

## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## PORTARIA Nº 374, DE 13 DE SETEMBRO DE 2023

A SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo artigo 1º, inciso X do Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018, Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e ainda;

Considerando os artigos 6º e 227º da Constituição Federal, definido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que constitui direito à alimentação adequada em todas as situações de saúde ou doença;

Considerando o disposto nas Portarias nº 825, de 25 de abril de 2016 que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas e a Portaria nº 55, de 16 de janeiro de 2018 que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com previsão de uso de dietas especiais em domicílio;

Considerando a necessidade de fornecimento de alimentação especial às crianças rastreadas com erros inatos do metabolismo, como as aminoacidopatias ou outras doenças do recém-nascido que necessitam de suporte nutricional, no Programa de Triagem Neonatal do DF, que assegura a modalidade ampliada desde 2008, pela Lei Distrital nº 4.190, de 06 de agosto de 2008;

Considerando a regulamentação de Alimentos para Fins Especiais pela Portaria nº 29, de 13 de janeiro de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que classifica os alimentos para dietas para nutrição enteral e os alimentos para dietas com restrição de proteínas que posteriormente foram designados como fórmulas dietoterápicas para erros inatos do metabolismo, conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 460, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, de 21 de dezembro de 2020;

Considerando os Regulamentos Técnicos da Anvisa, Resolução - RDC nº 21, de 13 de maio de 2015 que dispõe sobre o Regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral e a Resolução - RDC nº 45, de 19 de setembro de 2011 e Resolução - RDC nº 48, de 25 de setembro de 2014, as quais dispõem sobre o Regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas;

Considerando a Portaria nº 67, de 23 de novembro de 2018 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos que torna pública a decisão de incorporar as fórmulas nutricionais à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e à base de aminoácidos para crianças de 0 a 24 meses com alergia à proteína do leite de Vaca (APLV) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Resolução nº 304 do Conselho Federal de Nutricionistas, de 26 de fevereiro de 2003 sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica, que compete ao nutricionista a prescrição dietética, como parte da assistência hospitalar, ambulatorial, em consultório de nutrição e dietética e em domicílio, bem como estabelece diretrizes de diagnóstico e evolução nutricional do paciente;

Considerando a Resolução ANVISA - RDC nº 503, de 27 de maio de 2021 que trata do Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, que se aplica em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar;

Considerando a necessidade de definir normas e critérios para o cadastramento dos pacientes e para a dispensação de fórmulas para fins especiais para uso em domicílio, no âmbito do Distrito Federal, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), 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 478/2017, a Portaria nº 535/2020, a Portaria nº 214/2021 e demais disposições em contrário.

LUCILENE MARIA FLORÊNCIA DE QUEIROZ

## ANEXO I

## REGULAMENTO TÉCNICO DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - PTNED

## 1. OBJETIVO:

1.1. O presente regulamento tem por objetivo a definição de normas e critérios para o cadastro e manutenção de pacientes no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) para o recebimento de fórmulas para fins especiais em regime de uso domiciliar, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), 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 saúde;

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, 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 Terapia Nutricional Enteral (TNE): determinação da composição de nutrientes da TNE, 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. Rede conveniada: conjunto de profissionais médico, nutricionista e assistente social dos hospitais conveniados ao PTNED, cadastrados pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT), para atendimento aos pacientes;

2.11. Segurança Alimentar e Nutricional: realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis;

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

2.13. Terapia Nutricional 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;

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

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

2.14. Termo de Consentimento Informado e Esclarecido: documento assinado pelo próprio paciente ou pelo cuidador/responsável, para assegurar que ambas as partes comprometidas pelo atendimento estão 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 TNE;

3.1.3. A prescrição dietética deverá ser feita no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) em formulário padronizado e contemplar a avaliação nutricional objetiva e/ou subjetiva do paciente, a história clínica, 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 e a assinatura eletrônica no SEI/SES-DF, conforme Anexo III;

a) Em relação à rede conveniada:

i. A prescrição dietética deverá contemplar a avaliação nutricional objetiva e/ou subjetiva do paciente, a história clínica, o GET, a via de administração da dieta, as características da (s) fórmula (s), o 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 CRN-1, conforme Anexo III;

b) Em relação à apresentação da fórmula enteral:

i. Fórmulas em pó – discriminar os quantitativos em gramas;

i.i. 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 objetivo de 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 objetivo de 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 e equipamentos para administração da FE podem ser solicitados.

