

2014

ADMINISTRAÇÃO  
CENTRAL DO  
SISTEMA DE  
SAÚDE, IP

# **GUIA DE ACOLHIMENTO DOS UTENTES**

## **TAXAS MODERADORAS**

JANEIRO 2014

Considerações prévias	3
Identificação e normalização de procedimentos	4
1. Conceitos	4
1.1. Conceitos gerais	4
1.2. Conceitos em Saúde	6
2. Circuito do utente	11
2.1. Receção e identificação do utente - aspetos gerais	11
2.2. Admissão a atos programados	12
2.3. Admissão a atos não programados	13
2.4. Doentes Referenciados	13
2.5. Alta	14
2.6. Especificações quanto ao transporte não urgente de doentes	14
3. Taxas moderadoras e valores a cobrar	16
3.1. Categorias de isenção do pagamento de taxas moderadoras e meios de comprovação exigidos ao utente	16
3.2. Dispensa do pagamento de taxas moderadoras	22
3.3. Cobrança de taxas moderadoras	32
3.4. Reembolso de taxas moderadoras	33
3.5. Contraordenação pelo não pagamento de taxas moderadoras	33
3.6. Prazo de prescrição	34
4. Terceiro legal ou contratualmente responsável	35
4.1. Enquadramento	35
4.2. Regras de registo em situações específicas	35
Considerações finais	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexos	37

O presente Guia de Acolhimento surge como um instrumento facilitador do processo de receção do utente nas instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo como principal objetivo emitir um conjunto de orientações no âmbito da admissão e identificação dos utentes, para efeitos de registo de situações de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras.

Adicionalmente, e considerando o lapso de tempo decorrido desde a data de entrada em vigor do novo regime de taxas moderadoras, a 1 de Janeiro de 2012, o presente guia visa sistematizar e uniformizar procedimentos entre as várias instituições do SNS, nomeadamente procedendo à clarificação de alguns aspetos críticos e essenciais, cuja especificação se tornou necessária para a melhor salvaguarda do interesse dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde.

O Guia de Acolhimento será atualizado periodicamente, sempre que ocorram alterações que impliquem uma modificação expressiva de procedimentos por parte das instituições agora descritos ou que decorram da entrada em vigor de diplomas legais ou regulamentares aplicáveis e, bem assim, quando tal se justifique em resultado de contributos, propostas e opiniões recolhidas pelos diferentes intervenientes ou interessados.

A informação contida neste Guia não dispensa a consulta dos diplomas legais em vigor.

### 1. CONCEITOS

---

Para efeitos do presente guia, e atento o disposto no artigo 2.º da Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, importa atender aos seguintes conceitos:

#### 1.1. CONCEITOS GERAIS

**Acidente desportivo** – causa ou facto gerador de responsabilidade ocorrido no decurso de prática de atividade desportiva que não se enquadre no desporto escolar.

**Acidente de trabalho** – causa ou facto gerador de responsabilidade, ocorrido no local e no tempo de desempenho de funções ou tarefas, no âmbito de contrato individual de trabalho, ao serviço de entidades empregadoras, de natureza privada ou pública.

**Acidente de viação** – causa ou facto gerador de responsabilidade que envolva ou seja provocado por veículo terrestre de qualquer natureza, motorizado ou não (veículos automóveis ligeiros ou pesados, motociclos e ciclomotores - ambos vulgarmente designados por motas, veículos elétricos, tratores, velocípedes e veículos de tração animal).

**Acidente escolar** – causa ou facto gerador de responsabilidade, ocorrido no local e no tempo de atividade escolar, nas atividades de desporto escolar ou de ocupação de tempos-livres, em que sejam lesados alunos do jardim-de-infância, do ensino básico e secundário, quer da rede pública, quer do ensino particular e cooperativo.

**Acidente pessoal não especificado com responsabilidade de terceiro** – causa ou facto gerador de responsabilidade causado por pessoas, coisas ou animais ou pelo exercício de atividades, que provoquem danos físicos ou para a saúde dos lesados (por exemplo, acidentes provocados por animais, obras, quedas no interior ou no acesso a veículos de transporte público, que não constituam acidente de viação, acidentes em estabelecimentos comerciais, hoteleiras, etc.).

**Agressão** – causa ou facto gerador de responsabilidade decorrente do uso de violência ou de maus tratos físicos, contra outra pessoa, provocando-lhe ofensas à integridade física ou à saúde, que se enquadre no conceito de facto criminalmente punível.

**Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD)** – cartão de identificação, de modelo único, comum a todo o espaço da União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça, para efeito do direito de acesso a prestação de cuidados de saúde de cidadãos da União Europeia, durante permanência temporária noutro Estado membro, contendo a identificação do seu titular, do Estado Emissor, bem como da entidade financeiramente responsável pelos cuidados de saúde (instituição de seguro ou instituição competente do lugar de residência permanente. O Cartão Europeu de Seguro de Doença não abrange situações em que a pessoa viaja para outro país com o objetivo de receber tratamento médico.

**Carta Verde** – designação vulgar para Certificado Internacional de Seguro Automóvel, comprovativo do seguro de responsabilidade civil automóvel, válido para todos os países da União Europeia e todos os países nele previstos como aderentes, em que se identifica a seguradora e o número de apólice de seguro.

**Entidade Financeira Responsável** – terminologia utilizada para efeitos de faturação a realizar pelas unidades de saúde, reportando-se ao SNS, a subsistemas de saúde (por exemplo, ADSE,ADM,SAD, SSMJ), e aos terceiros legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde (como por exemplo, seguradoras, entidades patronais, organismos públicos, clubes, indivíduos agressores, entre outros).

**Fundo de Garantia Automóvel** – entidade inserida no Instituto de Seguros de Portugal (ISP) que garante o pagamento de indemnizações por danos corporais emergentes de acidentes de viação em Portugal causados, quer por veículos identificados, de matrícula portuguesa ou estrangeiros de país não aderente à Carta Verde, sem seguro obrigatório válido, ou por veículo automóvel não identificado.

**Seguro Automóvel** – seguro obrigatório de responsabilidade civil que cobre os danos causados a terceiros por veículos terrestres a motor, habitualmente designado como "seguro contra terceiros".

**Seguro de Ocupantes** – seguro de acidentes pessoais, facultativo, que cobre os danos próprios do condutor, segurado, cônjuge, ascendentes ou descendentes transportados no veículo segurado.

**Seguro de acidentes de trabalho** – seguro obrigatório que garante o pagamento de indemnizações ou encargos emergentes de acidente de trabalho ocorrido no âmbito do contrato individual de trabalho.

**Seguro de responsabilidade civil** – seguro que cobre a responsabilidade civil emergente de facto praticado pelo segurado, a pessoas ou coisas ou animais por quem ele é responsável.

**Terceiro legal ou contratualmente responsável** – alguém exterior à relação de prestação de cuidados de saúde estabelecida entre o Hospital e o assistido (entendendo-se como tal, subsistemas de saúde, terceiros diretamente responsáveis pelos danos causados que deram origem à prestação, quer aqueles

para os quais, por imposição legal ou por contrato, se opera a transferência da responsabilidade emergente dos danos causados, como as seguradoras e representantes legais).

## 1.2. CONCEITOS EM SAÚDE

**Acompanhante** – a pessoa indicada pelo utente ou por quem legalmente o represente nas situações em que aquele não possa expressar a sua vontade e que o acompanha nas situações em que tal acompanhamento possa ser legalmente exercido.

**Ambulatório** – conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

**Ambulatório Médico** – para efeitos de classificação em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) e respetiva faturação, corresponde a um ou mais atos médicos realizados com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizados na mesma sessão, num período inferior a 24 horas. Em termos de faturação, por especialidade, só pode existir um GDH por dia, que englobe todos os atos realizados na mesma sessão, excecionando-se os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com radioterapia ou os tratamentos de quimioterapia em simultâneo com a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantável (VAD).

**Atendimento em urgência** – ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

**Ato complementar de diagnóstico** – exame ou teste que fornece os resultados necessários para o estabelecimento de diagnóstico.

**Ato complementar de terapêutica** – prestação de cuidados curativos após diagnóstico e prescrição terapêutica.

**Cirurgia de ambulatório** – intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas.

**Consulta de enfermagem** – intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

**Consulta de especialidade** – consulta médica em centros de saúde e hospitais prestada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar, que deve decorrer de referência ou encaminhamento por médico de outra especialidade.

**Consulta de medicina geral e familiar** – consulta médica prestada em centros de saúde no âmbito da especialidade que, de forma continuada, se ocupa dos problemas de saúde dos indivíduos e das famílias, no contexto da comunidade.

