

096.678.221-68, QD 16 CJ C LT 15 PARANOIA, 4648277-6, IPTU/TLP, 2017, área construída superior a 120,00 m². O interessado tem o prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência, para recorrer da presente decisão, sem efeito suspensivo, ao Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais - TARF, conforme disposto no art. 98 do Decreto nº 33.269/2011.

REGINALDO LIMA DE JESUS

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE RECURSOS FISCAIS
1ª CÂMARA

PAUTA DE JULGAMENTO DA 1.ª CÂMARA - 5 de outubro de 2017

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projeção H, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento da 1.ª Câmara do TARF, que se realizará no dia 5 de outubro de 2017, quinta-feira, às quatorze horas, o(s) seguinte(s) feito(s):

Observação: Os julgamentos adiados em virtude de pedido de vista, ausência do Conselheiro Relator, adiantado da hora, ou quaisquer motivos, objeto de deliberação pelo colegiado, serão automaticamente pautados na primeira sessão ordinária subsequente, independentemente de nova publicação.

1. PARA PROSSEGUIMENTO DE JULGAMENTO:

a) Processo n.º 127.006.686/2013, Tributo ITCD, RV 114/2016, Recorrente ANDRÉ PHANECKER FEQUES FERREIRA, Advogado Leonardo Chagas e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Adalberto Pinto de Barros Neto. (OS AUTOS ESTAVAM COM VISTA AO CONS. PRESIDENTE)

2. PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

b) Processo n.º 040.001.146/2015, Tributo ICMS, RV 273/2016, Recorrente SIMM - SOLUÇÕES INTELIGENTES PARA MERCADO MÓVEL DO BRASIL S.A, Advogado Thiago Rufalco Medaglia e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Juvenil Martins de Menezes Filho.

c) Processos n.º 127.006.181/2015, 127.006.179/2015 e 127.006.180/2015, Tributo ITCD, RV 14/2017, RV 15/2017 e RV 16/2017, Recorrente GABRIEL CALDAS BONFIM, FERNANDO COLCERNIANI JUNIOR e DELCÍDIA BORGES COLCERNIANI, Advogado Adriano Souza Nóbrega e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Juvenil Martins de Menezes Filho.

d) Processos n.º 043.005.945/2013, 043.005.090/2014 e 127.013.987/2013 e, Tributo ITCD, RV 410/2015, RV 411/2015 e RV 409/2015, Recorrentes RENATO BOTARO e RENATA FERNANDES BOTARO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Rudson Domingos Bueno.

e) Processos n.º 043.002.200/2013, Tributo ITCD, RV 578/2015, Recorrente ANDRÉ GUSTAVO SIMÕES ASSUMPÇÃO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relatora Conselheira Cordélia Cerqueira Ribeiro.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Daniel Beltrão de Rossiter Corrêa.

PAUTA DE JULGAMENTO DA 1.ª CÂMARA - 6 de outubro de 2017

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projeção H, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento da 1.ª Câmara do TARF, que se realizará no dia 6 de outubro de 2017, sexta-feira, às quatorze horas, o(s) seguinte(s) feito(s):

Observação: Os julgamentos adiados em virtude de pedido de vista, ausência do Conselheiro Relator, adiantado da hora, ou quaisquer motivos, objeto de deliberação pelo colegiado, serão automaticamente pautados na primeira sessão ordinária subsequente, independentemente de nova publicação.

1. PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

a) Processo: 127.011.300/2012, Tributo ITCD, RV 508/2015, Recorrente GLÁUCIO ERIC RIBEIRO, Advogado Rafael Gil Falcão de Barros e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relatora Conselheira Cordélia Cerqueira Ribeiro.

b) Processo: 128.000.283/2016, Tributo ICMS, RV 138/2017, Recorrente MATABOI ALIMENTOS S/A, Advogada Débora Monteiro Spirandeli, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Rudson Domingos Bueno.

c) Processo: 128.000.914/2014, Tributo ICMS, RV 92/2017, Recorrente JBS S/A, Advogado Fábio Augusto Chilo e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relatora Conselheira Cejana de Queiroz Valadão.

d) Processo: 128.002.619/2014, Tributo ICMS, RV 114/2017, Recorrentes MATABOI ALIMENTOS S/A, Advogada Débora Monteiro Spirandeli, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relatora Conselheira Cejana de Queiroz Valadão.

e) Processo: 127.007.054/2013, Tributo ITCD, RV 385/2015, Recorrente VICTOR FERREIRA MACHADO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Juvenil Martins de Menezes Filho.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Daniel Beltrão de Rossiter Corrêa.

