os procedimentos de Tratamento Fora de Domicílio através de uma política única, tendo como meta à humanização do atendimento dentro do Sistema Único de Saúde.

2. Conceito

Os benefícios do Tratamento Fora de Domicílio consistem no fornecimento de transporte interestadual e ajuda de custo (alimentação e pernoite) para deslocamento exclusivamente dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu acompanhante (nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado) para a realização de atendimento médico especializado em média e alta complexidade nas Unidades de Saúde cadastradas/conveniadas ao SUS em outros Estados. Estes benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniadas ao SUS no Estado, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitados ao período estritamente necessário ao tratamento, de acordo com o § 1º do Art. 1º da Portaria SAS/MS nº 055/1999, observando que a continuidade de tratamento no Estado de origem deve ser avaliada pelas Comissões Autorizadoras do TFD das Superintendências Regionais de Saúde (SRS).

3. Do Pedido de Tratamento

A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS, mediante Laudo Médico para Tratamento Fora do Domicílio (**Anexo II**), no qual deverá ficar bem caracterizado o **Quadro Clínico do Usuário e a sua necessidade que configure situação diferenciada que justifique o acréscimo da ajuda de custos (alimentação e pernoite)**, ¹de acordo com o artigo 6º da Portaria SAS/MS nº 055/1999.

3.1 – Da Diária para Despesa com Locomoção e Hospedagem

A diária para despesa com locomoção e hospedagem poderá ser acrescida nos termos especificados no item 6.2, mediante laudo fundamentado que demonstre a necessidade do paciente.

O tratamento deverá ser realizado em Unidade Assistencial do SUS (da rede própria contratada ou conveniada), que dispuser de recursos assistenciais, mais próxima da residência do paciente. Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, a Comissão Autorizadora do TFD encaminhará à Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade CERAC/ES, o Laudo e documentação suporte para inscrição no banco nacional de vagas (CNRAC) da demanda do usuário.

Para que seja concedido o Tratamento Fora do Domicílio, o pedido deve ser formalizado e constituído com os documentos listados no **Anexo I**, Laudo Médico para Tratamento Fora do Domicílio - **Anexo II**, e entregue à Comissão Autorizadora do TFD de cada Superintendência.

4. Da Autorização

A autorização da concessão do benefício será dada por Comissão Autorizadora do TFD de cada Superintendência.

O Tratamento Fora do Domicílio só será autorizado quando houver garantia de atendimento no Estado de referência, com horário e data definidos previamente.

A Comissão Autorizadora do TFD solicitará se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Caso seja necessária a permanência do paciente fora do Estado por motivo de prorrogação do tratamento, a Comissão Autorizadora do TFD deverá ser comunicada imediatamente através de Laudo médico, ou Laudo multiprofissional carimbado, assinado e datado.

No caso de prorrogação de tratamento, com comprovação de permanência em documento oficial da unidade executante no destino, ensejará na liberação de ajuda de custo para o período complementar.

Fica vetada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outros Estados, para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB).

5. Da Renovação do Laudo

Os pacientes cadastrados no Programa Interestadual TFD poderão renovar periodicamente seus Laudos Médicos, para continuarem a receber os benefícios de TFD. O Laudo terá validade de 01(um) ano, devendo ser periodicamente renovado pelo médico assistente do paciente no Estado do Espírito Santo, juntamente com o médico da Comissão Autorizadora do TFD, desde que se prove a necessidade de continuação do tratamento. Deverá ainda ser anexado relatório médico da equipe médica/médico assistente do caso, da unidade na qual o paciente está realizando tratamento fora do Estado, justificando a necessidade da manutenção do tratamento.

6. Dos benefícios do Programa Interestadual TFD

6.1. Da concessão dos benefícios

Ao ser notificado da necessidade do deslocamento do beneficiário (comprovação de agendamento), a Comissão Autorizadora do TFD providenciará:

a) O fornecimento de passagens de ida e volta para o paciente, pelo meio de transporte de menor custo, compatível com o seu estado de saúde, para até 01 (um) acompanhante quando indicado pelo médico e devidamente justificado e autorizado pela Comissão Autorizadora do TFD e, também, para o doador (quando houver).

Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância.

O Programa Interestadual TFD não se responsabilizará pelo transporte do paciente, acompanhante e doador, do Município de origem, até o local de embarque indicado nas passagens, concedidas através do Programa, bem como do local de desembarque ao Município de residência do paciente.

A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhante/doador será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Em conformidade com o Programa de controle e eficiência do gasto público "Mais com Menos", as solicitações de passagens aéreas deverão ser formuladas com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da viagem, com objetivo de assegurar as menores tarifas nos bilhetes aéreos. Em caráter excepcional, e desde que devidamente justificadas e autorizadas pelo Superintendente, às solicitações de passagens aéreas poderão ser formuladas sem o cumprimento do prazo mínimo.

Caso ocorra a reemissão de passagem por motivo de perda de voo, o paciente ou seu responsável legal e seu acompanhante e/ou doador, quando for o caso, arcarão com a taxa cobrada para reemissão e diferença do valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a companhia aérea ou no caso de passagem terrestre diretamente com a empresa rodoviária correspondente.

Quando não for possível precisar a data de término do tratamento, o fornecimento da passagem de retorno se dará após autorização da Comissão Autorizadora do TFD das Superintendências mediante Relatório de Atendimento e/ou Alta, datado e assinado, pelo médico assistente do Órgão de Destino e encaminhado por fax ou e-mail.

Pacientes que dependem de equipamentos essenciais à manutenção da vida, transporte exclusivo em maca, quadro clínico/condição física debilitada deverão ser removidos em ambulâncias especiais, salvo quando necessitarem de transporte aéreo individualizado, indicado pelo médico assistente ou pela Comissão Autorizadora do TFD.

Vitória (ES), Sexta-feira, 13 de Janeiro de 2017.

13

b) A liberação da ajuda de custo (alimentação e pernoite) antecipada necessária pelo período previsto para o tratamento a ser realizado em outro Estado (destino), em regime ambulatorial para paciente, acompanhante, doador e, em caso de internação, não será devida ajuda de custo, salvo se o acompanhante não permanecer junto com o paciente no Hospital, o que deverá ser comprovado através de relatório de alta.

O fornecimento da ajuda de custo será feito, através de depósito em conta corrente do paciente, acompanhante ou representante legal, após autorização pela Comissão Autorizadora do TFD, até cinco dias antes do deslocamento.

De acordo com o § 4º do Art. 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, é vetado o pagamento de diária para pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados na Unidade de Destino.

Em conformidade com os termos do artigo 8º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, quando o paciente/acompanhante/doador retornarem de outro Estado ao Estado de origem no mesmo dia, somente serão autorizadas passagens e ajuda de custo para alimentação.

É vedado o pagamento de transporte e ajuda de custo quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino por um período maior do que o autorizado.

c) No caso de falecimento do paciente/acompanhante/doador quando em Tratamento Fora de Domicílio em outro Estado, o Programa Interestadual TFD através das SRS custeará as despesas, considerando apenas os itens:

- Papéis de desembarço.
- Transporte com direito a urna funerária zincada e tanatopraxia ou embalsamento, no menor valor.
- Outras despesas correrão por conta da família e/ou do município de origem.

6.2. Do valor da Ajuda de Custo

Observando-se a disponibilidade orçamentária do Estado do Espírito Santo, o Programa TFD Interestadual do ES fornecerá a título de Ajuda de Custo (alimentação e pernoite) o valor igual à **R\$ 78,80** (setenta e oito reais e oitenta centavos), por dia e por pessoa.

A Portaria MS/SAS nº 55/1999 lista os procedimentos que constam no Programa TFD Federal e a Portaria MS/SAS nº 2.848/07 (Anexo IV) e estabelece os valores da Ajuda de Custo os quais serão utilizados para efeitos de faturamento pelo órgão estadual que fornecer a ajuda de custo.

