



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DF

ATO NORMATIVO 5 - TRE-DF

Ato Normativo N° 5

Dispõe acerca das formas e regras para a assistência pela rede credenciada e de livre escolha dos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais – TRE-Saúde.

O **TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL**, em virtude do disposto no art. 43, da Resolução TRE-DF nº 7853, de 13 de agosto de 2020, que instituiu a Assistência à Saúde direta e indireta de magistrados, servidores, ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas no âmbito do Tribunal Regional Eleitoral do Distrito Federal – TRE-DF, e considerando a necessidade de regulamentar o inciso VII, do artigo 6º, do Anexo I da referida Resolução, resolve:

CAPÍTULO I

DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E AMBULATORIAL

SEÇÃO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A assistência médico-hospitalar e ambulatorial compreende:

- I. consultas;
- II. exames e diagnósticos complementares;
- III. tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- IV. assistência hospitalar;
- V. assistência domiciliar – *home-care*.

Art. 2º A assistência médico-hospitalar e ambulatorial em caráter eletivo, no caso de comprovada necessidade referendada por junta médica oficial da CAMS, poderá ser prestada em outra localidade, desde que autorizada pelo Conselho Administrativo do TRE-Saúde, que decidirá, ainda, sobre o percentual de coparticipação do beneficiário titular nessa hipótese.

SEÇÃO II

DO ATENDIMENTO

Art. 3º Ao utilizar a rede credenciada, o beneficiário do Programa deve apresentar-se ao

profissional ou à instituição credenciada munido da Carteira do TRE-Saúde e, quando necessário, da guia de encaminhamento.

Parágrafo único. Deverá haver prévia autorização de médico da CAMS em caso de internação clínica ou cirúrgica de caráter eletivo e nos tratamentos que demandem a realização de despesas com órteses e próteses médicas.

Art. 4º Nos casos de emergência aos sábados, domingos e feriados ou fora do horário de expediente da Seção de Desenvolvimento e Acompanhamento das Ações de Saúde –SEDAS, em que o credenciado não disponha de meios para emitir a guia por vias próprias, o beneficiário adotará as providências necessárias ao seu atendimento, podendo solicitar a emissão da guia posteriormente.

Art. 5º A substituição do profissional ou da instituição credenciada que deu início ao tratamento poderá ocorrer a pedido do beneficiário.

Art. 6º Poderá haver interrupção no tratamento, assegurando-se a contraprestação pecuniária tanto ao profissional quanto à instituição de saúde pelos serviços já efetuados.

Art. 7º Se houver necessidade de atendimento médico e/ou odontológico em localidade que não seja a de domicílio do beneficiário, este deverá procurar, preferencialmente, a rede credenciada ou conveniada local.

Art. 8º O beneficiário do TRE-Saúde efetuará o pagamento integral das despesas ao profissional e/ou instituição que eleger para lhe prestar assistência por meio de livre escolha e apresentará os devidos comprovantes para reembolso.

SEÇÃO III

DA INTERNAÇÃO CLÍNICO-HOSPITALAR

Art. 9º A assistência médico-hospitalar nos casos de internação compreende o custeio de despesas com:

- I. diárias e honorários profissionais;
- II. taxa de sala de cirurgia, de uso de equipamentos e instrumentos, e outras similares;
- III. medicamentos e materiais hospitalares.

Art. 10 Em situações passíveis de correção cirúrgica, descritas em relatório clínico, poderá ser permitida cirurgia plástica reparadora mediante autorização por junta médica oficial da CAMS.

SEÇÃO IV

DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - HOME CARE

Art. 11 O Programa de Internação Domiciliar – *Home-Care* consiste na prestação de serviços de assistência à saúde em nível domiciliar, com gerenciamento de equipe multidisciplinar que atenda em ambiente pós-hospitalar, com indicação médica e avaliação realizada por protocolo de auditoria médica.

Parágrafo único. O Programa compreende serviços prestados sob a modalidade de assistência médica direta, por meio de rede credenciada, ou de livre escolha, por clínicas ou empresas regularmente inscritas nos órgãos de fiscalização.