Brasília/DF, 26 de setembro de 2017

CELY M. T. CURADO

2ª CÂMARA

PAUTA DE JULGAMENTO DA 2.ª CÂMARA - 04 de outubro de 2017

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projeção H, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento da 2.ª Câmara do TARF, que se realizará no dia 4 de outubro de 2017, quarta-feira, às quinze horas, o(s) seguinte(s) feito(s):

Observação: Os julgamentos adiados em virtude de pedido de vista, ausência do Conselheiro Relator, adiantado da hora, ou quaisquer motivos, objeto de deliberação pelo colegiado, ficam automaticamente pautados na primeira sessão ordinária subsequente, independentemente de nova publicação.

1. PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

a) Processo: 043.001.618/2013, Tributo ITCD, RV 347/2015, Recorrente IARA BARBOSA MARTORELLI, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relatora Conselheira Samara de Oliveira Freire.

b) Processo: 128.002.643/2014, Tributo ICMS, RV 115/2017, Recorrente MATABOI ALIMENTOS S/A, Advogada Débora Monteiro Spirandeli e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relator Conselheiro Sebastião Hortêncio Ribeiro.

c) Processo: 128.001.098/2015, Tributo ICMS, RV 117/2017, Recorrente MATABOI ALIMENTOS S/A, Advogada Débora Monteiro Spirandeli e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relator Conselheiro Sebastião Hortêncio Ribeiro.

d) Processo: 128.000.641/2015, Tributo ICMS, RV 121/2017, Recorrente MATABOI ALIMENTOS S/A, Advogada Débora Monteiro Spirandeli e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relator Conselheiro Carlos Daisuke Nakata.

e) Processo: 040.002.173/2013, Tributo ICMS, RV 217/2016, Recorrente JULIANA MIRANDA COMÉRCIO DE ROUPAS E CALÇADOS LTDA., Advogado Luiz Carlos Rodrigues de Almeida, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relator Conselheiro James Alberto Vitorino de Sousa.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Daniel Beltrão de Rossiter Corrêa.

Brasília/DF, 26 de setembro de 2017

CELY M. T. CURADO

Gerente GESAP/TARF

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 478, DE 06 DE SETEMBRO DE 2017

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o DECRETO nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, publicado no DODF de 27 de novembro de 2015, páginas 03 a 10, republicado no DODF de 18 de janeiro de 2016, páginas 01 a 07, que dispõe sobre a nova estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Considerando o disposto nas Portarias nº 29 - SVS/MS, de 13 de janeiro de 1998, nº 822 -MS, de 06 de junho de 2001, nº 2.529 - MS de 19 de outubro de 2006, e nº 113 - SES, de 03 de agosto de 2004; nas Resoluções RDC nº 63 - ANVISA/MS, de 06 de julho de 2000, RDC nº 11 - ANVISA/MS, de 26 de janeiro de 2006, e nº 304 - Conselho Federal de Nutricionistas, de 26 de fevereiro de 2003, Considerando a necessidade de definir normas e critérios para o cadastramento dos pacientes e para a dispensação ambulatorial de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar, no âmbito do Distrito Federal, RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar, no âmbito do Distrito Federal, constante dos Anexos desta Portaria;

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 156/2004 - SES/DF, a Portaria nº 20/2007 - SES/DF, a Portaria nº 94/2009 - SES/DF, a Portaria nº 06/2016 - SES/DF e demais disposições em contrário.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FORNECIMENTO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

1. OBJETIVO:

1.1. O presente Regulamento tem por objeto a definição de normas e critérios para o cadastramento de pacientes em uso de fórmulas para fins especiais em regime de atendimento domiciliar e para a dispensação ambulatorial destas fórmulas, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito do Distrito Federal.