**Consulta de outros profissionais de saúde** – ato de assistência prestado a um indivíduo, podendo consistir em avaliação, intervenção e ou monitorização (devendo a designação referir a área de prestação, por exemplo, consulta de psicologia, consulta de nutrição, consulta de dietética).

**Consulta de planeamento familiar** – consulta médica realizada no âmbito da Medicina Geral e Familiar ou de outra especialidade, em que haja resposta por parte do médico a uma solicitação sobre contraceção, pré-conceção, infertilidade ou fertilidade.

**Consulta médica** – ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

**Consulta no domicílio** – consulta prestada por um profissional de saúde ao utente no domicílio, em lares, ou instituições afins.

**Consulta sem a presença do utente** – ato de assistência médica sem a presença do utente, podendo resultar num aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço. Esta consulta pode estar associada a várias formas de comunicação utilizada, designadamente, através de terceira pessoa, por correio tradicional, por telefone, por correio eletrónico, ou outro.

**Doente internado num estabelecimento de saúde num período** – indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, excetuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outros estabelecimentos, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde. Para efeitos de faturação do internamento, e para doentes que não cheguem a permanecer 24 horas internados (episódios de curta-duração), apenas serão considerados os doentes saídos contra parecer médico ou por óbito.

**Doentes privados** – os episódios de doentes beneficiários do SNS decorrentes do exercício de medicina privada implicam que os doentes sejam considerados doentes privados. Os utentes que escolham este

regime de prestação de cuidados são responsáveis pelo pagamento dos encargos da assistência prestada, devendo a faturação ser emitida em seu nome.

**Episódio agudo de doença** – dias de tratamento em internamento, em fase aguda da doença, desde a admissão até à alta.

**Episódio crónico de doença** – dias de tratamento em fase crónica de doença, desde a admissão até à alta.

**Episódio de curta duração** – episódio cujo tempo de internamento é igual ou inferior ao limiar inferior de exceção do respetivo GDH.

**Episódio de evolução prolongada** – episódio cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo do respetivo GDH.

**Episódio de internamento** – período de tempo que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, em regime de internamento, excetuando-se o dia da alta.

**Episódio normal** – episódio cujo tempo de internamento se situa entre o limiar inferior de exceção e o limiar máximo de exceção do GDH a que pertence.

**Hospital de dia** – serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.

**Intervenção cirúrgica** – um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, loco-regional ou local, com ou sem presença de anestesista.

**Pequena cirurgia** – intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 50, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

**Rastreio organizado de base populacional** – atividade, organizada por uma entidade, de identificação presumível de doença ou defeito não anteriormente conhecido, pela utilização de testes, exames e outros meios complementares de diagnóstico, que podem ser aplicados rapidamente de forma a distinguir, de entre as pessoas aparentemente saudáveis, as que provavelmente têm a doença, daquelas que provavelmente não a têm.

**Reinternamento** – situação em que ocorre novo internamento de um doente previamente internado e com alta da mesma unidade de saúde, num período de setenta e duas horas a contar da data da alta, com exceção das seguintes situações:

- Quando o episódio de internamento subsequente não esteja clinicamente relacionado com o anterior, desde que assim demonstrado pela entidade prestadora, e as situações de foro oncológico;
- Quando o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico do internamento antecedente;
- Quando o doente foi transferido para realização de exame que obrigue a internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.

**Serviço de urgência básica** – primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de cariz médico (não cirúrgico, à exceção de pequena cirurgia), podendo estar sediado numa área de influência que abranja uma população superior a 40 000 habitantes em que, pelo menos para uma parte, a acessibilidade em condições normais seja superior a 60 minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico ou polivalente mais próximo, em conformidade com o previsto no Despacho n.º 727/2007 de 18 de dezembro de 2006, publicado em Diário da República, 2.a Série, N.º 10 de 15 de Janeiro de 2007.

**Serviço de urgência médico-cirúrgica** – segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar -se estrategicamente dentro das áreas de influência/atração respetivas em conformidade com o previsto no Despacho n.º 727/2007 de 18 de dezembro de 2006, publicado em Diário da República, 2.a Série, N.º 10 de 15 de Janeiro de 2007.

**Serviço de urgência polivalente** – nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se, em regra, num hospital geral/centro hospitalar garantindo a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referência e, ainda, as valências previstas no Despacho n.º 727/2007 de 18 de dezembro de 2006, publicado em Diário da República, 2.a Série, N.º 10 de 15 de Janeiro de 2007.

**Sessão de hospital de dia** – intervenções, geralmente terapêuticas, em doentes assistidos em hospital de dia.

**Teleconsulta em tempo diferido (*Store and forward*)** – utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, recolhidos na presença do doente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e opinará em tempo posterior (forma assíncrona).

**Teleconsulta em tempo real** – consulta fornecida por um médico distante do utente, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente junto de outro

médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente. Esta comunicação efetua-se em simultâneo (de forma síncrona);

**Tempo de internamento** – total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, excetuando o dia da alta dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. O tempo de internamento dos episódios com admissão pela urgência conta-se desde o momento da admissão na urgência. Caso o doente permaneça menos de 24 horas num serviço de internamento (não perfazendo, por isso, o tempo necessário para ser considerado um episódio de internamento), o tempo que decorre desde a admissão à urgência até à admissão ao internamento não é cumulável com o tempo de estada em internamento. Assim, as horas que o doente permanece no serviço de urgência não podem ser contabilizadas para totalizar um período de internamento de 24 horas. Contudo, para efeitos de classificação em GDH e faturação incluem-se, na contagem do tempo de internamento, os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.

**Utilização de telemedicina na consulta externa (teleconsulta)** – utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

## 2. CIRCUITO DO UTENTE

---

No presente capítulo elencam-se os aspetos administrativos relacionados com a adequada identificação de utentes no sistema de informação hospitalar e algumas especificidades relacionadas com a identificação de utentes em áreas específicas da prestação de cuidados.

### 2.1. RECEÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE - ASPETOS GERAIS

No momento da admissão do doente devem ser observados os seguintes procedimentos:

- ▶ Proceder à identificação e ao registo completo de cada doente no programa SONHO, inserindo o número de bilhete de identidade/cartão de cidadão, número de identificação fiscal (NIF), número de utente do SNS, número e nome do subsistema de saúde, nos casos em que exista, nome completo e morada. O profissional do hospital deve solicitar os documentos de identificação do utente para comprovação dos dados facultados (nomeadamente, bilhete de identidade/cartão de cidadão e/ou o cartão de utente do SNS).
- ▶ Solicitar o contacto telefónico do doente e, sempre que possível, outro alternativo, nomeadamente de familiar.
- ▶ Confirmar o ACES de inscrição do doente e o respetivo médico de família.
- ▶ Solicitar os documentos de identificação para validação dos dados constantes do programa SONHO e efetuar as atualizações necessárias (no caso de acesso de cidadãos estrangeiros deverá atender-se às orientações constantes no Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros, disponível para consulta no sitio da ACSS e constante da Circular Informativa Conjunta Nº 3 - ACSS/DGS de 02/12/2013)

*☞ Sempre que possível, deverá ser o próprio utente a indicar os seus elementos de identificação.*

*☞ A título de exemplo, o profissional deverá colocar a questão da seguinte forma: “Pode confirmar a sua morada”, ao invés da questão “Mora na Rua XY?”. Desta forma, é possível detetar alterações nos dados do utente. Este procedimento deverá aplicar-se a todos os elementos de identificação do utente.*

- ▶ Aceder ao Registo Nacional de Utentes (RNU) para verificação do histórico de benefícios, através da plataforma *WebRNU*.

*☞ O acesso à plataforma WebRNU depende da obtenção das respetivas credenciais de acesso junto do endereço de correio eletrónico [servicedesk@spms.min-saude.pt](mailto:servicedesk@spms.min-saude.pt), caso haja dúvidas quanto à isenção ou à entidade financeira responsável) (cfr. Circular Informativa N.º 15 de 04/10/2013)*

- ▶ Informar o utente do valor de taxas moderadoras devido (excetuando os casos de isenção ou dispensa válida) - (*Vide* Ponto 3. Do presente guia - Taxas moderadoras e valores a cobrar) e solicitar o respetivo pagamento.

