



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 259/2013, de 24 de outubro de 2013.

Dispõe sobre a Reformulação do Manual de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Estadual.

A PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas por meio da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Artigos. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria SAS/Ministério da Saúde Nº. 55, de 24 de fevereiro de 1999, que Dispõe sobre o Tratamento Fora Domicílio (TFD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução – CIB Nº. 28, de 26 de maio de 2004, que Dispõe sobre a aprovação do Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio – SUS/TO;

Considerando a Resolução – CIB Nº. 034, de 18 de junho de 2009, que Dispõe sobre a aprovação da reformulação da Normatização Estadual do Tratamento Fora Domicílio – TFD;

Considerando a necessidade de padronização na autorização de transporte através do TFD – Tratamento Fora de Domicílio;

Considerando a Necessidade de Regulamentar a Prática já Existente no Tratamento Fora de Domicílio Estadual;

Considerando que o Critério de Autorização de Transporte de Pacientes em Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Estadual, não Implicará na Mudança de Transporte Aéreo – Terrestre, e o Impacto seria de: 11% (onze por cento) dos pacientes que viajam de ônibus passariam a viajar de avião;

Considerando que 89% (oitenta e nove por cento) das passagens terrestres são para as cidades de Goiânia e Brasília, e que a maior distância em quilometragem para esses destinos é de 1449 km (município de Esperantina);

Considerando a discussão sobre a Reformulação do Manual de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Estadual na Câmara Técnica de Gestão do SUS, realizada em 23 de outubro de 2013;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 24 dias do mês de outubro do ano de 2013.

RESOLVE:





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Art. 1º - Aprovar a Reformulação do Manual de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Estadual.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

Vanda Maria Gonçalves Paiva
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

[Handwritten signature in blue ink]
José Carlos Escrivão da Saúde
Secretaria Executiva
CIB-TO





Governo do
TOCANTINS
O Estado da Livre Iniciativa
e da Justiça Social

SECRETARIA DA
SAÚDE
www.saude.to.gov.br

NORMATIZAÇÃO ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

PALMAS-TO

2009-Atualizado em 2013

GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS

José Wilson Siqueira Campos

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS

João Oliveira de Sousa

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Vanda Maria Gonçalves Paiva

DIRETORIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Morgana Martins dos Santos

COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO

Sinara Mayena Barros Cabral

SUPERVISÃO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Ludimila Tavares da Silva

GERÊNCIA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Jucirene Pereira Santos

COLABORAÇÃO

Coordenação de Auditoria

Diretoria Jurídica

Secretaria Municipal de Saúde Palmas

Secretaria Municipal de Saúde Araguaína

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 CONCEITO.....	5
2 ATIVIDADE DE TRATAMENTO FORA DE DOMÍLIO.....	5
2.1 Do Pedido de Tratamento Fora de Domicilio	5
2.2 Autorização	6
2.3 Das Despesas.....	9
2.4 Do Acompanhante	9
2.5 Do Tipo de Transporte	11
2.6 Ajuda de Custo para Alimentação de Pernoite	13
2.7 Do Pedido de TFD Dentro do Estado.....	17
3 RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS GESTOR MUNICIPAL	19
3.1 Unidade Assistencial Solicitante	19
3.2 SMS/Central de Regulação Municipal.....	19
4 RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS GESTOR ESTADUAL.....	21
5 PACIENTES EM GOZO DA ATIVIDADE DE TFD.....	22
6 CAUSAS DE INDEFERIMENTO	24
7 INFORMAÇÕES GERAIS	24
8 ANEXOS.....	26
8.1 Anexo I.....	27
8.2 Anexo II.....	28
8.3 Anexo III.....	29
9 Portarias e Documentos que	30

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, em cumprimento ao disposto no §1º, artigo 5º, da Portaria SAS/MS nº. 55/1999 apresenta o Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, de acordo com as peculiaridades da Rede de Assistência à Saúde.

O Tratamento Fora de Domicílio – comumente denominado TFD, regulamentado pela Portaria SAS/Ministério da Saúde nº. 55/1999 – dispõe sobre o TFD no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A portaria estabelece uma sistemática de inclusão dos procedimentos específicos na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Trata-se de atividade que viabiliza a garantia de acesso para atendimento especializado de diagnose, terapia ou de procedimentos cirúrgicos, a serem prestados aos pacientes atendidos exclusivamente pelas Unidades Assistenciais do SUS, no Estado e/ou em outros Municípios do Tocantins, bem como, em outros Estados da Federação. Há ainda a disponibilização de ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e, caso necessário, de seus acompanhantes.