Em casos excepcionais, que configure situação diferenciada que justifique o acréscimo da ajuda de custos (alimentação e pernoite), este valor poderá ser acrescido em 20%.

7. Do Acompanhante

Terão assegurado o direito de acompanhantes, conforme legislação vigente:

- Os pacientes menores de idade;
- Os pacientes maiores de 60 (sessenta) anos (Portaria Ministerial nº 280, de 07.04.1999);

Quando se tratar de menor de idade ou idoso tendo direito a acompanhante durante o período de internação, a Unidade Hospitalar oferecerá refeição e acomodação ao acompanhante sendo ressarcida dos gastos através da AIH.

- Os pacientes portadores de deficiência física ou mental poderão viajar com acompanhante, desde que seu grau de deficiência o impeça de viajar desacompanhado.

- Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. No entanto, a Comissão Autorizadora do TFD poderá indeferir tal necessidade depois de analisada a justificativa apresentada, pois a autorização de acompanhamento que não seja imprescindível poderá prejudicar o orçamento necessário à autorização para outros pacientes devido à limitação dos recursos orçamentários destinados ao TFD.

O acompanhante deverá ser maior de 18 (dezoito) anos, documentado e capacitado físico/mentalmente e não residir no local de destino.

O Programa Interestadual TFD não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante, após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo caso de morte ou doença devidamente comprovadas documentalmente.

8. Da Prestação de Contas do Benefício

A fim de proceder à prestação de contas, o paciente ou representante legal deverá apresentar a Comissão Autorizadora do TFD – via protocolo, ao setor de Divisão de Execução Orçamentária e Financeira das Superintendências de Saúde em até 05 (cinco) dias úteis, após o retorno ao estado do Espírito Santo, os seguintes documentos:

- a) Tíquetes originais de embarque aéreo e/ou canhotos dos bilhetes rodoviários
- b) Relatório de Atendimento e/ou Alta original e sem rasuras, devidamente preenchido, datado e assinado pelo médico assistente da Unidade de Destino onde foi realizado o TFD;
- c) Apresentação das notas fiscais, recibos e outros que comprovem a utilização do valor total da ajuda de custo (alimentação e pernoite). Caso o paciente não faça uso do valor total da ajuda de custo, por qualquer motivo, este valor deverá ser devolvido no ato da prestação de contas.**
- d) Os pacientes já cadastrados no Programa Interestadual TFD ao solicitarem retorno para continuidade do tratamento ou novo tratamento, só terão direito após prestação de contas das passagens aéreas ou rodoviárias, do relatório de atendimento e/ou da alta devidamente preenchida pelo médico assistente da unidade de destino onde foi realizado o Tratamento, para fins de comprovação do benefício recebido.

Caso o usuário retorne ao Estado antes da data prevista, ou o deslocamento não ocorra, a devolução da ajuda de custo, para alimentação e pernoite, recebida e não utilizada será subtraída do pagamento das diárias de viagens subsequente, nos casos de existência de programações de retorno, ou através devolução em conta bancária do FES/ES, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios.

9. Do Faturamento

A Superintendência Regional de Saúde efetuará mensalmente o faturamento eletrônico das atividades mediante a apresentação do relatório mensal do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Deverão ser considerados procedimentos de cobrança, via BPA, o transporte rodoviário, aéreo e fluvial e a ajuda de custo para alimentação e pernoite.

Os valores de ajuda de custo para alimentação e pernoite - para paciente, acompanhante e doador - são individuais, segundo os procedimentos e os valores estabelecidos na Portaria MS/SAS Nº 55/1999 e reajustados pela atual Portaria MS/SAS nº 2.848/07.

10. Considerações Finais

Considerando ofício GS/SAS nº 2.180 de 27/11/2007 do Ministério da Saúde por meio de Portarias GM/MS nº 2.488 de 02/10/2007 e GM/MS nº 2.848 de Novembro de 2007, onde constam os novos reajustes das tabelas do SIA/SUS, a responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos interestaduais será atribuída a Secretaria de Estado da Saúde, através das Superintendências Regionais de Saúde que utilizarão a tabela de procedimentos do SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

Considerando a atual política de regionalização da saúde do Estado do Espírito Santo - que tem entre os objetivos, reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região - as Superintendências Regionais de Saúde são responsáveis pelo atendimento e custeio das solicitações do TFD oriundas dos municípios das suas respectivas regiões de saúde.