2. DEFINIÇÕES:

Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

2.1. Atenção Domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio;

2.2. Assistência Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio;

2.3. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e responsável por seguir as orientações da equipe de saúde referentes à dieta, higiene, mobilização do paciente, dentre outras estabelecidas no plano terapêutico do paciente. Atua também como canal de comunicação entre o paciente e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

2.4. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído por ao menos um profissional de cada categoria, a saber: Nutricionista, Médico, Farmacêutico e Enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional;

2.5. Fórmula para fins especiais (FE): é todo produto industrializado, especialmente formulado ou processado, com modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, que atendam às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas, podendo ser completo ou constituído de nutrientes isolados (módulos), utilizado exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais;

2.6. Índice de Massa Corporal (IMC): corresponde à razão entre o Peso em quilogramas e a Altura em metros quadrados;

2.7. Mini Avaliação Nutricional (MAN): instrumento para avaliação nutricional subjetiva de idosos;

2.8. Prescrição dietética da FE: determinação de nutrientes ou da composição de nutrientes da FE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, conforme diagnósticos clínico e nutricional. Deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando sua avaliação nutricional, suas necessidades nutricionais e condições do trato digestório;

2.9. Prescrição médica da TNE: determinação da via de acesso, do diagnóstico clínico e do prognóstico terapêutico envolvidos na prática da TNE;

2.10. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição enteral (NE);

2.11. Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE, prestados no domicílio do paciente assistido por equipe multiprofissional de saúde;

2.11.1 TNED de Curto Prazo: terapia aplicada por período máximo de 6 meses;

2.11.2 TNED de Longo Prazo: terapia aplicada por período superior a 6 meses;

2.12. Termo de Consentimento Informado e Esclarecido: documento que deve ser assinado pelo próprio paciente ou pelo cuidador/responsável, para assegurar que ambas as partes comprometidas pelo atendimento ficaram cientes de suas responsabilidades.

3. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

Na aplicação deste Regulamento, são adotadas as seguintes condições específicas:

3.1. Prescrição da TNE:

3.1.1. O médico é responsável pela prescrição médica da TNE;

3.1.2. O nutricionista é responsável pela prescrição dietética da FE;

3.1.3. A Prescrição Dietética deve contemplar a Avaliação Nutricional Objetiva e/ou Subjetiva do paciente, o Gasto Energético Total (GET), a via de administração da dieta, as características da (s) fórmula (s), o Valor Energético Total (VET), o volume total diário e mensal a serem administrados, a assinatura e o carimbo do nutricionista, bem como o seu número de inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas, conforme Anexo III;

a) Em relação à apresentação da fórmula enteral:

I. Fórmulas em pó - discriminar os quantitativos em gramas;

II. Fórmulas líquidas - discriminar os quantitativos em mililitros;

3.1.4. A TNED deve trazer melhorias para a qualidade de vida dos pacientes e atender a objetivos de curto e longo prazos;

a) Entende-se como curto prazo a interrupção ou redução da progressão das doenças, a cicatrização das feridas, a transição para a nutrição por via oral, se o caso assim permitir, e a melhora do estado nutricional;

b) Entende-se por longo prazo a manutenção do estado nutricional normal, a reabilitação do paciente em termos de recuperação física e social, e a substituição gradual, de acordo com a tolerância do paciente, da dieta industrializada pela dieta enteral mista.

3.1.5. Quando necessários para a viabilização da prática da TNED, os frascos para acondicionamento e administração da FE podem ser solicitados de acordo com a necessidade do paciente.

3.1.6. Quando necessários para a viabilização da prática da TNED, os equipos para administração da NE podem ser solicitados de acordo com a Portaria nº 113 de 03 de agosto de 2004 - SES/DF;

3.1.7. O nutricionista deve prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, de acordo com o elenco de fórmulas padronizadas pela SES constantes na RELAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR, elaborada e divulgada pela Gerência de Nutrição;

3.1.8. Para efeitos deste Regulamento Técnico serão adotadas as seguintes indicações:

a) São considerados prioritários para o programa pacientes que tenham vias de acesso enterais (sondas nasogástricas - SNG - sondas nasoentéricas - SNE - gastrostomias - GT - ou jejunostomias - JT) e que não podem, não devem ou não conseguem se alimentar por via oral e não atingem de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por via oral, mas que possuem o Trato Digestório parcial ou totalmente funcionante.

b) As fórmulas para fins especiais para uso por via oral são indicadas prioritariamente para os pacientes portadores de:

b1) Fibrose Cística;

b2) Epidermólise Bolhosa Congênita;

b3) Erros Inatos do Metabolismo que necessitam de fórmulas especiais;

b4) Doença inflamatória intestinal;

b5) Epilepsia refratária em tratamento com dieta cetogênica;

b6) Alergia à proteína do leite de vaca, com diagnóstico clínico confirmado, até completarem 2 (dois) anos de idade;

b7) Galactosemia até completarem 2 (dois) anos de idade, podendo ser prorrogado até os 5 anos de idade, desde que desnutridos ou em risco nutricional;

b8) Disfagia que necessitem de espessante;

b9) Úlcera por pressão, desde que desnutridos ou em risco nutricional;

b10) Pacientes desnutridos portadores de:

b10.1) Doença Renal Crônica (DRC), que atendam ao menos a um dos seguintes critérios:

IMC \leq 18,5 kg/m², ou

Perda Ponderal Recente (PPR) ³ 10% nos últimos 6 meses, ou

Albumina \leq 2,5 mg/dL (pacientes em diálise: \leq 3,0 mg/dL).

b10.2) Câncer, que atendam ao menos a um dos seguintes critérios:

ASG ou ASG-PPP: risco nutricional grave, ou

IMC \leq 18,5 kg/m², ou

Perda Ponderal Recente (PPR) ³ 5% nos últimos 6 meses, ou

IMC $<$ 20 kg/m² e Perda Ponderal Recente (PPR) ³ 2% nos últimos 3 meses, ou

Albumina \leq 2,5 mg/dL.

b10.3) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que atendam ao menos a um dos seguintes critérios:

ASG: risco nutricional grave, ou

IMC \leq 18,5 kg/m², ou

Perda Ponderal Recente (PPR) ³ 5% nos últimos 6 meses, ou

Albumina \leq 2,5 mg/dL.

b10.4) Idosos, que atendam ao menos a dois dos seguintes critérios:

MAN: risco nutricional grave,

IMC \leq 22 kg/m²,

Perda Ponderal Recente (PPR) ³ 10% nos últimos 6 meses,

Albumina \leq 2,5 mg/dL.

Obs.: A albumina somente deve ser considerada para pacientes que não se encontrem em fase inflamatória aguda.

3.1.9. O cadastro dos pacientes contemplados no item 3.1.8.b10 terá validade de 1 (um) ano, a contar da primeira prescrição dietética, quando os critérios de indicação deverão ser novamente avaliados para prorrogação do cadastro por mais 1 (um) ano.

a) Não há limite definido de prorrogação de cadastro, desde que se comprove continuidade de atendimento aos critérios.

b) Se não for comprovada continuidade de atendimento aos critérios, o paciente será automaticamente descadastrado ao final do período autorizado.

c) A autorização por 1 (um) ano não exime o paciente de ser reavaliado a cada 3 (três) meses, conforme disposto no item 8.2.

3.1.10. A Gerência de Nutrição poderá alterar (substituir, incluir ou excluir) os itens da RELAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR, conforme indicação e necessidades nutricionais dos pacientes;

3.1.11. Quando da prescrição da FE, faz-se imprescindível a prescrição do volume hídrico complementar, em função da hidratação do paciente e da higienização do equipo;

3.1.12. Os Serviços de Saúde que praticam a TNED devem ter protocolos de avaliação do estado nutricional, de indicação da TNED, de acompanhamento e avaliação da eficácia da TNED e de orientação nutricional para alta hospitalar em TNED;

3.1.13. No momento da prescrição da TNED pelo nutricionista a família e/ou o cuidador do paciente devem ser orientados e treinados quanto aos cuidados com o armazenamento, preparo, administração, horários e técnicas de infusão da FE;

3.1.14. A alta hospitalar do paciente em TNE deve ser programada pela EMTN e informada ao nutricionista com antecedência, a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para a aquisição das fórmulas e quanto ao manejo da FE no nível domiciliar;

3.1.15. Para fins de Prescrições Médica da TNE e Dietética de FE para atendimento domiciliar, os nutricionistas e médicos devem ser cadastrados na Gerência de Nutrição, conforme modelo de Cadastro nos Anexos VI e VII.

§ 1º Os critérios de cadastramento são elencados a seguir:

a) ser profissional da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal ou da rede a ela conveniada;

b) estar disponível para eventuais contatos da Gerência de Nutrição;

c) participar de reuniões periódicas e científicas com a Gerência de Nutrição, sempre que convocado, sendo que, em casos de impossibilidade de participação nas mesmas, deve ser feita a devida justificativa;

d) manter os itens cadastrais atualizados junto à Gerência de Nutrição;

e) fornecer informações idôneas a respeito dos pacientes atendidos, sob pena de restituir aos cofres públicos os custos do tratamento.