O TFD é concedido quando esgotados todos os meios de tratamento existentes no Estado do Tocantins e ainda quando houver possibilidade terapêutica de recuperação do paciente.

Portanto, este Manual define as diretrizes, bem como os procedimentos a serem observados pelo Gestor Estadual e Municipais de Saúde, a fim de administrarem o pedido do TFD, por meio de uma política única, tendo como metas a qualidade, a eficiência e a humanização do atendimento prestado pelo SUS.

1. CONCEITO

O TFD é uma atividade que consiste no fornecimento de passagens, exclusivamente para o deslocamento do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS e, caso haja necessidade, de seu acompanhante, a fim de realizar tratamento médico fora da localidade de residência/Estado, em Unidades de Saúde cadastradas/conveniadas do SUS, assim como de ajuda de custo para alimentação e pernoite, para o usuário e, caso necessário, o acompanhante, desde que, comprovada a impossibilidade financeira para o custeio, contudo, somente quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/Estado e, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

2. ATIVIDADE DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD) - DENTRO E FORA DO ESTADO

2.1 Do Pedido de Tratamento Fora de Domicílio

O Pedido de TFD deverá ser realizado pelo médico assistente do paciente nas Unidades Assistenciais vinculadas ao Sistema Único de Saúde do Tocantins-SUS/TO, mediante o preenchimento do Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio, com a devida demonstração do estado de saúde do paciente/usuário. Também deverão ser juntadas cópias dos exames diagnósticos confirmando a intenção de efetuar e que foram esgotados todos os meios de tratamento no próprio município/Estado.

Ao pedido de TFD (Laudo de TFD) original preenchido e datado pelo especialista em relação ao caso, deverão ser anexados comprovantes com a data do agendamento ou previsão do atendimento vindo do hospital ou unidade executante em papel timbrado e assinado pelo responsável, cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante, quando houver a necessidade do mesmo, cópia do cartão SUS do paciente e do acompanhante e ainda o comprovante de residência, cópia do comprovante bancário do paciente ou familiar de 1º. Grau, juntamente com a cópia do CPF e RG do correntista.

2.1.1 O médico assistente do paciente, que efetua o pedido de TFD, devidamente preenchimento todos os campos, deverá ser especialista em relação ao caso solicitado.

2.1.2 Para os casos de tratamento em outro Estado, o pedido de TFD, e as documentações necessárias, deverão ser encaminhadas para as Secretarias de Saúde dos Municípios de origem do paciente, e esta encaminhará para a Secretaria Estadual de Saúde-SES/Central de Regulação / Gerência de TFD, com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, e deverão conter data e horário agendados pela Unidade de destino do SUS.

2.1.3 A concessão do pedido de TFD está condicionada a garantia de atendimento do paciente/usuário a Unidade Assistencial de referência, mediante a apresentação de documento denominado Comprovante de Agendamento com a definição de horário e data da consulta.

2.1.4 A SES/Central de Regulação/Gerência de TFD é a área técnica responsável pelo recebimento, protocolo, autuação, controle, análise das documentações, bem como dos requisitos formais para o pedido, tramitação, acompanhamento e informações quanto ao deferimento ou indeferimento ao usuário ou responsável referente ao pedido de TFD para outro Estado.

2.1.5 Observada a ausência da documentação necessária, conforme especificação no item 2.2.7, a área técnica responsável é competente para deferir, indeferir ou ainda solicitar a complementação, a fim de possibilitar a tramitação do pedido, com a conseqüente análise pela Comissão Médica.

2.2 Autorização

2.2.1 O Laudo Médico e documentação necessária serão submetidas à apreciação da Comissão Médica, que é responsável pela análise e conseqüente autorização ou não do pedido de tratamento.

2.2.2. A Comissão Médica poderá solicitar caso necessário, exames e/ou documentos para complementação e/ou esclarecimento a respeito do caso concreto, a fim de subsidiar sua decisão.

2.2.3 O Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio terá validade de 01(um) ano e, comprovando-se a necessidade de continuação do tratamento, deverá ocorrer sua renovação.

2.2.4 Autorizando-se o pedido, a Gerência do TFD desenvolverá os procedimentos para liberação de passagens (ida e volta) observando-se para o tipo de transporte, se aéreo ou terrestre, bem como a ajuda de custo, se houver necessidade, para alimentação e pernoite, para o paciente e, se preciso acompanhante.