3.1.6. O nutricionista deve prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, indicando o número do código, 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 Serviços de Nutrição (GESNUT).

a) A prescrição nutricional deverá seguir as indicações previstas em Nota Técnica específica, elaborada pela GESNUT.

3.1.7. Para efeitos deste Regulamento Técnico serão elegíveis os critérios clínicos:

a) Pacientes que apresentem vias de acesso enterais para alimentação;

b) Pacientes que necessitem de FE para uso por via oral 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 farmacorresistente 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) Disfagia que necessitem de espessante;

b8) Lesão por Pressão, desde que desnutridos ou em risco nutricional;

b9) Cardiopatia Congênita desde que atendam aos seguintes critérios:

i. Crianças que apresentem percentil de peso para idade  $\leq 3$ , de acordo com as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação nutricional;

ii. Adolescentes que apresentem percentil do IMC para idade  $\leq 5$ , de acordo com as curvas da OMS para avaliação nutricional;

b10) Doença Renal Crônica (DRC), desde que desnutridos e atendam ao menos um dos seguintes critérios:

i. IMC  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>;

ii. Perda Ponderal Recente (PPR)  $\geq 10\%$  nos últimos 6 meses;

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

b11) Câncer, desde que desnutridos e atendam ao menos um dos seguintes critérios:

i. Avaliação Subjetiva Global (ASG) ou Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) com risco nutricional grave;

ii. IMC  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>;

iii. PPR  $\geq 5\%$  nos últimos 6 meses;

i.v. IMC  $< 20$  kg/m<sup>2</sup> e PPR  $\geq 2\%$  nos últimos 3 meses;

v. IMC  $< 20$  kg/m<sup>2</sup> e Albumina  $\leq 2,5$  mg/dL;

b12) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), desde que desnutridos e atendam ao menos um dos seguintes critérios:

i. ASG com risco nutricional grave;

ii. IMC  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>;

iii. PPR  $\geq 5\%$  nos últimos 6 meses;

i.v. Albumina  $\leq 2,5$  mg/dL;

b13) Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP), com idade de 0 a 20 anos, desde que apresentem percentil de peso para idade  $\leq 10$ , de acordo com as curvas específicas para avaliação nutricional:

i. Curvas de Krick para crianças de 0 a 2 anos;

ii. Curvas de Brooks para pacientes de 2 a 20 anos de idade, estratificadas conforme o nível de comprometimento motor (Gross Motor Function Classification System – GMFCS);

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

c) Pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica ou Cirurgia Metabólica para tratamento da obesidade;

d) Pacientes Idosos Desnutridos ou Sarcopênicos:

d.1) Idosos Desnutridos, que atendam ao menos dois dos seguintes critérios:

i. MAN: risco nutricional;

ii. IMC  $\leq 22$  kg/m<sup>2</sup>;

iii. PPR  $\geq 10\%$  nos últimos 6 meses;

i.v. Albumina  $\leq 2,5$  mg/dL;

d.2) Idosos Sarcopênicos, avaliados pelo questionário SARC-F com pontuação  $> 4$  e por um dos instrumentos abaixo, associados à equação de Lee para estimativa da massa muscular esquelética apendicular:

i. Teste de Preensão Palmar avaliado por dinamômetro com resultado menor do que 27 kg para homens ou menor do que 16 kg para mulheres;

ii. Teste de sentar e levantar da cadeira em 5 repetições sem apoio, em um tempo superior a 15 segundos para 5 subidas;

3.1.8. A Comissão de Padronização de Nutrição da SES poderá alterar (substituir, incluir ou excluir) os itens do CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE - NUTRIÇÃO, conforme demanda da rede;

3.1.9. É recomendado que os serviços de saúde que prescrevem a TNED tenham 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;

3.1.10. 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;

3.1.11. É recomendado que a alta hospitalar do paciente em TNE deva ser programada pela EMTN, a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para o recebimento das fórmulas e quanto ao manejo da FE no âmbito domiciliar;

3.1.12. Para fins de prescrições médicas e dietéticas da TNE para atendimento domiciliar oriundos da rede conveniada, os profissionais devem ser cadastrados na GESNUT, conforme modelo de Cadastro no Anexo VI. Os profissionais que desenvolvem suas atribuições no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, estarão habilitados às atividades relativas ao PTNED via assinatura SEL.