Art. 12 O *Home-Care* tem como objetivo os seguintes fundamentos:

I – cuidar de paciente com quadro clínico estável e de baixa complexidade, em seu domicílio, conferindo-lhe maior humanização no tratamento, buscando atender aos princípios da beneficência, não maleficência e justiça;

II – promover a alta hospitalar de paciente quando sua permanência em internação se deve apenas à realização de procedimentos de baixa complexidade que poderiam ser realizados em domicílio;

III – reduzir custos assistenciais característicos da utilização da infra-estrutura hospitalar;

IV – envolver, diretamente, os familiares do paciente na sua recuperação e restabelecimento;

V – possibilitar a identificação de pacientes capazes de serem transferidos para seu domicílio, poupando-os de eventual prejudicialidade à saúde, decorrentes de uma internação prolongada;

VI – estreitar a relação entre o médico, a equipe multiprofissional e o paciente, com todas as vantagens sociais e éticas daí decorrentes.

Art. 13 São passíveis de cobertura os seguintes serviços e procedimentos:

I – visita domiciliar médica (semanal, quinzenal e mensal);

II – visita domiciliar de enfermagem, com a administração por técnico ou auxiliar de enfermagem devidamente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de cuidados e a realização de procedimentos à saúde, recomendados por médico;

III – fisioterapia respiratória ou motora, realizada por profissional inscrito no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO);

IV – fonoaudiologia, realizada por profissional inscrito no Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFA);

V – avaliação nutricional, realizada por profissional inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN);

VI – utilização de materiais descartáveis, bem como de medicamentos, indispensáveis ao tratamento do paciente;

VII – utilização de materiais que se façam necessários à realização do tratamento do paciente ao ver da empresa prestadora de assistência domiciliar e que sejam aceitos pela Coordenadoria de Assistência Médicos e Sociais (CAMS).

§1º A oxigenoterapia rotineira será realizada, preferencialmente, por meio de aparelhos concentradores de oxigênio.

§2º A utilização de cilindro de oxigênio, indispensável à recuperação do paciente, dependerá de prescrição médica específica.

§3º A disponibilização dos serviços e procedimentos constantes deste artigo dependerá de prévia autorização da Administração do Programa, após manifestação dos profissionais responsáveis pela auditoria deste.

Art. 14 Não estão cobertos pelo *Home-Care* os seguintes serviços e procedimentos:

I – itens de uso pessoal e de higiene, a exemplo de fraldas e colchão, inclusive o do tipo “caixa de ovo”;

II – umidificador;

III – respirador comum, *Bilevel Positive Airway Pressure* – BIPAP ou Prótese Ventilatória de Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP);

IV – equipamento de uso médico e da enfermagem, a exemplo de estetoscópio,

esfignomanômetro e termômetro;

V – alimentos, suplementos e nutrientes alimentares e dietas enterais industrializadas; e

VI – hemodiálise e diálise peritoneal.

Art. 15 Para inclusão no *Home-Care*, o beneficiário titular do TRE-Saúde deverá entregar à Administração do Programa a seguinte documentação:

I – formulário de solicitação;

II – relatório do quadro clínico atual e das necessidades do paciente, preenchido e subscrito pelo médico assistente que indicou a internação domiciliar;

III – programa de assistência individualizado, elaborado pela empresa ou profissionais responsáveis pelo atendimento, contendo:

a) descrição das assistências clínico-terapêuticas e psicossociais necessárias ao tratamento do paciente;

b) indicação dos materiais, medicamentos, procedimentos e equipamentos necessários ao tratamento do paciente;

d) o cronograma de atividades dos diversos profissionais indicados e logísticas de atendimento, que inclua o número de sessões ou de consultas para cada área;

a periodicidade das visitas médicas;

e) a estimativa do tempo de permanência do paciente no Programa; e

f) o orçamento discriminado e pormenorizado.