2.2.5 Após a autorização do pedido o paciente e, se houver, o acompanhante ou responsável deverão assinar Termo de Compromisso com a SES/Central de Regulação/Gerência do TFD ou SMS/Central de Regulação comprometendo-se a apresentar, após o retorno da viagem, os canchotos dos bilhetes de passagens e Relatório de Atendimento Médico ou Alta, a fim de comprovar o deslocamento e o tratamento ou atendimento.

2.2.6 Após a liberação das passagens, a Gerência do TFD informará a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de origem do paciente e se necessário aos pacientes/usuários ou responsáveis sobre a disponibilidade dos bilhetes de passagens, bem como do local onde poderão encontrá-las e demais informações pertinentes.

2.2.7 A documentação necessária, cópia legível, que deverá ser apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde de origem do paciente/usuário a fim de viabilizar a análise do pedido de TFD é a seguinte:

- Formulário de **Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio** (modelo em anexo), original, com todos os campos preenchidos, com letra legível, e datado pelo médico especialista, com apresentação de justificativa quanto à necessidade de encaminhamento para Unidade Assistência em outro Estado da

Federação (Fora do Estado do Tocantins), bem como justificado o tipo de transporte necessário;

- Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou Carteira de Identidade e CPF;
- Cartão SUS do paciente;
- Se for indicada a necessidade de acompanhante – especificado no **Laudo Médico Tratamento Fora de Domicílio** – este, terá de ser maior de 18 (dezoito) anos, com cópia da Carteira de Identidade e de CPF e Cartão SUS;
- Comprovante do agendamento na Unidade de Assistência de referência – responsabilidade esta, da **SMS/Central de Regulação Municipal**: unidade assistencial de referência, município, hora, dia, mês e ano;
- Todos os laudos/resultados de exames;
- Comprovante de residência no Estado do Tocantins atualizado e telefone de contato;

2.2.8 O Laudo de TFD poderá ser renovado por médico de outro estado desde que comprovado por laudo médico o impedimento do paciente em retornar ao Estado de origem, condição esta que será avaliada pela Comissão Médica.

2.2.9 Em se tratando de renovação de laudo de paciente/usuário, o pedido de TFD, juntamente com o Laudo Médico será encaminhado a Comissão Médica, para nova análise. Ocorrendo a aprovação, será remetida a Gerência do TFD para os procedimentos relativos à liberação de passagens ao paciente/usuário e/ou seu acompanhante, se for o caso.

2.2.10 Ocorrendo o indeferimento, seja em face de renovação ou em se tratando do primeiro pedido, compete à Comissão Médica justificar/motivar devidamente as razões e, posteriormente encaminhar a Gerência do TFD para que informe sobre o indeferimento a Secretaria Municipal de Saúde e/ou paciente/usuário ou responsável, para proceder-se então o arquivamento.

2.3 Das Despesas

2.3.1 As despesas permitidas para as atividades de TFD são as relativas a transporte/deslocamento (ida e volta), e ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e acompanhante - casos indicados no **Laudo Médico**, bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

2.3.2 Serão permitidas despesas citadas no item anterior, quando esgotados **todos** os recursos de tratamento no domicílio do pacientes.

2.3.3 Os valores (R\$) para o custeio da atividade de TFD (Dentro e Fora do Estado) serão norteados pela tabela de procedimentos SIA/SUS, com a entrega das passagens ao paciente/acompanhante para o transporte/deslocamento (ida e volta) e ajuda de custo para alimentação e pernoite;

2.3.4 Nos deslocamentos Dentro e Fora do Estado, o acompanhante, devidamente indicado no **Laudo Médico**, também terá direito ao recebimento dos benefícios como transporte e ajuda de custo para alimentação e pernoite, assegurado pelas Secretarias de Saúde Municipal/Estadual, conforme Tabela SIA/SUS;

2.4 Do Acompanhante

2.4.1 A necessidade de acompanhante deve ser devidamente indicada e ainda justificada no Laudo Médico, que conterá a motivação pela qual deve o paciente realizar o deslocamento e/ou tratamento com acompanhamento, nos termos do disposto no art. 7º da Portaria SAS/MS nº. 055/99.