§ 2º Como critérios de exclusão de cadastramento, ficam estabelecidos:

a) indisponibilidade para contatos efetuados pela Gerência;

b) duas faltas injustificadas a reuniões com a Gerência de Nutrição.

3.1.16. O exercício das atividades relativas ao PTNED é exclusivo ao profissional enquanto desenvolve suas atribuições no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal ou da rede a ela conveniada.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

4.1. Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar são:

a) Ser domiciliado no Distrito Federal;

b) Ser usuário do SUS/DF;

c) Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II);

d) Ter sido atendido ou internado previamente pela doença de base nas Unidades de Saúde da Rede da SES/DF e Unidades Hospitalares conveniadas do SUS/DF;

e) Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação em formulário específico da SES/DF (Anexo IV);

f) Apresentar estabilidade clínica;

g) Possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNED e que seja capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais;

h) Possuir condições domiciliares adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE, ou seja, possuir no domicílio energia elétrica, geladeira, água potável e saneamento básico;

i) Atender aos critérios de indicação estabelecidos no item 3.1.8.

4.2. É de responsabilidade do Assistente Social a avaliação do candidato a TNED no que tange ao descrito nos subitens 4.1.g e 4.1.h, anteriormente citados, conforme formulário padronizado (Anexo V).

5. CADASTRAMENTO DO PACIENTE:

5.1. O paciente com indicação de TNED deve ser cadastrado por nutricionista cadastrado no PTNED, conforme item 3.1.15, após atendimento dos critérios de elegibilidade explicitados no item 4 deste regulamento.

5.2. Os documentos necessários para o cadastramento são:

- Relatório Médico: elaborado em formulário específico (Anexo IV), por profissional médico da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição;
- Relatório Nutricional: elaborado em formulário específico (Anexo III) por profissional nutricionista da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição;
- Relatório do Serviço Social: elaborado por profissional assistente social da SES/DF, em formulário específico (Anexo V);
- Cópia dos documentos de identidade e do cadastro de pessoa física - CPF do paciente. Se for criança e ainda não possuir carteira de identidade, pode-se anexar cópia da certidão de nascimento.
- Cópia do comprovante de residência: conta de água, energia, telefone fixo, internet fixa ou TV por assinatura residencial em nome do paciente ou responsável (pais). Caso o comprovante esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento. Caso o comprovante não esteja no nome do paciente, dos pais, ou do cônjuge, anexar declaração do proprietário (independente do grau de parentesco com o paciente), informando em que condições o paciente reside no imóvel (alugado, emprestado, etc.), bem como cópia dos seus documentos de identidade e CPF;
- Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II);
- Caso o requerente não seja o próprio paciente ou parente próximo, anexar declaração informando qual a relação entre o requerente e o paciente.

5.3. Nos casos em que os processos não forem contemplados nesta Portaria, a Gerência de Nutrição, encaminhará os mesmos para apreciação e manifestação do Senhor Subsecretário de Atenção Integral à Saúde da SES/DF;

5.4. O processo, devidamente autorizado ou não, deverá ser restituído à Gerência de Nutrição para providências cabíveis.

6. AQUISIÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PELA SES/DF:

6.1. A aquisição de fórmulas para nutrição enteral domiciliar deve ser realizada pela Gerência de Nutrição, responsável pela emissão do Pedido de Aquisição de Materiais (PAM);

6.2. A Central de Compras da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal realiza o processo licitatório para a aquisição das fórmulas;

6.3. Cabe à Gerência de Nutrição, por intermédio de nutricionista indicado, a emissão de parecer técnico sobre as fórmulas para fins especiais vencedoras neste processo licitatório.

7. DISPENSAÇÃO:

7.1. A dispensação de fórmulas para TNED deve ser feita mediante as seguintes etapas:

- A Gerência de Nutrição, mediante o Requerimento do paciente, emitirá o Parecer Técnico quanto à(s) fórmula(s) prescrita(s), seguindo os passos explicitados no Anexo VIII;
- Os processos contemplados nesta Portaria serão encaminhados pela Gerência de Nutrição para a Central de Nutrição Domiciliar (CNUD) para devida dispensação da fórmula ao paciente;
- A dispensação das fórmulas será realizada mensalmente na CNUD, mediante o cadastro do paciente ou seu responsável legal (comprovado por meio de procuração), que será realizado por meio de apresentação de cópia dos documentos de identidade e CPF, juntamente com o original. Após cadastramento, no momento de retirada das fórmulas o paciente ou seu responsável deverá apresentar documento de identificação que contenha o número de identidade, com foto.