IV – termo de ciência e responsabilidade, assinado pelo beneficiário titular do Programa, ou por seu responsável, quando for o caso;

V – formulário de elegibilidade.

§1º O pedido de inclusão no *Home Care* será submetido à Auditoria contratada pelo Programa para emissão de parecer, mediante avaliação clínica do paciente, no local de sua internação ou em sua residência.

§2º O deferimento do pedido, condicionado à manifestação de Junta Médica indicada pela CAMS, compete à Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP) e ao Conselho Administrativo do Programa, em grau de recurso.

Art. 16 Inicialmente, o paciente poderá ser inscrito no *Home Care* pelo prazo de até 240 (duzentos e quarenta) dias.

§1º As prorrogações dos prazos de assistência por meio do *Home Care* deverão ser requeridas, por escrito, pelo médico assistente, com antecedência mínima de 8 (oito) dias úteis.

§2º O requerimento de prorrogação deverá ser apresentado acompanhado de novo plano de assistência e de nova análise técnica, sujeitando-se aos mesmos critérios, exigências e procedimentos indicados para a inscrição do paciente no *Home Care*.

Art. 17 A inclusão de materiais, serviços e/ou procedimentos não previstos no *Home-Care* dependerá de autorização específica da CAMS, após manifestação de junta médica.

Art. 18 O *Home-Care* cessará quando se verificar a existência de uma das seguintes situações:

I – modificação do quadro clínico do paciente, estando ausentes os critérios de admissão;

II – internação hospitalar;

III – óbito do paciente;

IV – pedido do paciente ou do responsável legal;

V – indicação do médico assistente;

VI – descumprimento de qualquer das disposições contidas neste Ato Normativo, inclusive por parte da família; e

VII – fim do período previamente autorizado.

Art. 19 O custeio do valor de co-participação das despesas realizadas pelo *Home-Care* será procedido conforme percentual próprio, distinto do indicado para os casos de internação hospitalar.

Art. 20 O *Home Care* realizado por meio de assistência médica indireta de livre escolha será prestado mediante o reembolso dos valores gastos, observadas as tabelas de preços adotadas pelo TRE-Saúde, abatendo-se o percentual de coparticipação constante do Regulamento Geral do Programa.

§1º Para habilitar-se ao reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar ao TRE-Saúde requerimento, em formulário próprio, acompanhado de:

I – nota fiscal original, sem emendas ou rasuras, emitida em nome do beneficiário atendido ou do titular do programa TRE-Saúde;

II – detalhamento dos serviços prestados, com valores unitários e totais; e

III – relatório legível, emitido em nome do beneficiário atendido, contendo a descrição pormenorizada dos serviços prestados, a indicação das datas em que os procedimentos foram realizados, a data de emissão e a assinatura do médico assistente.

§2º Serão analisados apenas os requerimentos de reembolso apresentados em até 60 dias da emissão da nota fiscal.

§3º Para efeito de reembolso serão aceitos somente os documentos emitidos pela empresa que assiste o paciente, não se admitindo emissão nem substituição de documentos por outra empresa ou profissionais.

§4º O deferimento de reembolso dependerá da exatidão das informações prestadas, podendo o TRE-Saúde, a qualquer tempo, solicitar o complemento da documentação.

§5º O reembolso será efetivado em folha de pagamento no mês subsequente ao da apresentação do pedido.

SEÇÃO V

DO TRATAMENTO SERIADO

Art. 21 Os tratamentos seriados custeados pelo Programa TRE-Saúde observarão as disposições contidas neste Ato e consistirão em:

I. acupuntura;

II. atendimento fisioterapêutico;

III. atendimento fonoaudiólogo;

IV. atendimento psicológico; e

V. terapia ocupacional.

Parágrafo único. O tratamento seriado compreende atendimento realizado sob a modalidade de assistência médica direta (credenciados) ou de livre escolha, por clínicas ou empresas regularmente inscritas nos órgãos de fiscalização.