2.4.2 A Comissão Médica avaliará e decidirá a respeito da necessidade ou não do acompanhante, levando em consideração o estado de saúde do paciente, bem como a motivação do médico signatário do Laudo Médico Tratamento Fora de Domicílio.

2.4.3 O acompanhante também terá direito a passagens e ajuda de custo, para alimentação e pernoite, verificado o definido nesse Manual a respeito, bem como na Portaria SAS/MS nº. 055/99.

2.4.4 Será autorizado 01 (um) acompanhante por paciente em tratamento, podendo ser parente consanguíneo, parente por afinidade ou pessoa de relação próxima e/ou responsável legal do paciente – com idade entre 18 (dezoito) anos e 60 (sessenta) anos, com capacidade física e mental.

2.4.5 Será autorizado um segundo acompanhante nos casos especiais, tais como paciente tetraplégico, maior de idade com peso acima da capacidade do acompanhante (caracterizado como obeso), e outros casos deferidos pelo médico regulador, cujo deslocamento do paciente requer um segundo acompanhante, comprovada esta necessidade por laudo médico.

2.4.6 Será autorizado, para os pacientes menores de 18 (dezoito) anos, 01 (um) acompanhante, preferencialmente o pai ou a mãe. Exceto, em casos de crianças menores de 01 (um) ano, em que a mãe lactante, seja deficiente física ou mental - com incapacidade de expressão ou compreensão, nesse caso será autorizado um segundo acompanhante, seja o pai do menor ou pessoa a ser indicada formalmente pela família. Também será autorizado um segundo acompanhante em caso em que a mãe lactante for menor de idade.

2.4.7 Será autorizada, aos pacientes maiores de 60 (sessenta) anos, 01 (um) acompanhante, em cumprimento a Portaria nº. 280/GM/MS.

2.4.8 Será autorizado, aos pacientes portadores de deficiência física ou mental 01 (um) acompanhante, desde que, seja comprovado formalmente, que o grau de deficiência do paciente, o impeça de deslocar desacompanhado.

2.4.9 A SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante, durante o período do tratamento (TFD), salvo em casos de morte ou doença do acompanhante, devidamente comprovada.

2.4.10 Será autorizada a troca de acompanhante a cada trinta dias, nos casos em que for comprovado pelo Hospital Executante através de relatório médico justificando o tipo de tratamento e a necessidade da permanência do paciente em outra localidade por um período igual ou superior a 60 dias, ficando garantido o traslado do mesmo.

2.4.11 Não será permitida a substituição de acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem aérea, salvo em caso de morte ou doença do acompanhante, devidamente comprovada, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas antes do embarque.

2.4.12 Os casos omissos serão avaliados pela equipe do SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD.

2.5 Do Tipo de Transporte

2.5.1. O transporte do paciente/usuário e acompanhante, quando for o caso, pode ser realizado via terrestre ou aérea, dependendo do caso concreto, a ser analisado e decidido pela Comissão Médica.

2.5.2 Os critérios para definição da modalidade de transporte são os definidos a seguir, sendo que os casos específicos serão avaliados individualmente pela Comissão Médica. Até 1.450 km contados do município de origem do paciente até o município do atendimento serão autorizadas passagens terrestres de ônibus convencional, exceto nos casos abaixo relacionados.

- ☐ Idoso acima de 60 anos debilitado, comprovado por laudo médico.
- ☐ Paciente em estado clínico debilitante, comprovado por laudo médico:
- ☐ Pacientes oncológicos.
- ☐ Pacientes imunossuprimidos.
- ☐ Pacientes renal grave.
- ☐ Pacientes em programa de transplante, exceto córnea.
- ☐ Pacientes portadores de ostomias (sondas, bolsas de colostomia e bolsas de diálises).
- ☐ Pacientes com patologias neurológicas ou ortopédicas, com dificuldade de locomoção (paralisias, paraplegias, tetraplegias, por exemplo, por TRM, PC, próteses limitantes, doenças degenerativas graves, por exemplo, esclerose múltipla).
- ☐ Outros casos serão avaliados individualmente, ficando a critério do médico regulador estadual.

OBS: As justificativas deverão ser detalhadas para que o médico regulador possa avaliar e decidir o tipo de transporte através dos critérios acima definidos bem como, critério médico.

Acima dessa quilometragem serão autorizadas passagens aéreas independente do tipo de patologia.