*☞ Para o efeito, deverá colocar-se a questão da seguinte forma ao utente: “Como é que pretende pagar a taxa moderadora? Em dinheiro, cheque ou por multibanco?”.*

*☞ Sempre que o utente não proceda ao pagamento imediato da taxa moderadora, o serviço deverá proceder à emissão e entrega da nota de débito ao utente, identificando todos os meios de pagamento disponíveis.*

- ▶ Nos casos em que as taxas moderadoras não sejam cobradas no momento da realização do ato, o utente deverá ser interpelado posteriormente para efetuar o respetivo pagamento (*Vide* Ponto 3.3 do presente guia - Taxas moderadoras e valores a cobrar).
- ▶ Verificar se o motivo da admissão hospitalar ocorre na sequência de acidente (de viação, de trabalho, agressão etc) e, quando aplicável, registar o local do acidente e a autoridade que tomou conta da ocorrência. Nestas situações deve solicitar-se ao utente, familiar, acompanhante ou agente de autoridade que efetue o preenchimento do questionário sobre acidentes, sempre que disponível (*Vide* Ponto 4. do presente guia - Terceiro legal ou contratualmente responsável);
- ▶ Informar o utente/accompanhante da localização do(s) serviço(s) a que se deverá dirigir e veicular toda a informação pertinente para o adequado curso de tratamento no hospital.

## 2.2. ADMISSÃO A ATOS PROGRAMADOS

Para além da observação dos aspetos gerais de receção e identificação do doente, o secretariado deve confirmar, nos casos aplicáveis, a existência de agendamento no dia em que o doente se apresenta.

Caso não se verifique a existência de marcação para o dia/hora em que o doente se apresenta, o secretariado deve analisar e reportar a situação e, sempre que possível e adequado face às circunstâncias do caso concreto, procurar assegurar o acesso do doente ao ato em causa no próprio dia.

A taxa moderadora deve ser cobrada no momento da admissão do utente.

### **2.3. ADMISSÃO A ATOS NÃO PROGRAMADOS**

Para efeitos de cumprimento dos aspetos gerais de receção e identificação do doente nos casos em que, em virtude do seu estado geral, o utente se encontre impedido de prestar informações, os elementos de identificação devem ser solicitados junto de familiar, acompanhante ou agente de autoridade que acompanhe o doente.

Caso o motivo da admissão hospitalar ocorra na sequência de acidente (de viação, de trabalho ou de agressão) deve observar-se o disposto no Ponto 4 do presente guia - Terceiro legal ou contratualmente responsável.

A taxa moderadora deve ser cobrada no momento da admissão do utente, sempre que possível.

### **2.4. DOENTES REFERENCIADOS**

O atual regime jurídico das taxas moderadoras aprovado pelo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, prevê que as taxas moderadoras sejam cobradas no momento da realização das prestações de saúde (n.º 1 do Artigo 7.º).

Com efeito, de acordo com o que dispõe o n.º 1 do artigo 4.º da Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, «as taxas moderadoras são devidas e devem ser pagas no momento da apresentação do utente na consulta, da admissão na urgência ou da realização das sessões de hospital de dia e, ainda, no momento da realização de atos complementares de diagnóstico e terapêutica.»

Por seu turno, atento o disposto no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, a entidade prestadora dos cuidados de saúde é a entidade competente para efetuar a cobrança das taxas moderadoras. Contudo, tal regra poderá ser objeto de exceção, quer no que se refere ao momento da cobrança, nos casos de impossibilidade do utente, quer no referente à entidade competente pela cobrança, quando, em virtude de disposição legal ou contratual em contrário, a entidade que procede à cobrança não compete aquela que realiza as prestações de saúde, como se poderá verificar no caso de existência de termo de responsabilidade.

Na falta de previsão legal e contratual específica quanto à entidade responsável pela cobrança, deverá ser observada a regra de que a entidade que cobra é a entidade que realiza as prestações de saúde e o momento da cobrança deverá ser aquele em que essa prestação tiver lugar.

Esta regra não afeta, porém, o facto de as taxas moderadoras cobradas pelas entidades que vierem a realizar as prestações de saúde ao abrigo de termo de responsabilidade constituírem receitas das entidades que suportam os encargos, ou seja, que emitem o termo de responsabilidade, devendo ser-lhes devolvidas ou deduzidas nos créditos que as entidades que realizaram as prestações de saúde vierem a deter sobre as mesmas.

No caso de doentes abrangidos por protocolo, a entidade financeira responsável é o hospital de origem do doente, pelo que, no registo da entidade financeira responsável, deverá considerar-se essa instituição.

*☞ **Transferência de doentes internados** – as instituições hospitalares obrigam-se a identificar todas as transferências de doentes dentro e fora do SNS, registando a unidade de proveniência e a de destino, bem como o motivo da transferência. As transferências de doentes internados entre unidades hospitalares integradas num Centro Hospitalar são consideradas transferências internas.*

## 2.5. ALTA

No momento da alta do doente do(s) episódio(s) ocorrido(s) na instituição deve haver lugar à revisão dos montantes de taxas moderadoras em dívida e à repetição dos procedimentos de cobrança, caso se verifique haver valores por cobrar.

## 2.6. ESPECIFICAÇÕES QUANTO AO TRANSPORTE NÃO URGENTE DE DOENTES

O artigo 5º do Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, estabelece os dois requisitos cumulativos ou simultâneos para atribuição de isenção do pagamento dos encargos inerentes ao transporte não urgente de doentes.

Estes requisitos são o reconhecimento de insuficiência económica do doente, cuja avaliação do rendimento médio mensal do agregado familiar em que o utente se integra é da competência da Autoridade Tributária e Aduaneira (AT), bem como a comprovação, pelo respetivo médico assistente, da situação clínica que justifica a necessidade do transporte para a realização das prestações de saúde no âmbito do SNS, nos termos previstos no artigo 3º da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio.

Neste sentido, os serviços e estabelecimentos do SNS devem informar os doentes da imprescindibilidade do reconhecimento da insuficiência económica, conjuntamente com a comprovação da situação clínica que determina a necessidade de transporte, para que possam beneficiar da indicação de isenção do pagamento dos encargos com transporte não urgente de doentes.

Devem, ainda, os serviços e estabelecimentos do SNS informar os doentes que fora as situações determinadas no ponto anterior, o SNS assegura parcialmente os encargos com o transporte não urgente, de acordo com o previsto no artigo 4º da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio.

*☞ Consultar a Circular Informativa n.º 13/2012/CD, da ACSS, de 1 de Junho de 2012, relativamente ao Transporte não urgente de doentes – Enquadramento, Acesso, tipologia de transportes e encargos.*

### 3. TAXAS MODERADORAS E VALORES A COBRAR

---

O Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, em vigor desde 1 de janeiro de 2012, consagrou um novo regime da cobrança de taxas moderadoras, tendo sido alterado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, e pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho, esta última alteração vigente desde 25 de julho de 2013.

Em anexo ao presente Guia consta a lista de diplomas legais e regulamentares e demais orientações emitidas, no âmbito do novo regime de taxas moderadoras.

*☞ Consultar Anexo I – Enquadramento legal e normativo do regime de taxas moderadoras.*

Nos termos do Artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, na sua redação atual, as taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde ou no momento da alta do doente, salvo em situações de impossibilidade do utente resultante do seu estado de saúde ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança.

O novo regime de taxas moderadoras distingue isenção de dispensa do pagamento de taxas moderadoras, sendo que a isenção confere o direito ao não pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde realizadas ao utente e a dispensa refere-se, apenas, a um conjunto de prestações de saúde específicas.

*☞ Através da plataforma WebRNU, as instituições podem facilmente consultar/verificar o histórico de benefícios associado ao utente.*

#### 3.1. CATEGORIAS DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE TAXAS MODERADORAS E MEIOS DE COMPROVAÇÃO EXIGIDOS AO UTENTE

Atento o disposto no Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, na sua redação atual, encontram-se isentos do pagamento de taxas moderadoras:

##### ▮ Grávidas e parturientes

- As grávidas, até à data prevista para a revisão do puerpério, e parturientes devem apresentar uma declaração médica de modelo oficial que ateste a referida qualidade/situação, em qualquer ponto da prestação de cuidados de saúde.

- ▮ As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive
  - A comprovação realiza-se através de consulta ao RNU ou através da apresentação de documento de identificação civil, em qualquer ponto da prestação de cuidados de saúde.
  