§ 1º Os critérios de cadastramento dos profissionais médico, nutricionista e assistente social da rede conveniada são elencados a seguir:

a) estar disponível para eventuais contatos da GESNUT;

b) participar de reuniões periódicas e científicas com a GESNUT, sempre que convocado;

c) manter os itens cadastrais atualizados junto à GESNUT;

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

3.1.13. 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 conveniada.

#### 4. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS DE INCLUSÃO:

4.1. Os critérios administrativos 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/SES-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 ou Unidades Hospitalares conveniadas da SES/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 e sanitárias adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE;
- i) Atender aos critérios de elegibilidade estabelecidos no item 3.1.7.

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 ter a documentação encaminhada à GESNUT pela rede SES ou pela rede conveniada cadastrada no PTNED, conforme item 3.1.12, após atendimento dos critérios administrativos de elegibilidade explicitados no item 4 deste regulamento.

5.2. Os documentos necessários para o cadastramento são:

- a) Relatório Médico: elaborado em formulário específico (Anexo IV), por profissional médico da SES/DF ou da rede conveniada devidamente cadastrado na GESNUT;
  - i. O Médico residente que assumir uma Equipe de Saúde da Família (eSF), por meio de adesão ao Programa de Incentivo às Residências de Medicina de Família e Comunidade no âmbito da SES-DF, poderá enviar o formulário específico (Anexo IV) em pdf, anexado ao SEI, enquanto a Portaria nº 928, de 17 de setembro de 2021 estiver vigente;
- b) Relatório Nutricional: elaborado em formulário específico (Anexo III) por profissional nutricionista da SES/DF ou da rede conveniada devidamente cadastrado na GESNUT;
- c) Relatório do Serviço Social: elaborado em formulário específico (Anexo V), por profissional assistente social da SES/DF ou da rede conveniada devidamente cadastrado na GESNUT;
- d) 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 e a cópia dos documentos de identidade e do CPF do responsável legal;
- e) Cópia do comprovante de residência: conta de água, energia, gás, telefone fixo, internet fixa ou TV por assinatura residencial em nome do paciente ou responsável legal. Caso o comprovante esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento ou união estável.
  - i. Caso o comprovante não esteja no nome do paciente, dos pais, dos responsáveis legais ou do cônjuge, anexar declaração do proprietário, independente do grau de parentesco com o paciente (Anexo VII), informando em que condições o paciente reside no imóvel (alugado, emprestado, etc.) ou na forma da Lei 4225, de 24 de outubro de 2008;
- f) Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II);
- g) 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 SEI/DF de cadastramento não atendam aos critérios desta Portaria, o nutricionista poderá motivar a necessidade do cadastro em caráter excepcional, mediante preenchimento do campo indicado no relatório nutricional (Anexo III), com a justificativa e embasamento técnico da essencialidade do uso da fórmula especial para recuperação da desnutrição do paciente. A GESNUT, após análise técnica, encaminhará para apreciação e manifestação do(a) Senhor(a) Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde da SES/DF;

5.3.1 O processo, com o deferimento ou não da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, deverá ser restituído à GESNUT para providências de cadastro, se aplicável, e devolução para unidade de origem para ciência.

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

- 6.1. Cabe à Gerência de Programação (GEPRO) a programação e emissão de pedido de aquisição de materiais (PAM) para aquisição das fórmulas e insumos para nutrição enteral domiciliar.
- 6.2. Cabe à Central de Compras da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal a realização do processo licitatório para a aquisição das fórmulas;
- 6.3. Cabe à Gerência de Serviços de Nutrição, por intermédio de nutricionista indicado, a emissão de parecer técnico sobre as fórmulas para fins especiais vencedoras nos processos de aquisição.