Art. 22 O tratamento em série realizado pela assistência pela rede credenciada ou por meio de livre escolha deve ser autorizado por médico da CAMS e está condicionado a prévia solicitação formulada por profissional competente, acompanhada de laudo no qual conste o diagnóstico e o tempo de duração do tratamento.

Art. 23 Os tratamentos seriados serão custeados pelo Programa e pelo beneficiário nos percentuais estabelecidos em ato normativo.

Art. 24 Serão autorizadas até 10 (dez) sessões de acupuntura, após recomendação e/ou

encaminhamento médico, que deverá (ão) conter:

- I. período e data de início do tratamento; e
- II. frequência com que deverá ser realizar o tratamento.

Parágrafo único. Caso seja necessário, poderá haver a autorização suplementar de novas sessões, limitadas a 50 (cinquenta) anuais, por beneficiário, mediante recomendação médica, que deverá conter relatório demonstrativo do desenvolvimento do tratamento, bem como da evolução do quadro clínico do paciente.

Art. 25 As sessões de fisioterapia serão autorizadas pela CAMS para serem prestadas por clínicas ou profissionais de fisioterapia, após indicação médica ou odontológica, na qual deverá haver a correspondente justificativa, o tratamento a ser realizado, bem como definição do número de sessões.

§1º Os tratamentos de Reeducação Postural Global (RPG), Cinesioterapia, Biofeedback, Pilates e iso-stretching serão limitados a 50 (cinquenta) sessões anuais, por beneficiário, cumulativas, após indicação médica, que deverá contar com a devida justificativa, tempo previsto do tratamento e resultado esperado.

§2º A solicitação de sessões adicionais deverá contar com recomendação médica própria, constando de relatório médico o novo período de tratamento e a evolução do quadro clínico do paciente deverá ser submetido à avaliação médica e autorização prévia da CAMS.

§3º O tratamento prestado a beneficiário internado ou integrante do Programa de Internação Domiciliar – Home-Care deverá contar com solicitação do médico assistente, na qual constará a justificativa do procedimento, tempo previsto do atendimento, número de sessões diárias e resultado esperado e dependerá de avaliação médica e autorização prévia da CAMS, cabendo à Auditoria Externa contratada pelo Programa acompanhar o curso do tratamento.

Art. 26 O atendimento fonoaudiólogo será prestado ao beneficiário, mediante indicação feita por otorrinolaringologista, pediatra, neurologista, psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo ou por cirurgião-dentista, que deverá contar com a devida justificativa, tempo previsto do tratamento e resultado esperado.

§1º O tratamento de fonoaudiologia será limitado a 2 (duas) sessões semanais, observando-se o máximo de 48 (quarenta e oito) sessões semestrais.

§2º A solicitação de sessões adicionais de fonoaudiologia dependerá da apresentação de relatório clínico, no qual deverá constar o tempo de realização do tratamento, resultado obtido, o tempo adicional do tratamento e resultado esperado, para avaliação e autorização da CAMS.

Art. 27 A assistência psicológica será prestada nas seguintes modalidades:

- I. psicodiagnóstico;
- II. orientação aos pais, nos casos em que o paciente é menor ou incapaz;
- III. psicomotricidade; e
- IV. psicoterapia individual, de grupo, familiar e de casal.

§1º O psicólogo poderá prestar cada uma das modalidades de assistência psicológica constantes da Tabela de Procedimentos do TRE-Saúde, desde que tenha a especialidade correspondente.

§2º A assistência psicológica estará limitada a 2 (duas) sessões semanais, de psicoterapia individual e psicomotricidade, por beneficiários, e a 2 (duas) sessões mensais de orientação aos pais, limitadas a 48 (quarenta e oito) sessões semestrais.

§3º Situações em que houver necessidade de um número maior de sessões, o beneficiário deverá solicitar ao TRE-Saúde autorização para realização de novas sessões por meio de relatório que contará com o prazo previsto para o tratamento e a evolução clínica observada e a esperada, para avaliação e autorização da CAMS.