11. Das Disposições Gerais

Todas as excepcionalidades serão avaliadas pela Comissão Autorizadora do TFD das Superintendências Regionais de Saúde.

Cada Superintendência Regional de Saúde terá sua Comissão Autorizadora de TFD, composta pelo: Superintendente, (01) um Médico, (01) um Assistente Social e outros profissionais desde que designados para esse fim.

ANEXO I

Documentos necessários à solicitação do TFD.

Laudo Médico de Tratamento Fora do Domicílio (Anexo II).

Vitória (ES), Sexta-feira, 13 de Janeiro de 2017.

15

Exames: eletrocardiograma com Laudo médico, hemograma completo, coagulograma completo, creatinina e glicemia de jejum, exames específicos do diagnóstico.
Cópia da: Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou Carteira de Identidade.
Cópia do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF.
Cópia da Carteira de Identidade do acompanhante e/ou doador, se houver.
Cópia de comprovante de residência (talão de água, luz, telefone) do paciente, acompanhante e/ou doador, se houver.
Cartão Nacional de Saúde do paciente, do acompanhante e doador, se houver.
Número da conta bancária do paciente ou acompanhante ou representante legal (por procuração reconhecida em cartório).
Cópia do CPF do titular da conta bancária.

ANEXO II



SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES DE
SAÚDE

ANEXO AO
PEDIDO:

CADASTRO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento: / / (dd/mm/aaaa) Idade (anos): Sexo: Peso (kilos ou gramas):

Altura (centímetros): Identidade: Órgão Expedidor: Data Exp.: / /

Certidão de nascimento: Município Nascimento: UF:

ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE

Av., Rua, nº e outros:

Bairro: CEP.: Telefone:

Município: UF:

REFERENTE AO LAUDO

Nome do Médico solicitante:

CPF do Médico solicitante:

Telefone:

Procedimento solicitado:
(com código)

CÓD.:

Diagnóstico provável:

CID 10:

Principais sinais e sintomas
clínicos:Principais resultados de
provas diagnósticos: (anexar
cópias)

Tratamento(s) realizado(s):

Tratamento Exame indicado:

INFORMAÇÕES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES REALIZADOS

Hemograma Completo:

Coagulograma
completo:

Creatinina:

Glicemia de
Jejum:

Eletrocardiograma:

Radiografia de
Tórax (para
maiores de 60
anos):

Vitória (ES), Sexta-feira, 13 de Janeiro de 2017.

17

**Relatório de risco cirúrgico
(coerente com os itens acima
descritos) segundo a
classificação da Sociedade
Americana de Anestesiologia
(ASA 1, 2, 3, 4 ou 5):**

--

**MÉDICO SOLICITANTE ASSINATURA E
CARIMBO**

--

ASSINATURA E CARIMBO

--

UNIDADE DE SAÚDE

CARIMBO

**DIRETOR DA
UNIDADE
ASSINATURA E
CARIMBO**

--

PARECER DA EQUIPE DO TFD

--

ASSINATURA E CARIMBO

**Duração provável do
Tratamento:**

--

**Justificativa para solicitar
realização de tratamento em
outra localidade:**

--

**Justificativa em caso da
necessidade do
encaminhamento urgente:**

--

**Justificativa em caso da
necessidade do
acompanhante:**

--

REFERENTE À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE

**Condições Hemodinâmicas
(incluindo necessariamente a
mensuração de PA):**

--

**Padrão
respiratório:**

--

Função renal e Hepática:

--

**Estado
Neurológico
Sumário:**

--

Estado Nutricional:

--

**Caracterização
de eventual
urgência do
procedimento:**

--

**História pregressa e atual
significativa especialmente
quanto ao uso e alergia e
medicamentos, bem como
alergia a contrastes,
anestésicos e anti-sépticos:**

--

**Informações
sobre dados
de exame
físico
realizado nos
últimos 08
dias, com
transcrição
das
informações
(podem ser na
forma
estruturada
ou não):**

--

**Atestar as condições de
remoção com segurança para
o paciente e indicações do
transporte adequado:**

--

ANEXO III

Instruções para preenchimento do Laudo médico do TFD

Seguir todos os itens desta instrução, pois o cadastro do paciente somente será aceito mediante as informações abaixo, não faltando nenhum item.