#### 7. DISPENSAÇÃO:

7.1. A dispensação de fórmulas do PTNED deverá ser feita mediante as seguintes etapas:

- a) Após análise favorável do processo para inclusão do paciente no PTNED, a GESNUT emitirá um Parecer Técnico quanto à(s) fórmula(s) prescrita(s) e realizará o cadastro do paciente;
- b) Após o cadastro, o processo será encaminhado para a Central de Nutrição Domiciliar (CNUD) para providências relativas à dispensação da fórmula ao paciente;

7.2. A dispensação das fórmulas será realizada pela CNUD, mediante a apresentação de cópia dos documentos de identidade e CPF, juntamente com o original do paciente ou seu responsável, se for o caso.

#### 8. MONITORAMENTO:

8.1. O paciente em TNED deverá ser acompanhado periodicamente pelos médicos e nutricionistas prescritores para a avaliação da tolerância à FE e das alterações clínicas e antropométricas, a fim de se controlar a eficácia do tratamento, os efeitos adversos e a necessidade de alteração ou manutenção da prescrição;

8.2. O intervalo entre as reavaliações nutricionais deve ser de:

- a) 06 (seis) meses para pacientes maiores de 02 (dois) anos;
- b) 03 (três) meses para pacientes menores ou iguais 02 (dois) anos;

8.3. O intervalo entre as reavaliações médicas deve ser de:

- a) 12 (doze) meses para pacientes maiores de 02 (dois) anos;
- b) 06 (seis) meses para pacientes menores ou iguais 02 (dois) anos;

c) Caso haja mudança da via de administração da fórmula, o relatório médico deverá ser atualizado, independente da data da última avaliação;

8.4. O nutricionista, após a reavaliação do paciente, deverá elaborar o Relatório Nutricional (Anexo III – opção Reavaliação) no mesmo processo SEI/SES-DF em que o paciente foi cadastrado e encaminhá-lo à CNUD;

8.5. Cabe ao Nutricionista da CNUD emitir parecer técnico referente à reavaliação e manutenção no programa, conforme item 3.1.7 deste regulamento e normas técnicas vigentes, autorizando ou não a dispensação da(s) fórmula(s) prescrita(s);

8.6. O médico, após a reavaliação do paciente, deverá elaborar o Relatório Médico (Anexo IV – opção Reavaliação) no mesmo processo SEI/SES-DF em que o paciente foi cadastrado e encaminhá-lo à CNUD;

8.7. Cabe ao Nutricionista da CNUD realizar visitas de fiscalização ao domicílio dos pacientes, em periodicidade a ser determinada pelo próprio serviço, nas quais serão avaliadas as condições presentes neste regulamento.

a) Caso seja(m) identificada(s) irregularidade(s) relativas aos critérios administrativos de elegibilidade definidos no item 4.1., ou seja(m) identificado(s) critério(s) de exclusão (item 10.1.), a CNUD e/ou a GESNUT poderão descadastrar o paciente do PTNED;

b) O nutricionista da CNUD poderá fazer ajustes da data de retorno ou recolher produtos excessivos acumulados desnecessariamente no domicílio do paciente, bem como realizar orientações que considerar pertinente;

c) Após a visita domiciliar, o nutricionista da CNUD emitirá relatório que deverá ser encaminhado à GESNUT e ao serviço que acompanha o paciente, no mesmo processo SEI/SES-DF em que o paciente foi cadastrado no programa.

8.8. Cabe ao Assistente Social:

- a) Elaborar o Relatório Social, conforme Anexo V, o qual apresenta a sistematização do estudo social, a partir da análise realizada por meio de seus instrumentais técnicos-operativos que podem ser: entrevistas, visita domiciliar, contatos e atendimentos, avaliação e acompanhamento social.
- b) O cuidado ampliado em saúde a fim de promover/recuperar a saúde do indivíduo e também:

- i. Reafirmar a cidadania por meio da garantia do direito à vida, à saúde, e conseqüentemente, à Segurança Alimentar e Nutricional, mesmo que essa alimentação seja realizada via sonda enteral;
  - ii. Melhorar a qualidade de vida do usuário do SUS;
  - iii. Acolher e apoiar a família e/ou cuidadores com os desafios impostos pela nova rotina alimentar e cotidiano de cuidado;
  - iv. Contribuir com o fortalecimento e manutenção dos vínculos sociais e familiares;
  - v. Possibilitar o acesso a direitos, serviços e benefícios sociais que contribuam com a cidadania dos usuários e suas famílias.
- c) Realizar interlocuções entre os(as) usuários(as) e as equipes de saúde, articular com outras políticas públicas, avaliar os impactos que a doença pode causar na vida do (a) usuário (a) e de sua família e realizar outras ações que julgar necessárias para a promoção da saúde;
  - d) Orientar a família, o paciente e/ou cuidador a seguir na direção do fortalecimento dos vínculos sociais e familiares e do respeito pela singularidade do(a) usuário(a);
  - e) Analisar a dinâmica e organização familiar em relação à alimentação e condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas. Para aquelas famílias que o Serviço Social avaliar que, naquele momento, não apresentam condições de serem incluídas no programa, deve-se articular com a rede de apoio e/ou políticas públicas necessárias a fim de contribuir para que a família se organize no sentido de cumprir os requisitos legais;
  - f) Realizar nova avaliação social do paciente, sempre que julgar necessário;
  - g) Buscar estratégias que possibilite o acesso aos direitos, serviços e tratamentos necessários aos pacientes não elegíveis ao cadastro no PTNED;
  - h) Manter banco de dados, planilha ou similar atualizado, contendo o nome, contatos e data de admissão de todos os pacientes avaliados, para fins de monitoramento, levantamento de dados e/ou estatística.

#### 9. ALTA CLÍNICA DO PROGRAMA

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

- a) Capacidade de atender mais de 60% de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;
- b) Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida;
- c) Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;
- d) Pacientes pediátricos portadores de alergia à proteína do leite de vaca a partir dos 2 anos de idade;
- e) 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:

- a) Inveracidade das informações prestadas;
- b) Não assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
- c) Ausência de cuidador identificado, quando necessário;
- d) Mudança de domicílio para fora do Distrito Federal;
- e) Ausência de encaminhamento dos relatórios médico e nutricional de reavaliação ou relatórios incompletos;
- f) Alcance dos objetivos de curto e longo prazos, com conseqüente alta do tratamento;
- g) Não comparecimento para retirada dos produtos prescritos por mais de 06 (seis) meses consecutivos, salvo nos casos em que for comprovado mediante relatório, que o paciente permaneceu em internação hospitalar durante o período;
- h) Óbito.

#### 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Cabe ao nutricionista informar o motivo de alta e descadastramento do paciente à Central de Nutrição Domiciliar.

Os casos não contemplados nesta Portaria serão analisados e deliberados pelo (a) Excelentíssimo (a) Senhor (a) Subsecretário (a) de Atenção Integral à Saúde da SES/DF, conforme item 5.3.

### ANEXO II PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Nome do Paciente) \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, expedido em / / , CPF nº \_\_\_\_\_, está sendo admitido no Programa de Terapia Nutricional 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.

(Nome do 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 Nutricional 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:

1. Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança de domicílio para outro estado, devo informar ao (à) nutricionista responsável ou à CNUD e não mais farei parte do Programa.
2. Posso via de acesso enteral (sonda ou ostomia) ou preencho os critérios de inclusão para via oral.
3. Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar, óbito e mudança de domicílio.
4. Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
5. Sou capacitado ou posuo cuidador capacitado para corresponsabilizar-me pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
6. Estou ciente que as fórmulas fornecidas são 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.
7. Estou ciente que o nutricionista da CNUD poderá realizar visita domiciliar, sem comunicação prévia, de caráter contínuo e permanente, para avaliação das condições estabelecidas na portaria que regulamenta o programa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente Assinatura do responsável  
(Quando for o responsável pelo cadastro)

### ANEXO III PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - RELATÓRIO NUTRICIONAL

<input type="checkbox"/> CADASTRO - 1ª VEZ	<input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO	<input type="checkbox"/> CARÁTER EXCEPCIONAL
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do paciente:		
Data Nascimento: / /	Idade:	Telefone:

Endereço:		Houve mudança de domicílio? ( ) Sim ( ) Não	
Diagnóstico clínico:		CID:	
Nutricionista:		Unid. de Atendimento:	
Data da avaliação: //		Data da validade do relatório: // (3 ou 6 meses a partir da data de avaliação)	
<b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>			
( ) Completa ( ) ASG ( ) MAN-idosos ( ) OMS-pediatria ( ) Outra:			
História clínico-nutricional			
Peso (kg):		Altura ou Estatura(m):	
IMC (kg/m²):			
LPP ( ) Sim ( ) Não		Grau/ Evolução da LPP:	
Pediatria (escore Z)	P/A:	A/I:	P/I:
IMC/I:			
Diagnóstico nutricional:			
<b>PRESCRIÇÃO DIETÉTICA</b>			
Via de administração	( ) Oral	( ) SNG/SNE	( ) GTT
Duração do tratamento	( ) Curto: ≤ 6 meses		( ) Longo: > 6 meses
Tipo de dieta	( ) Industrializada ( ) Mista; n° horários artesanal:		
GET (kcal):	VET (kcal):		Obs.:
kcal/kg peso/dia:	g PTN/kg peso/dia:		
Alteração de prescrição	( ) 1ª vez ( ) Não ( ) Sim; motivo: _____		
Código(s) SES	Quantidade/dia (g/mL)	Quantidade/mês (g/mL)	
( ) E ( ) OU		x 30 =	
( ) E ( ) OU		x 30 =	
( ) E ( ) OU		x 30 =	
( ) E ( ) OU		x 30 =	
Frasco	( ) E ( ) OU	x 30 =	
Equipo		x 30 =	
Preencher se for reavaliação:			
Estado geral do paciente	( ) Melhorou ( ) Manteve ( ) Piorou		
Reinternação último trimestre	( ) Não ( ) Sim; n° dias internados:		
Alterou via de acesso	( ) Não ( ) Sim; para qual via?		
Motivo alteração de via:			
Preencher se for APLV:			
( ) AM / FI ( ) Al. Comp.	% VET fórmula:	Duração do uso (meses):	
Diluição (g/porção):	Volume final/porção (mL):	N° porções/dia:	
Produtos testados (citar marca): ( ) Leite de vaca ( ) FI à base de LV: ( ) Soja: ( ) FEH c/lactose: ( ) FEH s/lactose: ( ) AAs livres:			
- 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).			
Preencher se for solicitação em caráter excepcional:			
Justificativa para solicitar ou manter a necessidade do uso de fórmulas especiais por via oral: (A justificativa deverá constar embasamento técnico da essencialidade do uso da fórmula especial para recuperação da desnutrição do paciente)			
Estado geral do paciente			
( ) Melhorou ( ) Manteve ( ) Piorou			
Reinternação último trimestre			
( ) Não ( ) Sim; n° dias internados:			

CARIMBO E ASSINATURA - NUTRICIONISTA PRESCRITOR DO PTNED

ANEXO IV  
PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - RELATÓRIO MÉDICO

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome do paciente:			
Data Nascimento: //	Idade:	CID:	
Diagnóstico clínico:			

Médico:	Unid. de Atendimento:
Data da avaliação: //	Data de validade do relatório: // (12 meses a partir da data de avaliação)
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
História clínica:	
Exames complementares:	
DOENÇAS ASSOCIADAS	
Fistulas ( ) Não ( ) Sim → Débito ( ) Alto ( ) Baixo Local:	
Lesão por pressão ( ) Não ( ) Sim → Local: _____ Grau: _____	
Diabetes ( ) Sim ( ) Não	HAS ( ) Não ( ) Sim
Doença renal ( ) Sim ( ) Não	Disfagia ( ) Sim ( ) Não
Via de administração ( ) Oral ( ) SNG/SNE ( ) GTT ( ) JT	

CARIMBO E ASSINATURA - MÉDICO PRESCRITOR DO PTNED

ANEXO V  
PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - RELATÓRIO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO			
Nome do paciente:			
Data Nascimento: //	Idade:	Telefone:	
CPF:	Cartão SUS:	Cartão SES:	
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):			
Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência:			
Teve atendimento pela UBS de referência nos últimos 6 (seis) meses: ( ) Sim ( ) Não			
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/RESPONSÁVEL			
Nome:			
Data Nascimento: //	Idade:	( ) Familiar ( ) Contratado ( ) Outro	
Se o cuidador não for contratado, qual o seu vínculo com o(a) paciente: ( ) mãe ( ) pai ( ) avó/avô maternos ( ) tio/a ( ) irmão/ã ( ) cunhado/a ( ) marido ( ) esposa ( ) avô/avó paternos ( ) compadre / comadre ( ) padrinho / madrinha ( ) amigo ( ) vizinha /a ( ) colega de trabalho ( ) conhecido(a) ( ) Outro: _____			
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			
PARECER À INCLUSÃO NO PTNED			
( ) Favorável ( ) Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa: _____			
Assistente Social:			
Unidade de atendimento:			Data da avaliação: //