- ▮ Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, através da apresentação de atestado médico de incapacidade multiuso, junto dos serviços do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) respetivo, para efeitos de registo da isenção, nos seguintes termos:
  - Nos casos de incapacidade sujeita a reavaliação, apresentação de atestado médico de incapacidade multiuso de modelo aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, de 20 de novembro, publicado em DR-II Série, de 4 de dezembro de 2009, emitido por Junta Médica, cuja data de reavaliação não tenha sido ultrapassada, o qual se mantém válido para efeitos de registo de isenção até à data da respetiva caducidade, ou seja, até à data da reavaliação que deles constar;
  - Nos casos de incapacidade sujeita a reavaliação, apresentação de atestado médico de incapacidade de modelo anterior ao aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, de 20 de novembro, emitido por Junta Médica, cuja data de reavaliação não tenha sido ultrapassada, desde que emitido em data anterior a 20 de novembro de 2009, o qual se mantém válido para efeitos de registo de isenção até à data da respetiva caducidade, ou seja, até à data da reavaliação que deles constar.
  - Nos casos de incapacidade com caráter definitivo, apresentação de atestado médico de incapacidade, seja de modelo anterior ao aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, de 20 de novembro, desde que emitido em data anterior a 20 de novembro de 2009, ou de modelo atualmente em vigor, emitido por Junta Médica, com caráter definitivo, o qual mantém validade vitalícia para efeitos de registo de isenção.
  - Sempre que seja ultrapassado o prazo legal para a realização da junta médica, cuja avaliação da incapacidade resulte em grau superior ou igual a 60%, o utente tem direito a ser reembolsado do montante pago em taxas moderadoras entre a data do prazo legal referido e a data da realização da junta médica.

- No âmbito de taxas moderadoras cobradas pelas unidades de cuidados de saúde primários, o reembolso processa-se pelos serviços financeiros das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS) ou pela unidade de saúde a quem compete a respetiva cobrança, no caso de taxas moderadoras pagas em Hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS), mediante apresentação pelo utente dos recibos de pagamento de taxas moderadoras, comprovativo de requerimento para realização de junta médica e o atestado médico de incapacidade multiuso.
- ▶ Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar, nos seguintes termos:
  - A determinação da situação de insuficiência económica é realizada pela AT, sendo esta informação disponibilizada automaticamente no RNU;
  - Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS).
  - Os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde do Serviço Nacional de Saúde, encontram-se estabelecidos na Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, salientando-se que:
    - A composição do agregado familiar é determinada nos termos do artigo 13º do Código de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (CIRS) e corresponde ao previsto na declaração de rendimentos a que se refere o artigo 57º do mesmo Código;
    - O cálculo do rendimento médio mensal é igual à soma do rendimento bruto anual do agregado familiar, a dividir pelos elementos a quem cabe a direção do agregado familiar, a dividir por 12 meses. Em caso de pessoas individuais ou famílias monoparentais, o rendimento médio mensal é igual ao rendimento bruto anual, a dividir por 12 meses;
    - O rendimento médio mensal do agregado familiar é automaticamente aferido a 30 de setembro de cada ano, sendo considerados os rendimentos do agregado familiar conhecidos no ano civil imediatamente anterior;

- Mediante consulta ao Portal das Finanças em <http://www.portaldasfinancas.gov.pt/pt/home.action> (Insuficiência económica para efeitos de taxas moderadoras – rendimento apurado para efeitos de atribuição de isenção de taxas moderadoras) os utentes podem verificar quais os rendimentos considerados para o apuramento da condição de insuficiência económica e respetivo cálculo do rendimento médio mensal, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º da Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro.
- ▮ Os dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários, nos seguintes termos:
  - Através da apresentação anual (365 dias a contar da data do registo), junto dos serviços do ACES respetivo, de declaração comprovativa de duas dádivas de sangue nos últimos 12 meses (inclui candidato a dador impedido temporária ou definitivamente de efetuar a dádiva por razões clínicas, tendo efetuado anteriormente 10 dádivas válidas), ou declaração comprovativa de dador benemérito com mais de 30 dádivas de sangue na vida;
  - Durante o ano de 2014, considerando que o processo informatizado de registo único central de dadores de sangue, em desenvolvimento pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST, IP), não se encontra ainda concluído, são aceites como válidas as declarações emitidas pelos serviços de sangue hospitalares ou pelo IPST, I.P.
- ▮ Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários e nos atos decorrentes da doação, nos seguintes termos:
  - Através de declaração de dador efetivo emitida pelo IPST, I.P., junto dos serviços do ACES respetivo;
  - A este meio de comprovação não está associado qualquer prazo de validade.
- ▮ Os bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessário em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares, nos seguintes termos:
  - Em cuidados de saúde primários
    - No momento da admissão, o secretariado efetua a inscrição do utente e verifica, mediante consulta ao RNU, se o mesmo tem associado um registo de isenção;

- Em caso de omissão do registo de isenção no RNU, a unidade de saúde deve cobrar o valor de taxa moderadora respetiva e informar o utente da necessidade de contactar o Corpo de Bombeiros, com o objetivo de validar os seus dados de identificação e proceder à correção ou inserção de eventuais elementos em falta (nome, n.º de utente do SNS, data de nascimento);
  - Para efeitos de eventual reembolso de taxas moderadoras pagas, as unidades de saúde devem consultar previamente o RNU e confirmar se, à data da realização das prestações de saúde, o utente se encontrava abrangido pelo benefício da isenção.
- Em cuidados de saúde hospitalares (quando necessário em razão do exercício da sua atividade):
- As instituições hospitalares devem observar os procedimentos reportados anteriormente, com as devidas adaptações;
  - Para além da verificação da existência de registo de isenção no RNU, é ainda necessário proceder ao acionamento do seguro de acidentes pessoais, a que refere a alínea f) do n.º 1 do artigo 5.º e o artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 241/2007, de 21 de junho, na sua redação atual, devendo ser obtido, no ato de inscrição ou logo que possível, o número de apólice de seguro do bombeiro. Posteriormente, o Corpo de Bombeiros/Entidade Detentora realiza a participação do sinistro;
- ▮ Os doentes transplantados, nos seguintes termos:
- Através da apresentação, junto dos serviços do ACES respetivo, de declaração emitida pelos serviços competentes das instituições hospitalares autorizadas para o exercício da atividade de transplantação;
  - Os doentes transplantados numa instituição no estrangeiro deverão solicitar uma declaração junto da instituição hospitalar do SNS que realiza o acompanhamento clínico;
  - Esta isenção é permanente e os serviços administrativos das entidades hospitalares deverão proceder à consulta do RNU, em caso de dúvida;
- i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente, nos seguintes termos:
- Através de apresentação do cartão emitido pela Direção de Serviço de Pessoal de cada ramo das Forças Armadas, junto dos serviços do ACES;

- O cartão emitido para os militares e ex-militares das Forças Armadas que se encontrem incapacitados, de forma permanente, em virtude da prestação de serviço militar, pode corresponder:
  - Cartão de Deficiente das Forças Armadas (DFA), ao abrigo do Decreto-lei n.º 43/76, de 20 de Janeiro (cartão de cor amarela de tarja longitudinal de cor vermelha);
  - Cartão de Deficiente Civil das Forças Armadas (DCFA), ao abrigo do Decreto-lei n.º 319/84, de 1 de Outubro (cartão de cor amarela de tarja longitudinal de cor vermelha);
  - Cartão de Grande Deficiente das Forças Armadas (GDFA), ao abrigo do Decreto-lei n.º 314/90, de 13 de Outubro (cartão de cor amarela de tarja longitudinal de cor azul);
  - Cartão de Grande Deficiente do Serviço Efetivo Normal (GDSEN), ao abrigo do Decreto-lei n.º 250/99, de 7 de Julho (cartão de cor amarela de tarja longitudinal de cor castanha);
  - Cartão de Pensionista com pensão de invalidez, abrangidos por outros regimes jurídicos (cartão de cor branca de tarja longitudinal de cor verde);

j) Os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º, e o respetivo cônjuge e dependentes, nos seguintes termos:

- Através da apresentação de declaração, de modelo próprio, emitida pelo Centro de Emprego onde se encontrem inscritos, junto dos serviços do ACES, nos seguintes termos:
- A declaração obedece ao modelo oficial do IEF - Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P (anexos à Circular n.º 36/2011/UOFC, da ACSS, de 28.12.2011, republicada pela Circular Normativa n.º 30 de 30.09.2013) e serão emitidas por aqueles serviços (ou por via eletrónica no respetivo sítio da internet) aos utentes sempre que se encontrem reunidas as seguintes condições cumulativas:
  - Candidatura a emprego válida;
  - Registo de prestações de desemprego, de valor igual ou inferior a 1,5 IAS ou sem prestações de desemprego;
  - Situação de desemprego transitória ou recente que não pode ser reconhecida, em tempo, por via dos critérios de verificação da condição de insuficiência económica estabelecidos na Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, os quais determinam que os rendimentos são aferidos a 30 de setembro de cada ano.