1 -Encaminhamento Médico do SUS indicando o Hospital e o Estado a ser encaminhado.

2- Preencher as vias do formulário, frente e verso, todos os campos com letra legível.

3- Assinatura e carimbo do Médico Especialista e do Diretor da Unidade que atendeu o paciente.

4 - Carimbo da Unidade do SUS que atendeu o paciente.
5- O procedimento solicitado e código do procedimento devem ser preenchidos. (site: http://sihd.datasus.gov.br).
6- O diagnóstico provável e o CID devem ser preenchidos.

ANEXO IV

Do valor da Ajuda de Custo

08.03.01.003.6	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente (para Tratamento CNRAC).	R\$ 24,75
08.03.01.001.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente.	R\$ 24,75
08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação de paciente sem pernoite.	R\$ 8,40
08.03.01.006.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhamento (para Tratamento CNRAC).	R\$ 24,75
08.03.01.004.4	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante.	R\$ 24,75
08.03.01.005.2	Ajuda de custo para alimentação de acompanhante sem pernoite.	R\$ 8,40
08.03.01.008-7	Unidade de remuneração para deslocamento de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas ou 321,87 km).	R\$ 181,50
08.03.01.007-9	Unidade de remuneração para deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas ou 321,87 km).	R\$ 181,50
08.03.01.012-5	Unidade de remuneração para deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km).	R\$ 4,95
08.03.01.010-9	Unidade de remuneração para deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 km).	R\$ 4,95

Protocolo 288194

**TERMO DE RESCISÃO AMIGÁVEL
CONTRATO Nº 0307/2011****CONTRATANTE** - Secretária de Estado da Saúde - SESA/HSJC**CONTRATADA** - CLEAN SURGICAL COMERCIO E SERVIÇOS LTDA EPP**OBJETO** - O presente termo tem por objeto rescindir amigavelmente a partir de 01/01/2017 o Contrato de nº 0307/2011, publicado no diário oficial do dia 16 de novembro de 2011, referente a prestação serviços de lavanderia.**DATA DA ASSINATURA** - 02/01/2017.**PROCESSO Nº 54444802/2011****MARCIA MACHADO CRAVO**
Diretora Geral HSJC
(Respondendo)
Protocolo 287995**RESUMO DO 1º TERMO ADITIVO
AO CONTRATO Nº 0346/2015****CONTRATANTE** - Secretaria de Estado da Saúde - SESA.**CONTRATADA** - SPECTROLAB DO BRASIL LTDA EPP**OBJETO** - Prorrogar o prazo de vigência do Contrato Original a partir de 05/01/2017 pelo período de 12 (doze) meses**DATA DA ASSINATURA** - 27/12/2016**PROCESSO Nº 70694451****FABIANO MARILY**
Subsecretário de Estado da Saúde**SIBIA SOARAIA MARCONDES**
Coordenadora Geral HEMOES
Protocolo 287996**ORDEM DE FORNECIMENTO Nº 0012/2017****PROCESSO Nº 70949158/2015****ATA DE REGISTRO DE PREÇOS 0348/2016****CONTRATANTE:** Secretaria de Estado da Saúde - SESA.**CONTRATADA:** CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA**OBJETO:** Aquisição do medicamento Haloperidol, valor total R\$ 3.655,08 (três mil seiscientos cinquenta e cinco reais e oito centavos).**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** Atividade - 20.44.901.10.303.0030.2692, Elemento de Despesa 339032, Fonte 0104000000 do orçamento