CARIMBO E ASSINATURA - ASSISTENTE SOCIAL

ANEXO VI  
PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR FORMULÁRIO DE CADASTRO  
DE PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS OU MÉDICOS

Nome:
Matrícula:
Conselho de Classe (CRN-1 ou CRM-DF):
Telefone pessoal:
E-mail:
Unidade de lotação:
Telefone trabalho:
Chefia:

CARIMBO E ASSINATURA  
CHEFIA IMEDIATA

ANEXO VII  
MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO  
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, declaro para fins de comprovação de residência que o (a): Sr.(a) \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, reside em imóvel de minha propriedade, localizado no endereço: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, na condição de:

- ( ) membro da família;  
( ) imóvel cedido;  
( ) imóvel alugado sem contrato formal;  
( ) imóvel alugado com contrato formal;

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas e estou ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito (a) às penas da lei, conforme prescrito no art. 299 do Código Penal.

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

PORTARIA Nº 384, DE 19 DE SETEMBRO DE 2023

Instaura Tomada de Contas Especial.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das suas atribuições que lhe confere o Art. 105º, inciso III, da Lei Orgânica do Distrito Federal, c/c Decreto nº 37.096, de 02 de fevereiro de 2016, publicado no DODF nº 23, de 03 de fevereiro de 2016 e suas alterações, e demais atribuições e competências legais e regimentais, resolve:

Art. 1º Instaurar Tomada de Contas Especial Processo SEI nº 00060-00457402/2023-63, para no prazo de 90 (noventa) dias identificar os responsáveis e quantificação do possível dano ao Erário conforme determinado no processo de Instrução Preliminar à Tomada de Contas Especial nº 00060-00496480/2021-11 a ser conduzida pela 2ª Comissão Permanente de Tomada de Contas Especial (2ºCPTCE), constituída mediante o Art. 1º, inciso II da Portaria nº 289, de 25 de Abril de 2019, publicada no DODF nº 80, de 30 de Abril de 2019, p. 02, e alterada pelo Art. 2º da Portaria nº 169, de 23 de maio de 2023, publicada no DODF nº 97, de 24 de maio de 2023, p. 34.

Art. 2º Instaurar Tomada de Contas Especial Processo SEI nº 00060-00446121/2023-85, para no prazo de 90 (noventa) dias identificar os responsáveis e quantificação do possível dano ao Erário conforme determinado no processo de Instrução Preliminar à Tomada de Contas Especial nº 00060-00235652/2023-44 a ser conduzida pela 4ª Comissão Permanente de Tomada de Contas Especial (4ºCPTCE), constituída mediante o Art. 1º, inciso IV da Portaria nº 289, de 25 de Abril de 2019, publicada no DODF nº 80, de 30 de Abril de 2019, p. 02, e alterada pelo Art. 3º da Portaria nº 169, de 23 de maio de 2023, publicada no DODF nº 97, de 24 de maio de 2023, p. 34.

Art. 3º Instaurar Tomada de Contas Especial Processo SEI nº 00060-00457502/2023-90, para no prazo de 90 (noventa) dias identificar os responsáveis e quantificação do possível dano ao Erário conforme determinado no processo de Instrução Preliminar à Tomada de Contas Especial nº 00060-00321770/2023-74 a ser conduzida pela 5ª Comissão Permanente de Tomada de Contas Especial (5ºCPTCE), constituída mediante o Art. 1º, inciso V da Portaria nº 289, de 25 de Abril de 2019, publicada no DODF nº 80, de 30 de Abril de 2019, p. 02, e alterada pelo Art. 4º da Portaria nº 169, de 23 de maio de 2023, publicada no DODF nº 97, de 24 de maio de 2023, p. 34.