- Após identificação e exibição da declaração do IEFP pelo utente, que deve corresponder aos modelos constantes do anexo I e II à Circular Normativa n.º 36/2011, de 28 de dezembro, republicada pela Circular Normativa n.º 30/2013, de 30 de setembro, o Centro de Saúde, mediante consulta ao Registo Nacional de Utentes (RNU), confirma a situação de não isenção por outro motivo e regista a isenção por via do desemprego, de acordo com o código disponível para o efeito.
- Nos casos em que a declaração do IEFP não preveja informação sobre o cônjuge e dependentes, o Centro de Saúde deve solicitar a apresentação dos respetivos documentos de identificação e proceder ao registo da isenção, de acordo com o código disponível para o efeito.
- Os Centros de Saúde devem alertar os utentes que as omissões, inexactidões ou falsidades no fornecimento de dados e a concessão indevida de benefícios imputáveis ao utente determinam a perda da possibilidade da concessão da isenção de pagamento de taxas moderadoras durante um período de 24 meses, após o conhecimento do facto por parte das entidades competentes do Ministério da Saúde.
- A declaração tem uma validade de 90 (noventa) dias, a contar da data da respetiva emissão, para efeitos de registo da isenção do pagamento de taxas moderadoras, podendo ser renovada enquanto se mantiverem os pressupostos legais para a sua emissão;
- A alteração das circunstâncias com cessação da causa que deu origem à emissão da declaração pelo IEFP e que determinou a concessão do benefício de isenção do pagamento de taxas moderadoras deve ser comunicada, de imediato, pelo utente no ACES respetivo.
- O utente que pertença a agregado familiar em situação de insuficiência económica, devidamente reconhecida pela AT nos termos legalmente estabelecidos, não necessita de obter a declaração referida, ainda que se encontre em situação de desemprego involuntário.

### 3.2. DISPENSA DO PAGAMENTO DE TAXAS MODERADORAS

De acordo com o previsto no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na sua redação atual, não há lugar a pagamento de taxas moderadoras num conjunto de procedimentos associados a questões de saúde pública, a situações clínicas e riscos de saúde que impliquem especial e recorrente necessidade de cuidados.

É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde:

- Consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas;
- Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental, deficiências de fatores de coagulação, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/sida e diabetes;
- Cuidados de saúde respiratórios no domicílio;
- Cuidados de saúde na área da diálise;
- Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos;
- Atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direção-Geral da Saúde;
- Consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS;
- Atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica;
- Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes;
- Programas de tomas de observação direta;
- Vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal;
- Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de *i) Referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência e ii) Admissão a internamento através da urgência.*

Os sistemas de informação estão parametrizados de forma a dispensar o pagamento de taxas moderadoras nas consultas/sessões de hospital de dia especificamente criadas para estas condições, bem como os MCDT prescritos no decurso destas.

*☞ Em conformidade com a Circular Normativa nº 8/2014, de 20 de janeiro, e tabela I adiante apresentada.*

- ▀ Consultas de Planeamento Familiar e atos complementares prescritos no decurso destas

- O planeamento familiar requer ações de aconselhamento genético e conjugal, de informação de métodos e fornecimento de meios de contraceção, tratamento da infertilidade e prevenção de doenças de transmissão sexual, sendo, em conformidade, assegurada a gratuidade das consultas sobre planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas.
  - A consulta de planeamento familiar corresponde a uma consulta, no âmbito da medicina geral e familiar ou de outra especialidade, em que haja resposta por parte do profissional de saúde a uma solicitação sobre contraceção, preconceção, infertilidade ou fertilidade. Estas consultas, quer sejam realizadas em ambiente de cuidados de saúde primários ou em ambiente hospitalar, estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras, tal como os atos complementares prescritos no decurso destas;
  - As consultas e atos complementares prescritos no âmbito da Procriação Medicamente Assistida (PMA) estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras.
- ▶ Consultas, sessões de Hospital de Dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental, deficiências de fatores de coagulação, infeção pelo VIH/SIDA e diabetes.
- Doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes
    - As consultas, sessões de hospital de dia, bem como os MCDT prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, onde se inclui, a título de exemplo, a esclerose múltipla, estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras.
 

*☞ Para usufruir desta dispensa, o utente deve apresentar no ACES respetivo a prescrição do seu médico neurologista, com indicação de que se encontra dispensado do pagamento de taxas moderadoras, ao abrigo da alínea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro.*
  - Doenças oncológicas
    - Os doentes oncológicos não estão diretamente isentos pela sua condição, mas antes dispensados do pagamento de taxas moderadoras num conjunto de procedimentos, designadamente, consultas, sessões de Hospital de Dia, bem como MCDT prescritos no

decurso destas, no âmbito do tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas e radioterapia.

- Os doentes oncológicos podem usufruir da isenção universal de pagamento de taxas moderadoras (em todas as prestações de saúde) por via da incapacidade igual ou superior a 60%, devendo, para o efeito, obter um atestado médico de incapacidade multiuso, ou pela condição de insuficiência económica;
- As consultas de seguimento e monitorização de quimioterapia (e.g. quimioterapia oral, quimioterapia intravenosa) e radioterapia de doenças oncológicas, bem como os MCDT prescritos no decurso destas, estão igualmente, dispensadas do pagamento de taxas moderadoras.

*☞ Os doentes oncológicos podem usufruir de uma dispensa temporária de pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde, mediante a apresentação, em simultâneo, de atestado médico de doença oncológica (modelo oficial) e comprovativo de requerimento de junta médica. A dispensa temporária é requerida no ACES respetivo, preferencialmente no momento em que é requerida a realização de junta médica;*

*☞ A dispensa temporária de pagamento de taxas moderadoras converter-se-á em definitiva, no caso de ao utente vir a ser reconhecido um grau de incapacidade igual ou superior a 60%;*

*☞ As taxas moderadoras pagas pelo utente nos 60 dias anteriores à confirmação do diagnóstico oncológico estão sujeitas a reembolso, mediante apresentação de atestado médico multiuso reconhecendo um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, bem como dos recibos de pagamento de eventuais taxas moderadoras pagas, junto dos serviços financeiros dos hospitais;*

#### ▪ Saúde Mental

- Em articulação com a Direção Geral de Saúde e Coordenação do Programa Nacional para a Saúde Mental, a dispensa do pagamento de taxas moderadoras aplica-se a:
  - Consultas de psiquiatria de seguimento clínico e atos complementares prescritos no decurso destas;

- Consultas de pedopsiquiatria e atos complementares prescritos no decurso destas;
  - Sessões de hospital de dia, área de dia e de estruturas reabilitativas, bem como procedimentos complementares prescritos no decurso destas;
  - Consultas e procedimentos complementares de saúde mental realizados ao nível dos cuidados de saúde primários, na sequência de um plano de cuidados definido pelo Serviço Local de Saúde Mental ou em articulação formal com este;
  - Todas as consultas e procedimentos complementares efetuados ao abrigo da Lei de Saúde Mental.
- VIH/SIDA
    - As consultas e atos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no âmbito dos Centros de Atendimento e Detecção Precoce da infeção VIH/Sida estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras.
- Diabetes
    - As consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito da diabetes estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras, bem como nas situações de referenciação por comorbilidade inerente a esta condição.
- ▮ Cuidados de Saúde Respiratórios no domicílio
    - Os cuidados de saúde respiratórios domiciliários e a renovação da prescrição estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras.
- ▮ Cuidados de Saúde na área da Diálise
    - Aplica-se a consultas e sessões de hospitais de dia de pré-diálise e diálise e aos atos complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos no decurso destas.
- ▮ Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos
    - Aplica-se às consultas e atos complementares prescritos necessários para as dádivas.

- ▶ Atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direcção-Geral da Saúde
  - O rastreio organizado de base populacional corresponde a uma atividade organizada por uma entidade, de identificação presumível de doença ou defeito não anteriormente conhecido, pela utilização de testes, exames e outros meios complementares de diagnóstico, os quais podem ser aplicados rapidamente para separar de entre as pessoas aparentemente saudáveis e as que provavelmente têm a doença, daquelas que provavelmente não a têm. Os atos complementares de diagnóstico realizados no decurso destas atividades estão igualmente dispensados do pagamento de taxas moderadoras. Os atos complementares associados a rastreios oportunistas/deteção precoce não estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras;
  
- ▶ Consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços públicos de saúde
  - Não se aplicam taxas moderadoras às visitas domiciliárias realizadas por iniciativa da instituição;
  
- ▶ Atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica
  - A dispensa de taxas moderadoras nos atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica depende de declaração da vítima junto dos serviços de admissão de uma urgência em estabelecimento de saúde e participação às autoridades competentes;
  
- ▶ Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes de Tomas de Observação Direta
  - A dispensa do pagamento de taxas moderadoras inclui as prestações de saúde realizados no âmbito de programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes e de programas de tomas de observação direta;
  
- ▶ Vacinação prevista no Programa Nacional de Vacinação e vacinação contra a gripe sazonal de pessoas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação e pela vacinação da gripe sazonal, publicadas pela Direcção-Geral da Saúde, nas Normas de Orientação Clínica da gripe sazonal.