8. MONITORAMENTO:

8.1. O paciente em TNED deve ser acompanhado periodicamente para a avaliação da tolerância à FE e das alterações clínicas e antropométricas, a fim de se controlar a eficácia do tratamento e efeitos adversos e alterar a prescrição quando necessário;

8.2. O intervalo máximo entre as reavaliações nutricionais não deve ser superior a 03 (três) meses;

8.3. O nutricionista, após o atendimento ao paciente, deve elaborar o Relatório Nutricional (Anexo III - opção Reavaliação) e encaminhá-lo à Central de Nutrição Domiciliar (CNUD);

8.4. Cabe ao Nutricionista da CNUD emitir parecer técnico referente à reavaliação do estado nutricional do paciente em TNED e autorizar ou não a dispensação da fórmula;

8.5. O paciente em TNED deverá apresentar um Relatório Médico atualizado a cada 06 (seis) meses, elaborado pelo médico da SES/DF responsável por seu acompanhamento (Anexo IV);

a) O Relatório Médico deverá ser entregue ao nutricionista prescritor no momento da reavaliação nutricional, que ficará encarregado de encaminhá-lo à CNUD, juntamente com o Relatório Nutricional.

8.6. Cabe ao Nutricionista da CNUD realizar visitas de auditoria ao domicílio dos pacientes, em periodicidade a ser determinada pelo serviço, em que serão avaliadas as condições de moradia, armazenamento, preparo, administração das fórmulas e cuidados ao paciente.

a) Caso seja(m) identificada(s) irregularidade(s) relativas aos critérios de inclusão definidos no item 4.1., ou seja(m) identificado(s) critério(s) de exclusão (item 10.1.), o nutricionista da CNUD poderá descastrar o paciente do PTNED;

b) O nutricionista da CNUD também poderá fazer ajustes da data de retorno ou recolher produtos excessivos acumulados desnecessariamente no domicílio do paciente;

c) Após a visita domiciliar, o nutricionista da CNUD emitirá relatório que deverá ser encaminhado à GENU e ao nutricionista prescritor que acompanha o paciente.

9. ALTA DO PROGRAMA:

9.1. Antes da interrupção da TNED, o paciente deve ser avaliado nos seguintes aspectos:

- Capacidade de atender mais de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;
- Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida;
- Alcance dos objetivos inicialmente propostos para a TNED.

10. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

10.1. São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas para TNED, os abaixo relacionados:

- Inveracidade das informações prestadas;
- Não preenchimento do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
- Ausência de cuidador identificado;
- Instabilidade clínica;
- Pacientes pediátricos portadores de alergia à proteína do leite de vaca com 2 anos de idade ou mais;
- Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;
- Mudança de domicílio para fora do Distrito Federal;
- Ausência de encaminhamento dos relatórios médico e nutricional de reavaliação ou relatórios incompletos;
- Alcance dos objetivos de curto e longo prazos, com consequente alta do tratamento;
- Não comparecimento para retirar os produtos prescritos por mais de 06 (seis) meses consecutivos, salvo nos casos em que for informado que o paciente permaneceu em internação hospitalar durante o período;
- Óbito.

10.2. O nutricionista deverá informar o motivo e o descadastramento do paciente à Gerência de Nutrição.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Os casos não contemplados nesta Portaria serão analisados e deliberados pelo Excelentíssimo Senhor Subsecretário de Atenção Integral à Saúde da SES/DF.

ANEXO II

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Paciente), _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____, CPF nº _____, está sendo admitido no Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED) e reconhece as normas e critérios que o definem.

Nos casos em que o paciente não tiver condições de responder legalmente, também deverá ser preenchido o cadastro de responsável abaixo e anexadas as cópias de RG, CPF, documento comprobatório do grau de parentesco ou procuração com firma reconhecida.