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

LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ

PORTARIA Nº 385, DE 20 DE SETEMBRO DE 2023

Estabelecer os procedimentos dos estabelecimentos que atendam a Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023 para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 39.133, de 15 de junho de 2018, publicado no DODF nº 114, de 18 de junho de 2018.

Considerando a alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO IX-A DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIÃO DESTINADA AO CUMPRIMENTO DO PISO SALARIAL NACIONAL DE ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM E PARTEIRAS, o qual estabeleceu os critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, de que trata a Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022.

São elegíveis para o recebimento da assistência financeira de que trata este Título:

- I - estados, Distrito Federal, municípios e suas autarquias e fundações;
- II - entidades privadas sem fins lucrativos com Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS na área de saúde; e
- III - entidades privadas contratualizadas ou conveniadas, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Considerando que o gestor local é responsável pelo repasse dos valores às entidades privadas contratualizadas, que fazem jus, o qual será usado para pagar o valor complementar ao piso de seus profissionais da enfermagem;

Considerando que a Cartilha do Ministério da Saúde definiu a natureza orçamentária da assistência financeira devida pela União, nos termos da Lei nº 4.320, de 1964, tem natureza de subvenção social;

Considerando que o pagamento integral do piso não compete à União, mas ela tem o dever constitucional de colaborar e prestar "assistência financeira complementar" aos Estados, ao Distrito Federal, aos Municípios e aos prestadores de serviços contratualizados, incluindo filantrópicos e privados que atendam no mínimo 60% de pacientes pelo SUS.

Considerando que a Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023 estabelece a atualização mensal dos dados informados, apontando eventuais alterações dos vínculos de profissionais da enfermagem e das estruturas remuneratórias.

Considerando que as transferências financeiras federais, são vinculadas a guarda de informações relativas ao uso dos recursos recebidos, por, pelo menos, cinco anos, diante dessa transferência há a obrigatoriedade de manter as Folhas de pagamento, comprovantes bancários, balanços e outros documentos comprobatórios preservados de forma segura, tendo em vista, inclusive, possíveis auditorias;

Considerando que o sistema INVESTSUS é uma ferramenta que permite o acesso aos serviços, sistemas e informações no que tange a gestão do financiamento federal do SUS pelos municípios, estados, Distrito Federal e entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos;

Considerando que os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) devem ser repassados às entidades privadas em até 30 (trinta) dias, e as entidades beneficiadas deverão prestar contas da aplicação dos recursos aos respectivos gestores do SUS no Distrito Federal, o qual deverá compor o Relatório Anual de Gestão - RAG.

resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece os procedimentos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e as instituições contempladas pela Portaria GM/MS Nº 1.135, de 16 de agosto de 2023, para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras.

Art. 2º A Assistência Financeira Complementar transferida pela União não implica em aumento automático de outras parcelas ou vantagens remuneratórias e não será incorporada aos vencimentos básicos ou às remunerações dos profissionais contemplados.

Art. 3º Compete a União custear, nos termos da Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022, os valores a título de Assistência Financeira Complementar para atingimento do piso salarial, não sendo repassada essa responsabilidade de forma automática ao Distrito Federal, estando este desobrigado do seu cumprimento em caso de não custeio pela União.

Art. 4º O pagamento da diferença salarial a título de complementariedade da União para fins de atingimento do piso, não altera o Regime Jurídico dos contemplados.

Art. 5º Os valores repassados a título de Assistência Financeira, serão destacados no contracheque dos profissionais com rubrica específica: ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIÃO.

Art. 6º Caberá a Secretaria de Saúde do Distrito Federal o repasse dos recursos às entidades privadas sem fins lucrativos e às que participam de forma complementar ao SUS do Distrito Federal e atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo SUS, até o limite da Assistência Financeira Complementar transferida pela União, de acordo com os registros dos estabelecimentos validados pelo Ministério da Saúde e INVESTSUS.

Art. 7º São de responsabilidades das instituições beneficiadas as informações mensais para o cálculo do valor a ser transferido estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 1.135, de 16 de agosto de 2023, diante da depuração de inconsistências na base de dados do INVESTSUS, tais como:

- a) número do Cadastro de Pessoas Físicas - CPF inválido;