



## RESOLUÇÃO SESA nº 064/2018

**Autoriza o pagamento de diárias de custeio e transporte de retorno para usuários encaminhados para tratamentos de urgência/emergência fora do estado do Paraná via UTI aérea e/ou terrestre, e autoriza em casos excepcionais a liberação de segundo acompanhante, extensivo ao tratamento fora de domicílio**

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, conferidas pelo artigo 45, inciso XIV, da Lei Estadual nº 8.485/87, de 03 de junho de 1987 e o artigo 9º, incisos XV e XVI, do Decreto Estadual nº 2.270, de 11 de janeiro de 1988,

- Considerando a Portaria nº 055 MS/SAS de 24 de fevereiro de 1.999, de que embasa o encaminhamento de pacientes para tratamento intermunicipal ou interestadual;
- Considerando a Deliberação nº 034 de 11 de setembro de 1.999 da Comissão Intergestores Bipartite que disciplina os encaminhamentos para Tratamento Fora de Domicílio em todo o Estado e adapta às normas vigentes com a atual e otimiza a utilização dos recursos disponíveis evitando encaminhamentos desnecessários;
- Considerando a Deliberação nº 034 de 13 de abril de 2.007, da Comissão Intergestores Bipartite que regulamenta e orienta as atividades relativas ao encaminhamento de pacientes SUS para tratamento de saúde fora do seu domicílio, no Estado do Paraná e aprova o Manual de Regulamentação para Tratamento Fora de Domicílio no SUS/PR;
- Considerando a Portaria nº 2048 GM/MS, de 5 de novembro de 2.002 e o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- Considerando a perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.
- Considerando que estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumato-cirúrgico, gineco obstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais, seja para elucidação diagnóstica através de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação.
- Considerando que as grades de referência loco regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências.

**GABINETE DO SECRETÁRIO**



- Considerando que o transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado;
- Considerando que a transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;
- Considerando que este transporte poderá ser aéreo, ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, heliportos, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios;
- Considerando que o transporte inter hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido;
- Considerando que o transporte aéreo poderá ser indicado, quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado e para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas do paciente;
- Considerando que transporte terrestre poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências inter municipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento ao usuário;
- Considerando que no processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos usuários à cidade de origem ou fornecimento de passagens aéreas que, fora da situação de urgência, ao receberem alta, não apresentem possibilidade de locomover-se através de outros meios, por restrições clínicas;
- Considerando que usuários que não tenham autonomia de locomoção por limitações sócio econômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas inter setoriais, loco regionais e que planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após terem recebido alta, por dificuldade de transporte de retorno a suas residências;



- Considerando situações excepcionais em relação principalmente a pacientes com deficiência física, cuja patologia limita e dificulta seu manuseio e movimentação, somado muitas vezes a excesso de peso, principalmente no que tange ao transporte aéreo e sua acomodação na aeronave, como também no transporte aos respectivos Hospitais;
- Considerando a dificuldade que apenas 01 (um) acompanhante encontra em proporcionar a assistência física devida ao paciente somado às necessidades burocráticas formais de internamento;

## **RESOLVE:**

**Artigo 1º.** Beneficiar os pacientes desta situação específica, embora não enquadrados nas normas da Portaria MS/SAS/055/99 e das Deliberações N°034/1999 e n° 034/2007 da Comissão Intergestores Bipartite, com o pagamento de diárias de custeio e fornecimento de transporte para de retorno á cidade de origem, aéreo ou rodoviário, conforme indicação clínica, como também os pacientes usuários convencionais do Tratamento Fora de Domicílio, amparados pela legislação supra citadas;

**Artigo 2º.** O fornecimento de diárias de custeio obedecerá as normas vigentes do Tratamento fora de domicílio tanto em valores conforme a Deliberação n° 381/2014, da Comissão Intergestores Bipartite, como normas da Portaria MS/SAS/055/99, Artigo 1º; § 2º (*O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS*) e § 4º (*Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.*), ou por força de atendimento de urgência/emergência;

**Artigo 3º.** Devera ser preenchido imediatamente pelo Médico Responsável ou pelo Médico Auditor da Regional de Saúde a *GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS DE CUSTEIO E TRANSPORTE DE RETORNO PARA TRATAMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA FORA DO ESTADO DO PARANÁ VIA UTI AÉREA E/OU TERRESTRE (ANEXO 1) E AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DIÁRIAS DE CUSTEIO E TRANSPORTE DE RETORNO PARA TRATAMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA FORA DO ESTADO DO PARANÁ VIAS UTI AÉREA E/OU TERRESTRE (ANEXO 2) e enviadas imediatamente para a Superintendência de Gestão de Saúde (SGS);*