(Responsável), _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____, CPF nº _____, (grau de parentesco) _____ do paciente, está ciente e de acordo com as normas deste Termo, responsabilizando-se como cuidador junto ao Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do PTNED, dentre as quais estão as elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo desta Portaria e demais instrumentos regulamentares do Programa (item 7 é de anuência opcional; marcar a opção correspondente):

- Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança para outro estado, devo informar à equipe do PTNED e não farei parte do Programa.
 - Possuo via de acesso enteral (sonda ou ostomia) ou preencho os critérios de inclusão para via oral.
 - Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar e óbito e mudança de endereço.
 - Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
 - Sou capacitado ou possuo cuidador capacitado para corresponsabilizar-me pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
 - Estou ciente que o uso das fórmulas fornecidas é de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Central de Nutrição Domiciliar, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
 - () Sim () Não: Autorizo o uso dos dados nutricionais, médicos e demográficos para fins de pesquisa e relatórios técnicos que a Gerência de Nutrição julgar necessários. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais, não sendo divulgados dados pessoais que identifiquem os participantes. A participação não gera qualquer despesa ou pagamento ao participante. A recusa em autorizar o fornecimento dos dados não impedirá o cadastro do paciente no PTNED.
- Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente Assinatura do responsável

(Quando for o responsável pelo cadastro)

ANEXO III

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

RELATÓRIO NUTRICIONAL

<input type="checkbox"/> CADASTRO - 1ª VEZ	<input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO	<input type="checkbox"/> CARÁTER EXCEPCIONAL
Nome do paciente: _____		
Data Nascimento: //	Idade: _____	Telefone: _____
Diagnóstico clínico: _____		CID: _____
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> ASG <input type="checkbox"/> MAN-idosos <input type="checkbox"/> OMS-pediatria <input type="checkbox"/> Outra:		
História clínico-nutricional		
Peso (kg): _____	Altura (m): _____	IMC (kg/m²): _____
Pediatria (escore Z) _____	P/A: _____	A/I: _____
Diagnóstico nutricional: _____		
PRESCRIÇÃO DIETÉTICA		
Via de administração	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNG/SNE
		<input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> JT
Duração do tratamento	<input type="checkbox"/> Curto: ≤ 6 meses	<input type="checkbox"/> Longo: > 6 meses
Tipo de dieta	<input type="checkbox"/> Industrializada <input type="checkbox"/> Mista; nº horários artesanal:	
GÊT (kcal): _____	VET (kcal): _____	Obs.: _____
kcal/kg peso/dia: _____	g PTN/kg peso/dia: _____	
Alteração de prescrição	<input type="checkbox"/> 1ª vez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; motivo: _____	
Código(s) SES	Quantidade/dia (g/mL)	Quantidade/mês (g/mL)
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU	x 30 = _____
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU	x 30 = _____
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU	x 30 = _____
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU	x 30 = _____
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU	x 30 = _____
Frasco: Dia Mês (x 30)	Equipo: Dia Mês (x 30)	Obs.: _____
Preencher se for reavaliação/renovação de caráter excepcional		
Estado geral do paciente	<input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Manteve <input type="checkbox"/> Piorou	
Reinternação último trimestre	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; nº dias internados: _____	
Alterou via de acesso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; para qual via? _____	
Motivo alteração de via: _____		
Preencher se for APLV		
<input type="checkbox"/> AM / FI <input type="checkbox"/> AI. Comp.	% VET fórmula: _____	Duração do uso (meses): _____

Diluição (g/porção):	Volume final/porção (mL):	Nº porções/dia:
Produtos testados (citar marca): () Leite de vaca () FI à base de LV: () Soja:		
() FEH c/lactose: () FEH s/lactose: () AAs li-vres:		
Data da avaliação: //	Validade do relatório (3 meses): //	
Nutricionista:	Unid. de atendimento:	

CARIMBO E ASSINATURA - NUTRICIONISTA PRESCRITOR DO PTNED

- À solicitação de cadastro em caráter excepcional deve ser anexado relatório motivacional.

- Para APLV, informar na história clínico-nutricional período de AME, AM, sintomas às diferentes fórmulas, alimentos consumidos quando em AC e outras informações pertinentes. Para cadastro ou troca de categoria (elementar ? semi-elementar), anexar documento comprobatório com o histórico de fórmulas testadas e intercorrências apresentadas (cópia do prontuário ou relatório descritivo do médico assistente).