2.5.3 Aos pacientes/usuários e acompanhante, se for preciso, serão autorizadas e conseqüentemente fornecidas, preferencialmente, passagens de ônibus rodoviários comuns. Os pacientes que apresentarem estado de saúde mais grave poderão receber passagens para ônibus tipo leito, mediante a comprovação da gravidade através de exame complementar, e justificativa do médico especialista solicitante.

2.5.4 Para autorização de passagens aéreas, deverá ser procedida rigorosa análise do estado de saúde do paciente/usuário, condicionando-se a aprovação e o conseqüente fornecimento à constatação de que seu estado o impede de realizar a viagem por outro meio, ou quando a demora no deslocamento traga risco extremo à sua saúde. O médico especialista solicitante deverá justificar o pedido para passagem aérea, comprovando-se a gravidade do estado de saúde através de exames complementares e laudo médico.

2.5.5 Havendo transferência de paciente por meio de ambulância ou UTI aérea, o retorno do paciente poderá ser realizado via TFD, desde que remetidas, o médico autorize o retorno em ônibus / aeronave comum e sejam enviadas as documentações necessárias, bem como às relativas à transferência e comprovante de liberação de Ambulância ou UTI aérea encaminhados pelo setor de busca de vagas, sendo a documentação necessária Laudo de TFD, cópia de documentos pessoais, Cartão do SUS do paciente e acompanhante se necessário, comprovante de endereço e conta bancária do paciente ou familiar de 1º. Grau.

2.5.6 A contar da data de retorno da viagem o paciente/usuário e acompanhante, caso haja necessidade, deverão apresentar, conforme Termo de Compromisso, no prazo de 15 (quinze) dias, os canchotos das passagens então fornecidas e ainda Relatório Médico de Atendimento - RAM devidamente preenchido pelo médico especialista da

Unidade de Saúde onde estiver sendo ou onde foi realizado o TFD, a fim de comprovar o deslocamento e o atendimento/tratamento efetuado.

2.5.7 O descumprimento injustificado do disposto no item 2.5.6, implicará inicialmente em Notificação do paciente/usuário e acompanhante, se houver ou responsável, dessa vez, com o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da documentação.

2.5.8 A Notificação deverá ser encaminhada ao paciente e, se houver acompanhante, ou responsável, via correio, por meio de Aviso de Recebimento – AR.

2.5.9 Frustrada a notificação, por qualquer causa, a SES/Central de Regulação/Gerência do TFD realizará Notificação por edital, por meio de publicação no Diário Oficial do Estado, uma única vez.

2.5.10 Permanecendo o descumprimento ou também sendo frustrada a Notificação por edital, a SES/Central de Regulação/Gerência de TFD efetuará as seguintes providências:

- Realizará as providências necessárias para inclusão, do compromitente/paciente e, se houver do acompanhante ou responsável na Dívida Ativa do Estado.
- Fazer constar no sistema interno de cadastramento da SES/Central de Regulação o registro de usuário em débito.

2.5.11 A comprovação, ainda que posterior a todos esses procedimentos, mediante a apresentação das passagens e Relatório de Atendimento Médico - RAM realizado, pelo paciente e/ou, se houver pelo acompanhante ou responsável, restaurará a situação anterior, realizando-se a exclusão dos registros.

2.6 Ajuda de Custo para alimentação e pernoite

2.6.1 A concessão e o conseqüente pagamento da ajuda de custo estão condicionados a visita “*in locu*”, para análise do caso concreto, por Assistente Social, e posterior emissão de Parecer Social sobre a situação sócio-econômica do paciente/usuário, bem como a apresentação de cópia da documentação descrita no item 2.6.2 abaixo.

2.6.2 Para viabilizar a análise, objetivando a concessão da ajuda de custo é necessária a entrega de cópia dos seguintes documentos:

- Apresentação de cópia documentos pessoais do Paciente: Certidão de Nascimento, para os pacientes menores de idade ou Carteira de Identidade/CPF;
- Apresentação de cópia do Cartão SUS do paciente;
- Apresentação de cópia da Carteira de Identidade, CPF e Cartão do SUS do acompanhante - casos indicados no Laudo Médico;
- Apresentação de cópia dos dados bancário, com número da agência e número da conta corrente do paciente/acompanhante. Nos casos em que o comprovante dos dados bancários não seja do paciente ou acompanhante será necessário cópia do CPF e RG do Correntista.
- Apresentação do comprovante de agendamento de atendimento ambulatorial, emitida pela Unidade Assistência onde será atendido com a previsão de dias de atendimento, em papel timbrado e assinado pelo profissional responsável;
- Apresentação da Ficha de Avaliação Serviço Social;
- Apresentação do comprovante de residência no Estado do Tocantins, atualizado.