§ 4º Não são custeados pelo TRE-Saúde:

- a) avaliação pedagógica;
- b) cursos atividades de desenvolvimento ou treinamento e similares, mesmo que incluam abordagens terapêuticas com foco no beneficiário do TRE-Saúde;
- c) orientação vocacional;
- d) psicoterapia com objetivo profissional ou cumprimento curricular junto a estabelecimento de ensino;
- e) teste psicotécnico;
- f) psicoterapia individual para mais de um membro de um mesmo núcleo familiar de beneficiários;
- e
- g) psicoterapia de grupo para o segundo e demais dependentes de um mesmo beneficiário titular, se no mesmo grupo terapêutico.

Art. 28 A terapia ocupacional será prestada ao beneficiário, mediante solicitação do tratamento formulada por médico, psicólogo, psiquiatra ou assistente social, no qual deverão constar o diagnóstico, a frequência, a previsão de duração do tratamento e o resultado esperado, com a devida justificativa.

§1º A terapia ocupacional estará limitada, por beneficiário, a 2 (duas) sessões semanais ou 12 (doze) sessões anuais, adicionada de 1(uma) sessão inicial com o terapeuta para fins de avaliação e elaboração do plano de tratamento.

§2º Nas situações em que houver necessidade de um número maior de sessões, o beneficiário deverá solicitar ao TRE-Saúde autorização para realização de novos atendimentos, por meio de relatório que contará com o prazo previsto para o tratamento e a evolução clínica observada e a esperada, para avaliação e autorização da CAMS.

Art. 29 Para todos os tratamentos seriados serão necessárias a apresentação de:

- a) relatório do profissional de saúde e especificação do tratamento indicado com o quantitativo de sessões, nos moldes do documento de autorização para tratamento seriado disponibilizado no SEI e na página do TRE-Saúde;
- b) autorização para tratamento pela CAMS, registrado no pedido médico; e
- c) comprovante de presença discriminando as datas das sessões realizadas, assinado pelo beneficiário, carimbado e assinado pelo profissional nos campos determinados, de acordo com o formulário de atendimento (tratamento seriado) disponibilizado no SEI e na página do TRE-Saúde.

Parágrafo único. Para o ressarcimento das despesas com o tratamento seriado deverá ser observado, ainda, ato próprio do Programa que trata do reembolso.

Art. 30 As autorizações para tratamentos seriados de RPG, Cinesioterapia, Biofeedback, ficam suspensas a partir da data da publicação deste Ato, sendo mantidas as sessões que estiverem em curso.

Art. 31 Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Administrativo.

Art. 32 Este Ato poderá ser alterado ou revogado por decisão do Conselho Administrativo do Programa TRE-SAÚDE.

Art. 33 Este Ato Normativo entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, na Sessão virtual do Plenário do TRE-DF, aos 13 dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte.

Desembargador Eleitoral **HUMBERTO ADJUTO ULHÔA**
RELATOR

DECISÃO

Aprovar a minuta de Resolução nos termos do voto do eminente Relator. Decisão unânime. Brasília/DF, 13/08/2020.

Participantes da Sessão:

Desembargador Eleitoral **HUMBERTO ADJUTO ULHÔA** - Presidente

Desembargador Eleitoral **J. J. COSTA CARVALHO** - Vice-Presidente e Corregedor Regional Eleitoral

Desembargadora Eleitoral **DIVA LUCY DE FARIA PEREIRA**

Desembargador Eleitoral **JOÃO BATISTA MOREIRA**

Desembargador Eleitoral **LUÍS GUSTAVO BARBOSA DE OLIVEIRA**

Desembargador Eleitoral **FRANCISCO CAMPOS AMARAL**

Desembargador Eleitoral **BRUNO MARTINS**



Documento assinado eletronicamente por **HUMBERTO ADJUTO ULHÔA**, **Presidente**, em 17/08/2020, às 22:17, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.tre-df.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0743961** e o código CRC **C23C6EBF**.

0002401-88.2018.6.07.8100 0743961v2