



## DIÁRIO OFICIAL DE SANTA CATARINA EXTRATO DIGITAL DE PUBLICAÇÃO



Código de Verificação

Publicado em: 10/04/2024 | Edição: 22242 | Matéria nº: 985067

### PORTARIA Nº 464, DE 10 DE ABRIL DE 2024

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições conferidas pelo art. 41, V, da Lei Complementar Estadual nº 741, de 12 de junho de 2019, e art. 2º do Decreto nº 478, de 22 de fevereiro de 2024;

CONSIDERANDO a declaração de situação de emergência de saúde pública em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção, controle e atenção à saúde em decorrência da dengue;

CONSIDERANDO que compete à Secretária de Estado da Saúde coordenar e executar as ações e serviços de vigilância, investigação e controle de riscos e danos à saúde;

CONSIDERANDO a ocupação de leitos de UTI na rede pública de Santa Catarina, principalmente, devido à dengue e doenças respiratórias;

CONSIDERANDO que cabe à Secretaria de Estado da Saúde realizar a regulação hospitalar, visando direcionar os pacientes para o local mais adequado para seu atendimento e tratamento;

CONSIDERANDO que é atribuição da Secretaria de Estado da Saúde expedir atos complementares ao Decreto nº 478, de 22 de fevereiro de 2024;

CONSIDERANDO que, para garantir a adequada assistência à saúde dos pacientes que necessitam de internação hospitalar, podem ser necessárias transferências inter-hospitalares;

#### RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde, conforme Anexo Único desta Portaria, e definir providências a serem adotadas pela rede hospitalar catarinense contratualizada com o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de disponibilizar leitos de retaguarda clínica à Central de Regulação de Leitos Estaduais.

§ 1º O Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde tem por objetivo informar ao paciente, familiares ou responsável legal que, em condições excepcionais, poderá ser solicitada a transferência inter-hospitalar do paciente.

§ 2º As providências a serem adotadas pela rede hospitalar catarinense contratualizada com o SUS visam disponibilizar, como leito de retaguarda, o total dos leitos clínicos estipulados na contratualização SUS das unidades hospitalares.

Art. 2º O Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde deve ser assinado pelo paciente ou responsável legal na admissão ou setor de registro da Unidade Hospitalar.

Art. 3º No caso de incapacidade do paciente, ausência do responsável legal ou recusa de assinatura, deverá ser registrada no Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde a justificativa e assinada pelo responsável pela admissão ou registro.

Art. 4º Nos casos omissos ou de recusa de transferência prevalecerá a preservação da vida, a garantia da integralidade da assistência e o interesse da coletividade, podendo ser realizada a transferência, ainda que, sem a anuência do paciente, familiar ou responsável legal.

Art. 5º Todas as Unidades Hospitalares ficam obrigadas a disponibilizar e colher a assinatura do paciente ou do responsável legal no Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde, conforme disposto no art. 3º desta Portaria, quando aplicável.

Artigo 6º Fica estabelecido à rede hospitalar catarinense contratualizada com o SUS, que os leitos clínicos disponíveis nas unidades hospitalares devem ser entendidos como leitos de retaguarda clínica, independentemente de habilitação federal.

Artigo 7º As Unidades Hospitalares ficam obrigadas a promover as adequações no Sistema SES Leitos, no prazo improrrogável de 24 horas, a contar da data de publicação desta Portaria, no que se refere à quantidade de leitos de UTI e leitos clínicos contratualizados com o SUS, em conformidade com a definição estabelecida no artigo 6º desta Portaria.

Artigo 8º A totalidade dos leitos de UTI e leitos clínicos contratualizados com o Estado ou municípios deve ser disponibilizada à Central de Regulação de Leitos Estaduais, sob pena da aplicação das sanções cabíveis.

Artigo 9º As unidades hospitalares ficam autorizadas, de acordo com a necessidade do território, a suspender cirurgias eletivas, devendo comunicar previamente aos gestores municipais e estaduais, este último representado pela sua respectiva Gerência Regional de Saúde.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

**CARMEN EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO**  
Secretária de Estado da Saúde

#### ANEXO ÚNICO

##### TERMO DE CIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

O presente Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde tem por objetivo informar o paciente e/ou seu responsável/representante legal sobre a possibilidade de transferência do paciente do Hospital [Nome da unidade de origem] para iniciar ou dar continuidade à internação para tratamento de saúde em outra unidade hospitalar, que poderá estar situada em outra cidade ou região, mediante aprovação da equipe médica responsável.

No caso de pacientes menores de 18 anos, portadores de doenças físicas ou mentais que comprometam o entendimento, pessoas inconscientes ou severamente debilitadas, a autorização caberá ao familiar responsável (pai, mãe) ou responsável legal. Nos casos excepcionais de internação em serviços hospitalares privados, complementares ao SUS e previamente autorizados pela Central Estadual de Regulação, a partir da disponibilidade de leitos na rede pública, a transferência será obrigatória.

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: Idade:  
Identidade (RG): CPF:

**DECLARO QUE:**

1. Estou ciente de que, para assegurar um tratamento de saúde adequado e após avaliação médica, de acordo com a complexidade do quadro clínico e/ou a capacidade de leitos hospitalares, poderá ocorrer minha transferência (ou a transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar;

Em caso de necessidade, autorizo minha transferência hospitalar (ou a transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar, a fim de iniciar ou dar continuidade à internação para tratamento de saúde, desde que haja concordância da equipe médica assistente.

**ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL**

Nome: Idade:  
Identidade (RG): CPF:  
Fone:  
Grau de parentesco:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável/representante legal