2.6.3 A ajuda de custo, caso seja necessário, deverá ser requerida no ato da solicitação das passagens, ou seja, até 10 (quinze) dias úteis antes do agendamento na SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD.

2.6.4 Os valores (R\$) referentes a ajuda de custo para alimentação e pernoite, serão feitos por meio de depósito em conta corrente/poupança do paciente ou acompanhante, ou na conta bancária de familiar de 1º. Grau autorizada pelo paciente ou responsável, segundo as informações anexadas ao processo em andamento na SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD.

2.6.5 Caso o período comprovado seja maior do que o período solicitado, o paciente deverá solicitar ao médico um Relatório Médico com as informações quanto o período de atendimento ambulatorial restante e enviar SMS, no município de residência do paciente, para que a mesma encaminhe esta documentação para o SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD, para a formalização da solicitação de período de complementação do período do tratamento.

2.6.6 Nos casos em que o período comprovado for menor do que o período solicitado, a diferença deverá ser descontada na próxima solicitação.

2.6.8 Não será autorizado o pagamento de ajuda de custo no retorno da viagem. Toda solicitação deverá ser feita antes e a complementação, se houver, ocorrerá durante a permanência.

2.6.9 Nos tratamentos de longa permanência - que ultrapasse 30 (trinta) dias, o médico assistente emitirá um Laudo Médico, mensalmente com informações sobre o tratamento do paciente. Neste, deverá haver a previsão de data da alta do paciente, para nortear a SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD/Regulação Médica, quanto a pertinência da necessidade de prorrogação a maior.

2.6.10. Havendo transferência de paciente por meio de ambulância ou UTI aérea, serão concedidas ajuda de custo ao paciente e acompanhante, se houver, desde que sejam remetidas a SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD a documentação necessária, bem como documentação relativa a liberação da transferência e ainda relatório do hospital em que o paciente se encontra informando a condição do paciente e de seu acompanhante, se houver.

2.6.11 O paciente que inicie tratamento e o conseqüente deslocamento por conta própria poderá se valer da ajuda de custo, desde que remeta a documentação necessária, descrita no item 2.6.2, para a SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD, a fim de verificar a viabilidade da concessão.

2.6.12 Os valores para o custeio da atividade de TFD (Dentro e Fora do Estado), isto é, deslocamento (ida e volta) e quando necessário ajuda de custo, serão norteados pela tabela de procedimentos SIA/SUS. (Valores reajustados pela portaria do Ministério da Saúde).

2.6.13 É vedado o pagamento de ajuda de custo a pacientes encaminhados pela atividade de TFD que estejam hospitalizados na Unidade Assistencial de referência.

2.6.14 Também é vedado o pagamento de despesas decorrentes das atividades de TFD em deslocamentos menores que 50 km de distância e em regiões metropolitanas – tendo como referência o Município de residência do paciente.

2.6.15 Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmo dia será autorizado, apenas, passagens/deslocamento e ajuda de custo para alimentação, conforme Tabela de SIA/SUS (Valores reajustados pela portaria do Ministério da Saúde).

2.6.16 A passagem a ser entregue ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte, será calculado com base no valor (R\$) pago a cada 50 (cinquenta) Km para transporte terrestre, conforme Tabela de SIA/SUS (Valores reajustados pela portaria do Ministério da Saúde).

2.6.17 Os valores (R\$) dos procedimentos SIA/SUS relativos à remuneração para transporte são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

2.6.18 Os gastos que, em face da ausência de informação e/ou documentação do paciente/acompanhante ou responsável, não puderam ser previstos, são de total responsabilidade destes.

2.6.19 É vedado aos Municípios de origem do paciente, cobrar do paciente/acompanhante qualquer valor (R\$) referente ao transporte/deslocamento ou ajuda de custo, podendo o Município infrator ser penalizado, após a verificação a constatação da irregularidade por auditoria operativa realizada pela SES/TO e/ou pelo DENASUS/MS ou outra instituição de controle.

❖ ÓBITO

Em caso de óbito a Secretaria Estadual de Saúde/Complexo Regulador é o responsável pelas despesas oriundas da preparação e traslado do corpo dos pacientes interestaduais.