**Artigo 4º.** Por ser situação de urgência/emergência as diárias correspondentes serão reembolsadas após o recebimento da solicitação pelas Regionais de Saúde correspondentes e serão autorizadas pela CECTD e SGS;

**Artigo 5º.** As passagens ou meio de transporte de retorno serão liberados para paciente e 01 (Hum) acompanhante se houver, e no caso de transplante de órgãos, o doador, será autorizado e deverão ser agendadas pelas respectivas Regionais de Saúde junto a APAS (Área de passagens);



**Artigo 6º.** Em caso de necessidade de retorno para reavaliação do tratamento estipulado, deverá ser enquadrado dentro das normas do Tratamento Fora de Domicílio e assim considerado;

**Artigo 7º.** As solicitações de segundo acompanhante devem ser prescritas na própria solicitação de Tratamento Fora de Domicílio e justificadas;

**Artigo 8º.** Tal situação terá validade apenas para transportes para tratamento interestadual, sendo que a transferência entre municípios deverá ser pactuada pela Comissão Intergestores Bipartite;

**Artigo 9º.** Será de exclusiva competência da Coordenação da Comissão Estadual Central de Tratamento Fora de Domicílio e da Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde em ordem, a autorização formal do ato;

**Artigo 10º.** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação ficando revogadas disposições em contrário.

Curitiba, 06 de fevereiro de 2018.

  
Michele Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde



**ANEXO I – RESOLUÇÃO SESA N.º 0064/2018**

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS DE CUSTEIO E TRANSPORTE DE RETORNO PARA TRATAMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA FORA DO ESTADO DO PARANÁ VIA UTI AÉREA E/OU TERRESTRE .**

- Nome do Paciente: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
- Documento de Identidade: \_\_\_\_\_
- Cidade: \_\_\_\_\_
- Estado: \_\_\_\_\_
- C.E.P: \_\_\_\_\_
- Telefone:( ) \_\_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- Nome do(s) Acompanhante(s) \_\_\_\_\_  
(\* Segundo acompanhante só será autorizado com justificativa Médica e autorização da Coordenação do CECTDE e SGS)
- Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_
- Documento de Identidade: \_\_\_\_\_
- Primeiro Encaminhamento: ( ) SIM ( ) NÃO
- Retorno: ( ) SIM ( ) NÃO

**DADOS MÉDICOS:**

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos- LETRA LEGÍVEL

1. Diagnóstico Atual e CID 10: \_\_\_\_\_
2. Histórico e Motivo do ATENDIMENTO de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Meio de Transporte Utilizado inicial:  
( ) UTI Aérea ( ) UTI Móvel Terrestre ( ) Outro ( ) Qual : \_\_\_\_\_



- Local/Data: \_\_\_\_\_
- Nome do Médico Assistente: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
- Telefone para Contato: ( ) \_\_\_\_\_
- Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

Campos de preenchimento obrigatório

Aprovação do Gestor Local (SMS)

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

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Carimbo do Responsável

Aprovação da Regional de Saúde

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

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Carimbo do Responsável



**ANEXO II- RESOLUÇÃO SESA N.º 0064/2018**

**AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DIÁRIAS DE CUSTEIO E TRANSPORTE DE RETORNO PARA TRATAMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA FORA DO ESTADO DO PARANÁ VIA UTI AÉREA E/OU TERRESTRE.**

- Nome do Paciente: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_
- Data de Ida: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Data de Retorno: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Telefone para Contato: Fixo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde

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

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

Coordenação da Comissão Estadual Central de Tratamento Fora de Domicílio.

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

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_



## Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná - DIOE

Protocolo **10843/2018**



Título Resolução SESA nº 064/2018

Órgão SESA - Secretaria de Estado da Saúde


Depositário RAQUEL STEIMBACH BURGEL

E-mail RAQUEL@SESA.PR.GOV.BR

Enviada em 07/02/2018 14:44

 **Diário Oficial Executivo** Secretaria da Saúde Resolução-EX (Gratuita) 064.18.rtf  
161,79 KB

Data de publicação

 08/02/2018 Quinta-feira

Gratuita

Aprovada

07/02/18  
14:54Nº da Edição do  
Diário: 10126[Histórico](#)

TRIAGEM REALIZADA