ANEXO IV

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente:		
Data Nascimento: //	Idade:	CID:
Diagnóstico clínico:		
AVALIAÇÃO CLÍNICA		
História clínica		
Exames complementares		
Grau de incapacidade funcional (Cruz Vermelha Espanhola):		
() 0- Vale-se totalmente por si mesmo; caminha normalmente.		
() 1- Realiza suficientemente as atividades da vida diária (AVD); apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.		
() 2- Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional; caminha com ajuda de bengala ou similar.		
() 3- Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas; caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.		
() 4- Impossível realizar, sem ajuda, quaisquer das AVD; capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por, pelo menos, duas pessoas.		
() 5- Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.		
DOENÇAS ASSOCIADAS		
Fístulas () Não () Sim ⇔	Débito () Alto () Baixo	Local:
Úlcera por pressão (decúbito) () Não () Sim ⇔	Local:	
Edema () Não () Sim ⇔	Local:	Anasarca () Não () Sim
Diabetes () Não () Sim	HAS () Não () Sim	
Doença renal () Não () Sim	Disfagia () Não () Sim	
Via de administração	() Oral	() GT ⇔ () Cirúrgica () Endoscópica
	() SNG/SNE	() JT ⇔ () Cirúrgica () Endoscópica
Data da avaliação: //	Validade do relatório (6 meses): //	
Médico:	Unid. de atendimento:	

CARIMBO E ASSINATURA - MÉDICO PRESCRITOR DO PTNED

ANEXO V

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO SOCIAL

Nome do paciente:		
Data Nascimento: //	Idade:	Telefone:
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):		
CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES		
Composição familiar:		
Possui rede de apoio (vizinhos, comunidade, grupos, igreja, etc.) ou recebe acompanhamento de algum equipamento social (Assistência Social, Saúde, Previdência, Educação, Justiça, etc.)?		
() Não () Sim, cite:		
Família recebe algum benefício socioassistencial? () Não () Sim, cite:		
Fatores de risco ou vulnerabilidade social / determinantes e condicionantes do processo saúde-doença:		
Paciente necessita de cuidador: () Não () Sim		
CUIDADOR		
Nome:		
Data Nascimento: //	Idade:	() Familiar () Contratado
Compartilha cuidado com outro cuidador: () Não () Sim, cite o(s) nome(s):		
HABITAÇÃO		
() Própria () Alugada () Cedida () Outro:		
Condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas:		
Água potável: () Sim () Não	Energia elétrica: () Sim () Não	
Geladeira: () Sim () Não	Saneamento básico: () Sim () Não	
AVALIAÇÃO SOCIAL		
Instrumentos utilizados: () Entrevista () Visita domiciliar () Outros:		
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado para os procedimentos: () Sim () Não		

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 50012017092800013

PARECER À INCLUSÃO NO PTNED	
() Favorável () Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:	
Assistente social:	
Unid. de atendimento:	Data: //

CARIMBO E ASSINATURA - ASSISTENTE SOCIAL

ANEXO VI

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE NUTRICIONISTAS

Nome
Matrícula
CRN I
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

CARIMBO E ASSINATURA - CHEFIA IMEDIATA

ANEXO VII

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE MÉDICOS

Nome
Matrícula
CRM DF
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

CARIMBO E ASSINATURA - CHEFIA IMEDIATA

ANEXO VIII

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FLUXOGRAMA DE CADASTRO

Imagem publicada no link http://www.saude.df.gov.br/images/ANEXO_VIII.pdf

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

PORTARIA Nº 408, DE 26 DE SETEMBRO DE 2017

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais e considerando o disposto no inciso V, Parágrafo Único, do artigo 105, da Lei Orgânica do Distrito Federal, no artigo 169 da Resolução nº 1/2012-CEDF e, ainda, a análise e deferimento do Regimento Escolar da Instituição Educacional pela Subsecretaria de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação, constante no Processo 084.000216/2013, RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Regimento Escolar do Centro de Ensino do SESI/DF - Taguatinga, situado na QNF 24, Área Especial, Lotes 02/06, Taguatinga - Distrito Federal, mantido pelo Serviço Social da Indústria - Departamento Regional do Distrito Federal, com sede no SIA, Trecho 03, Lote 225 - Distrito Federal, registrando que o referido instrumento legal contém 126 artigos e 47 páginas.

Art. 2º Determinar que a direção da instituição dê ampla divulgação do Regimento Escolar entre os membros da comunidade interessada.

Art. 3º Esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

JULIO GREGÓRIO FILHO

PORTARIA Nº 409, DE 26 DE SETEMBRO DE 2017

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais e considerando o disposto no inciso V, Parágrafo Único, do artigo 105, da Lei Orgânica do Distrito Federal, no artigo 169 da Resolução nº 1/2012-CEDF e, ainda, a análise e deferimento do Regimento Escolar da Instituição Educacional pela

Documento assinado digitalmente conforme MP n 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.