- A atividade de vacinação prevista no âmbito do Programa Nacional de Vacinação e pessoas abrangidas pelo Programa de vacinação contra a gripe sazonal está dispensada do pagamento de taxas moderadoras;
- ▮ Atendimento em serviço de urgência no seguimento de:
  - Referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência:
    - Aplica-se a episódios de urgência com origem no ACES e depende de carta de referenciação e recibo de pagamento da taxa moderadora;
    - A dispensa não inclui o pagamento das taxas associadas aos MCDT realizados na urgência;
    - Esta mesma lógica aplica-se aos utentes transferidos por falta de meios entre serviços de urgências hospitalares, em que o utente deverá pagar as taxas moderadoras associadas aos atos complementares de acordo com o limite previsto.
  - Admissão a internamento através da urgência
    - Aplica-se a episódios de urgência e aos MCDT realizados, sempre que resulte uma admissão a internamento e o episódio de internamento tenha uma duração mínima de 24 horas;
    - O tempo de internamento dos episódios com admissão pela urgência conta-se desde do momento da admissão na urgência. Caso o doente permaneça menos de 24 horas num serviço de internamento (não perfazendo, por isso, o tempo necessário para ser considerado um episódio de internamento), o tempo que decorre desde a admissão na urgência até à admissão ao internamento não é cumulável ao tempo de estada em internamento. Assim, o período de tempo que doente permanece no serviço de urgência não pode ser contabilizado para totalizar um período de internamento de 24 horas, perfazendo desta forma, o tempo necessário para ser considerado como episódio de internamento.
    - Sempre que tenham sido cobradas antecipadamente taxas moderadoras ao utente, os serviços devem proceder à devolução do montante cobrado e registo de dispensa de pagamento de taxa moderadora.

Tabela 1 - Códigos de dispensa (em conformidade com a Circular Normativa nº 8/2014, de 20 de janeiro)

DISPENSAS	CÓDIGO	SUBCATEGORIA	OBSERVAÇÕES
Planeamento Familiar	164	PMA	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b>
	144	IVG	Consultas de Planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas.
	102	Apoio à fertilidade	<b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b>
	162	Planeamento familiar	Consulta de planeamento familiar ou de outra especialidade, em que haja resposta a uma solicitação por parte do profissional de saúde no âmbito da contraceção, preconceção, infertilidade ou fertilidade, bem como os atos complementares prescritos no decurso destas (ver anexo i da referida circular). <b>CI Nº 7/2012 DE 30 DE JANEIRO.</b> Planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas. Aconselhamento genético e conjugal. Informação de métodos e fornecimento de meios de contraceção, tratamento de infertilidade e prevenção de doenças de transmissão sexual.
Doenças neurológicas degenerativas	125	Doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b>
Doenças desmielinizantes			Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas e atos complementares prescritos no decurso destas.
Distrofias Musculares	117	Distrofias Musculares	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas e atos complementares prescritos no decurso destas.
Tratamento da Dor Crónica	145	Medicina da Dor	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas e atos complementares prescritos no decurso destas.
Oncologia - Quimioterapia	189	Quimioterapia	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas, e atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CI N. 17/2012 DE 24 DE JULHO</b> Consultas de seguimento e monitorização de quimioterapia oral e quimioterapia intravenosa bem como atos complementares prescritos no decurso destas.
Oncologia - Radioterapia	045	Radioncologia	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas, e atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CI N. 17/2012 DE 24 DE JULHO</b> Consultas de seguimento e monitorização e radioterapia de doenças oncológicas bem como atos complementares prescritos no decurso destas.
Saúde Mental	190	Doença Mental Crónica	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CI Nº 6/2012 DE 30 DE JANEIRO</b> Consultas de psiquiatria de seguimento clínico e atos complementares prescritos no decurso destas, consultas de pedopsiquiatria e atos complementares prescritos no decurso destas. Sessões de hospital de dia, área de dia e de estruturas reabilitativas, bem como a procedimentos complementares prescritos no decurso destas. Todas as consultas e procedimentos complementares efetuados ao abrigo da lei de saúde mental. A dispensa não se aplica a consulta de avaliação inicial de psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia que não hajam sido devidamente referenciadas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospital de dia incluídas em programas de tratamento de doentes mentais crónicos e pedopsiquiatria (inclui consultas abertas e consultas realizadas ao nível de cuidados de saúde primários e na comunidades), e atos complementares prescritos no decurso destas.
Deficiências Fatores De Coagulação	191	Deficiências de Fatores De Coagulação	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas e atos complementares prescritos no decurso destas. <b>FAQ N.º 58</b> Para efeitos da dispensa do pagamento de taxas moderadoras ao abrigo da alínea b), do Artigo 8º do Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro, consideram-se apenas as deficiências de fatores de coagulação de natureza congénita.
VIH/SIDA	192	TARC	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas.

DISPENSAS	CÓDIGO	SUBCATEGORIA	OBSERVAÇÕES
			<b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e sessões de hospitais de dia – inclui consultas abertas e atos complementares prescritos no decurso destas.
Diabetes	114	Diabetologia	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas.
	161	Pé Diabético	<b>CN Nº 31/2013 DE 01/10/2013</b> Os atos complementares prescritos no decurso de consultas entre “saúde adultos diabetes” dispensados do pagamento de taxas moderadoras constam do respetivo anexo.
Cuidados de Saúde Respiratórios no Domicílio		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Cuidados de saúde respiratórios no domicílio. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> As consultas de prescrição destes atos não estão abrangidas pela dispensa <b>FAQ 72</b> Os cuidados de saúde respiratórios domiciliários e a renovação da prescrição estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras.
Cuidados de Saúde Diálise	193	Cuidados de Diálise	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Cuidados de saúde na área da diálise <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Incluem-se as consultas e sessões de hospital de dia, de pré diálise e diálise, tal como os atos complementares de diagnóstico e terapêutica, prescritos no decurso destas.
Consultas e MCDT para Dádivas	187	Dadores	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos
MCDT no âmbito de rastreio populacional dos programas de prevenção da DGS	166	Rastreio	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da direção -geral da saúde. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> O rastreio organizado de base populacional corresponde a uma atividade, organizada por uma entidade, de identificação presumível de doença ou defeito não anteriormente conhecido, pela utilização de testes, exames e outros meios complementares de diagnóstico, os quais podem ser aplicados rapidamente para separar de entre as pessoas aparentemente saudáveis as que provavelmente têm a doença, daquelas que provavelmente não a têm. os atos complementares de diagnóstico realizados no decurso destas atividades estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras. Acrescem a estas atividades dispensadas do pagamento de taxas moderadoras, as consultas e atos complementares prescritos no âmbito dos gabinetes de saúde juvenil, dos centros de atendimento e deteção precoce da infeção VIH/SIDA e área da tuberculose dos centros de diagnóstico pneumológico.
Consultas domicílio por iniciativa dos serviços do SNS		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL e CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS
Atendimentos Urgentes e MCDT a Vítimas de Violência Doméstica		Causa de admissão	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> A aplicação da dispensa do pagamento de taxas moderadoras dos atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a violência doméstica encontra-se dependente de declaração, nos serviços de admissão de uma urgência em estabelecimento de saúde ou perante pessoal técnico dessa urgência, afirmando ser vítima de maus tratos, desde que apresente sintomas ou lesões que sustentem, com alguma probabilidade, tal alegação de forma a sustentar esta declaração é exigida a participação por qualquer uma das partes do crime às autoridades competentes.
Programas tratamento Alcoólicos Crónicos e Toxicodependentes	100	Alcoolismo	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes
	172	Tabagismo	
	184	Toxicodependência	<b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> As prestações de saúde realizadas no âmbito de programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes, e de programas de tomas de observação direta estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras.
Programas de Toma de Observação Direta		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Programas de tomas de observação direta <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> As prestações de saúde realizadas no âmbito de programas de programas de tomas de observação direta estão dispensadas do pagamento de taxas moderadoras.
Vacinação prevista na PNV e vacinação contra a gripe		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra

DISPENSAS	CÓDIGO	SUBCATEGORIA	OBSERVAÇÕES
sazonal			a gripe sazonal. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> A atividade de vacinação prevista no âmbito do programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal está dispensada do pagamento de taxas moderadoras. <b>NOC 12/2013 DE 25/09/2013 DA DGS</b> Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente para a época 2013/2014
Atendimento em urgência - referenciado pela RNCSP para urgência HH		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de referênciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> Atendimento em serviço de urgência no seguimento de referênciação pela rede de csp ou de urgência hh. esta dispensa do pagamento de taxa moderadora não inclui o pagamento das taxas associadas ao atos complementares, devendo estes ser cobrados aos utentes.
Atendimento em urgência - internamento através de urgência		Não Aplicável	<b>DECRETO-LEI N.º 113/2011 DE 29 DE NOVEMBRO NA SUA REDAÇÃO ATUAL</b> Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de admissão a internamento através da urgência. <b>CN Nº 37/2011 DE 28 DE DEZEMBRO</b> A admissão ao internamento através da urgência dispensa o pagamento de taxas moderadoras sempre que o episódio de internamento respetivo ultrapassar as 24 horas.

### 3.3. COBRANÇA DE TAXAS MODERADORAS

As prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras nos seguintes casos:

- Nas consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas;
- Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento;
- Nos serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar;
- No hospital de dia.

Os valores das taxas moderadoras para cada ano são aprovados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, revistos anualmente, sem prejuízo da devida atualização automática à taxa da inflação divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística, I. P., relativa ao ano civil anterior.

O montante total devido pela aplicação das taxas moderadoras em cada atendimento na urgência, acrescido do valor das taxas moderadoras aplicáveis aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso do mesmo não pode exceder o valor de € 50 (cinquenta euros).

O montante total devido pela aplicação das taxas moderadoras em cada sessão de hospital de dia corresponde à soma do valor das taxas moderadoras aplicáveis aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso da mesma, não podendo exceder o valor de € 25 (vinte e cinco euros).

Nos casos em que os atos complementares de diagnóstico e terapêutica sejam integrantes de um atendimento de urgência ou de uma sessão de hospital de dia, o apuramento do valor devido no final está sujeito a acerto de liquidação, globalmente considerando o montante total devido e os limites indicados.

A ACSS divulga na sua página eletrónica as tabelas atualizadas das taxas moderadoras e a correspondente taxa de atualização anual aplicável.

*☞ Consultar manual do SITAM (Sistema de Informação de Taxas Moderadoras) a disponibilizar brevemente*

*☞ Consultar Circulares da ACSS que procedem à atualização dos valores de taxas moderadoras, de acordo com a taxa de inflação anual publicada pelo INE*

### **3.4. REEMBOLSO DE TAXAS MODERADORAS**

Sempre que sejam detetadas irregularidades na cobrança de taxas moderadoras, as unidades de saúde deverão proceder, de imediato, à devolução dos montantes indevidamente cobrados aos utentes, utilizando, para o efeito, os mecanismos e meios que repute mais adequados ao caso concreto.

Nos casos em que os utentes pretendam reclamar uma cobrança indevida de taxas moderadoras, as unidades de saúde devem disponibilizar um formulário próprio para esse efeito, com vista a simplificar os procedimentos de análise.

*☞ No Anexo II ao presente Guia consta uma sugestão de modelo de reclamação a apresentar pelo utente*

*☞ No formulário deverão constar expressamente os dados de identificação do utente, a justificação para a apresentação do referido pedido, devendo ainda anexar-se cópia de documentação que comprove o pagamento efetuado. Os pedidos devem, preferencialmente, ser dirigidos ao Serviço de Gestão de Doentes das instituições e no referido*

Da decisão proferida deverá ser dado o devido conhecimento ao utente.

### **3.5. CONTRAORDENAÇÃO PELO NÃO PAGAMENTO DE TAXAS MODERADORAS**

O não pagamento das taxas moderadoras devidas pelos utentes no prazo de 10 dias seguidos após notificação para o efeito, constitui contraordenação, punível com coima, pela utilização dos serviços de saúde num período de 90 dias, em cada uma das entidades referidas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro (cfr. n.º 1 do Artigo 8.º A do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, na redação atual).

A notificação referida anteriormente é efetuada por carta registada para o domicílio fiscal do utente, constante da base de dados da AT. Para este efeito, a ACSS comunicará à AT, por via eletrónica e automatizada, o número de identificação fiscal (NIF) dos utentes a notificar. Por sua vez, a AT

disponibiliza, igualmente por via eletrónica e automatizada, o domicílio fiscal associado ao NIF do utente a notificar e constante na sua base de dados.

A contraordenação é punida com coima de valor mínimo correspondente a cinco vezes o valor das taxas moderadoras em dívida, mas nunca inferior a € 30, e de valor máximo correspondente ao quíntuplo do valor mínimo da coima, com respeito pelos limites máximos previstos no artigo 17.º do regime geral do ilícito de mera ordenação social, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 356/89, de 17 de outubro, 244/95, de 14 de setembro, e 323/2001, de 17 de dezembro.

A AT, através do serviço de finanças do domicílio fiscal do infrator, é a entidade competente para a instauração e instrução dos processos de contraordenação, bem como para aplicação da coima.

*☞ Até à efetiva implementação do SITAM, e para efeitos de recuperação de valores em dívida de taxas moderadoras, as instituições de saúde devem enviar comunicações (via correio normal não registado) aos utentes com o valor da dívida.*

*☞ Em conformidade com o Despacho n.º 12011/2013, de 10 de setembro, no âmbito da aplicação informática SITAM e Circular Informativa n.º 15 de 04/10/2013*

*☞ Consultar Manual do SITAM, a disponibilizar brevemente.*

### **3.6. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**

O prazo de prescrição aplicável à cobrança de taxas moderadoras pelos Serviços e Estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde é de três anos, nos termos previstos no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 218/99, de 15 de junho, alterado pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro.

No entanto, para ser eficaz, a prescrição deve ser invocada, judicial ou extrajudicialmente, por aquele a quem aproveita, em obediência ao que prescreve o artigo 303.º do Código Civil, concluindo-se, nesta medida, pela necessidade de o utente ter de alegar que a dívida encontra-se prescrita, junto da entidade que realizou a interpelação para o pagamento.

## 4. TERCEIRO LEGAL OU CONTRATUALMENTE RESPONSÁVEL

---

### 4.1. ENQUADRAMENTO

Nos casos em que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável pelos cuidados de saúde prestados (por exemplo, situações de acidente de viação ou acidente de trabalho) é sobre este terceiro que recai a responsabilidade de proceder ao pagamento integral dos encargos ou despesas resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Deste modo, o terceiro legal ou contratualmente responsável é entendido como alguém exterior à relação estabelecida entre o hospital e o assistido, devendo proceder ao pagamento de todos os encargos ou despesas decorrentes da assistência hospitalar prestada, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de uma norma legal ou contrato.

### 4.2. REGRAS DE REGISTO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Para efeitos do regular registo de terceiros legal ou contratualmente responsável pelas prestações de cuidados de saúde realizadas em hospitais do SNS, devem considerar-se as seguintes situações:

- **Doentes provenientes ou transferidos de outros hospitais** – deve-se solicitar o termo de responsabilidade emitido pelo hospital de origem ou solicitar diretamente ao hospital o termo de responsabilidade dos doentes que se apresentam para a realização de consultas, exames ou tratamentos;
- **Doentes abrangidos por protocolo** – a entidade financeira responsável é o hospital de origem do doente, pelo que deverá constar essa instituição na entidade financeira responsável;
- **Doentes seguidos no hospital na sequência de admissão anterior originada por acidente** – quando o acidente for responsabilidade de terceiros deve-se registar a entidade financeira responsável (e.g. seguradora, entidade patronal, outro).
  - Nos casos em que seja apurada a existência de um terceiro legal ou contratualmente responsável e as prestações de saúde lhe sejam faturadas, o valor efetivamente pago de taxas moderadoras deve ser deduzido na fatura.
  - Nos casos previstos em sede de protocolo, ao terceiro legal ou contratualmente responsável cabe reembolsar ou ressarcir o utente da taxa moderador paga.

- Se no momento da emissão da fatura a terceiro legal ou contratualmente responsável ainda não tiver havido pagamento da taxa moderadora, não há lugar à dedução desta, devendo ser anulada a fatura correspondente à taxa moderadora.
- **Cidadão estrangeiro ou utente migrante** – dever-se-ão aplicar-se os procedimentos constantes no Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros disponível no sítio da ACSS.

Nota: A faturação dos hospitais às seguradoras deve ser realizada através do sistema informático FHS – Faturação Hospitalar às Seguradoras, de acordo com os procedimentos em vigor.



Anexo I – Enquadramento legal e normativo do regime de taxas moderadoras e matérias conexas

DIPLOMAS LEGAIS		
2013	Lei nº 51/2013, de 24 de julho	Altera a redação do artigo 8.º-A do Decreto-Lei Nº 113/2011, de 29 de novembro
	Despacho nº 12011/2013, 10 de setembro	Determina que a cobrança e recuperação dos valores em dívida de taxas moderadoras pelas instituições e serviços integrados no SNS e Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) são efetuadas, obrigatoriamente, através da aplicação informática SITAM;
	Portaria nº 95/2013, de 4 Março	Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH)
2012	Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro	Altera a redação do artigo 8.º-A do Decreto-Lei Nº 113/2011, de 29 de novembro
	Decreto-Lei nº 128/2012, de 21 de junho	Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro
	Decreto-Lei nº 106/2012, de 17 de maio	O presente diploma procede à primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 8/2011, de 11 de janeiro, que aprova os valores devidos pelo pagamento de atos das autoridades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública.
2011 (vigente desde 1/1/2012)	Portaria nº 311-D/2011, de 27 de dezembro	Estabelece os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras – Regras de determinação dos rendimentos, composição do agregado familiar, capitação e meios de comprovação dos requisitos das isenções
	Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro	Aprova os valores das taxas moderadoras a que se refere os art.º 2º do DL Nº 113/2011, de 29 de novembro, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança
	Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro	Regula o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação (situações clínicas de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica)
CIRCULARES NORMATIVAS E INFORMATIVAS		
2014	Circular Normativa nº 8 de 21/01/2014	Uniformização da nomenclatura dos serviços clínicos de internamento e ambulatório
	Circular Normativa nº 7 de 14/01/2014	Atualização do valor de taxas moderadoras
	Circular Informativa n.º 1 de 3/01/2014	Dispensa do pagamento de taxas moderadoras. Desempregados
2013	Circular Normativa nº 35 de 31/12/2013	Meio de comprovação para isenção do pagamento de taxas moderadoras aos dadores benévolos de sangue
	Circular Informativa nº 15 de 04/10/2013	Nova versão da Aplicação Central de Gestão de Utes do RNU – <i>WebRNU</i> .
	Circular Informativa nº 14 de 30/09/2013	Renovação automática do reconhecimento da condição de insuficiência económica para efeitos de isenção do pagamento de taxas moderadoras (30 de setembro de 2013).
	Circular Normativa nº 31 de 01/10/2013	Atualização do Anexo II da Circular Normativa n.º 37/2011, de 28 de dezembro. Lista de atos complementares prescritos no decurso de consultas “Saúde Adulto Diabetes”, dispensados do pagamento de taxas moderadoras.
	Circular Normativa nº 30 de 30/09/2013	Altera os Pontos IV, V, VII, VIII e IX da Circular Normativa Nº 36/2011 de 28 de dezembro e respetiva republicação: meios de comprovação exigidos aos utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, aos dadores benévolos de sangue, aos bombeiros, aos doentes transplantados e aos militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente para efeitos de isenção do pagamento de taxas moderadoras.
	Circular Informativa nº 8 de 02/07/2013	Esclarecimento à CN Nº 12/2012 de 30/01/2012 relativo à isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras no âmbito da doença oncológica
	Circular Normativa nº 7 de 25/02/2013	Cobrança de taxas moderadoras. Readmissão Hospitalar
	Circular Normativa nº 5 de 17/01/2013	Atualização do valor de taxas moderadoras
	Circular Normativa nº 2 de 08/01/2013	Meio de comprovação da isenção do pagamento de taxas moderadoras aos dadores benévolos de sangue – <i>Revogada pela Circular Normativa n.º 30 de 30.09.2013</i>
	2012	Circular Normativa nº 30 de 22/06/2012
Circular Informativa nº 14 de 26/06/2012		Contraordenação pela utilização dos serviços de saúde sem pagamento
Circular Informativa nº 13 de 01/06/2012		Transporte Não Urgente de Doentes – Enquadramento, acesso, tipologia de transportes e encargos
Circular Informativa nº 27 de 04/12/2012		Esclarecimento sobre o regime de isenção do pagamento dos encargos com o transporte não urgente de doentes e regime de isenção do pagamento de taxas moderadoras

	Circular Normativa nº 25 de 30/04/2012	Período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras. Requerimentos para reconhecimento da situação de insuficiência económica
	Circular Normativa nº 21 de 29/03/2012	Período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras
	Circular Normativa nº 17 de 27/02/2012	Período transitório para a implementação do novo regime de taxas moderadoras
	Circular Normativa nº 12 de 30/01/2012	Isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras no âmbito da doença oncológica
	Circular Normativa nº 11 de 30/01/2012	Período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras
	Circular Informativa nº 17 de 24/07/2012	Dispensa de Pagamento de taxas moderadoras para doentes do foro oncológico
	Circular Informativa nº 7 de 30/01/2012	Dispensa de Pagamento de taxas moderadoras de consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas
	Circular Informativa nº 6 de 30/01/2012	Dispensa de pagamento de taxas moderadoras de consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito da Saúde Mental
	Circular Normativa nº 8 de 19/01/2012	Meio de comprovação para isenção do pagamento de taxas moderadoras para doadores benévolos de sangue – <i>Revogada pela Circular Normativa n.º 30 de 30.09.2013</i>
	Circular Normativa nº 7 de 19/01/2012	Dispensa de pagamento de taxas moderadoras no âmbito do sistema de administração de Justiça
	Circular Normativa nº 5 de 12/01/2012	Meio de comprovação para isenção do pagamento de taxas moderadoras para utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% - <i>Revogada pela Circular Normativa n.º 30 de 30.09.2013</i>
	Circular Normativa nº 4 de 12/01/2012	Período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras
	Circular Informativa nº 1 de 03/01/2012	Requerimento para reconhecimento de insuficiência económica para isenção de pagamento de taxas moderadoras
2011	Circular Normativa nº 38 de 30/12/2011	Período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras
	Circular Normativa nº 37 de 28/12/2011	Dispensa de cobrança de taxas moderadoras e cálculo de montantes a cobrar
	Circular Normativa nº 36 de 28/12/2011	Meios de comprovação para isenção do pagamento de taxas moderadoras
	Circular Informativa nº 26 de 05/07/2011	Prazo de Prescrição das Taxas Moderadoras
<b>OFICIOS CIRCULARES</b>		
2013	11867/2013 de 30-07	Novo enquadramento legal no âmbito do processo de cobrança de taxas moderadoras em dívida
	1152/2013 de 16-01	Dadores de sangue. Visitas a doentes internados
2012	19799/2012 de 05-12	Compensação de Taxas moderadoras sobre créditos laborais e prazo de prescrição aplicável à cobrança de taxas moderadoras
	15343/2012 de 28-09	Dispensa do pagamento de taxas moderadoras – Vacinação da gripe sazonal
	8896/2012-ACSS de 31-05	Esclarecimentos no âmbito do regime das taxas moderadoras
	5767/2012-ACSS de 13-04	Reclamações quanto ao apuramento do valor do rendimento médio mensal para verificação da situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção do pagamento de taxas moderadoras
	9767/2012de 18-06	Taxas moderadoras – Recomendação no âmbito do tratamento de doentes com Fibrose Quística
	10061/2012 de 21-06	Dispensa de cobrança de taxas moderadoras nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica
	10165/2012 de 25-06	Registo de biópsias em endoscopia gastroenterológica
	11292/2012 de 04-07	Esclarecimentos no âmbito do regime de taxas moderadoras – meios de comprovação para a atribuição de isenção aos militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente
	8611/2012 de 29-05	Dispensa do pagamento de taxas moderadoras para doentes do foro oncológico
	18021/2012 de 13-11	Desempregados. Modelo oficial de declaração para efeitos de isenção de taxas moderadoras

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

do \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Assunto: Pedido de devolução de taxas moderadoras

\_\_\_\_\_ (nome), com o número de utente \_\_\_\_\_, nº  
bilhete de identidade/cartão de Cidadão \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_ vem solicitar a V. Exa. a devolução  
da quantia de \_\_\_\_\_ Euros, referente(s) ao(s) recibo(s) em anexo, por se encontrar \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(indicar o motivo para o pedido de reembolso do pagamento de taxas moderadoras - isenção à data do episódio, erro do hospital, outros motivos).

Para efeitos de reembolso, indico o meu número de identificação bancária (NIB)

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura

Anexar:

- Comprovativo dos factos alegados;
- Recibo(s) das taxas moderadoras pagas;
- Comprovativo do NIB.



Ministério da Saúde

Administração Central do Sistema de Saúde, IP