E as Secretarias Municipais de Saúde é o responsável pelas despesas oriundas da preparação e traslado do corpo dos pacientes intermunicipais.

2.7 Do Pedido de Tratamento Fora do Domicílio Dentro do Estado:

2.7.1 As solicitações de atividade de TFD Dentro do Estado:

2.7.2 A SMS/Central de Regulação Municipal é a área técnica responsável pelo recebimento, protocolo, autuação, controle, análise das documentações, bem como a verificação quanto ao preenchimento dos requisitos para o pedido, tramitação, acompanhamento, informações quanto ao deferimento ou indeferimento e encaminhamento do paciente/acompanhante ao Município onde está localizada o serviço de referência/Unidade Assistencial para a realização do procedimento/tratamento indicado pelo Médico Assistente.

2.7.3 - A SMS/Central de Regulação Municipal providenciará o encaminhamento do paciente junto à Unidade Assistencial de destino – TFD Dentro e Fora do Estado, com agendamento do procedimento/tratamento: com a definição da data, horário e local de atendimento.

2.7.4 - A SMS/Central de Regulação Municipal providenciará o deslocamento do paciente prevalecendo o meio de transporte adequado, ida e volta, conforme o contido no formulário de Pedido de TFD, bem como o valor (R\$) para ajuda de custo e diária de pernoite do paciente/acompanhante até a Unidade Assistencial de destino (Dentro do Estado). Valores (R\$) estes, norteados pela tabela de procedimentos SIA/SUS.

2.7.5 - Quanto ao pedido de TFD Fora do Estado: é de responsabilidade da SMS/Central de Regulação Municipal o recebimento, protocolo, autuação, controle, análise das documentações, bem como a verificação quanto ao preenchimento dos requisitos para o pedido, tramitação, acompanhamento, informações quanto ao deferimento ou indeferimento do pedido para avaliação, bem como pelo encaminhamento para a SES/Central de Regulação/Gerência do TFD para análise pela Comissão Médica, e a posterior informação de deferimento ou indeferimento ao paciente/acompanhante ou responsável.

2.7.6. - Após a autorização, o paciente e, se houver o acompanhante ou responsável, através da SMS/Central de Regulação Municipal firmarão Termo de Compromisso comprometendo-se a apresentar, após o retorno da viagem, os canhotos dos bilhetes

de passagens e Relatório de Atendimento Médico ou Alta, a fim de comprovar o deslocamento e o atendimento.

2.7.7. - No prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de retorno da viagem o paciente/usuário e acompanhante, caso haja necessidade, deverão apresentar, conforme Termo de Compromisso, os canhotos das passagens então fornecidas e ainda Relatório Médico de Atendimento - RAM devidamente preenchido pelo médico especialista da Unidade de Saúde onde estiver sendo ou onde foi realizado o TFD, a fim de comprovar o deslocamento e o atendimento efetuado.

2.7.8 - O descumprimento injustificado do disposto no item 2.7.7, implicará inicialmente em Notificação do paciente/usuário e acompanhante, se houver ou responsável, dessa vez, com o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da documentação.

2.7.9 - A Notificação deverá ser encaminhada ao paciente e, se houver acompanhante, ou responsável, via correio, por meio de Aviso de Recebimento – AR.

2.7.10 - Frustrada a Notificação, a SMS/Central de Regulação Municipal, oficiará a SES/Central de Regulação/Núcleo de Atividades do TFD, encaminhando as documentações, a fim de que sejam efetuados os procedimentos descritos nos itens: 2.5.7, 2.5.8 em relação ao(s) compromitentes.

2.7.11 - A comprovação, ainda que posterior a todos esses procedimentos, mediante a apresentação das passagens e Relatório de Atendimento Médico - RAM realizado, pelo paciente e/ou, se houver pelo acompanhante ou responsável, restaurará a situação anterior, realizando-se a exclusão dos registros, possibilitando nova concessão do TFD.

2.7.12 – A atividade de TFD só deverá ser autorizada quando houver a garantia de atendimento na Unidade Assistencial/Serviço de Referência.

2.7.13 – As autorizações para TFD Fora do Estado, deverão restringir-se aos casos de absoluta excepcionalidade, casos em que seja inexistente ou insuficiente na rede SUS no Estado/TO.

2.7.14 - O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do Município/Estado do Tocantins.

2.7.15 - A Unidade Assistencial de referência de pacientes atendidos pela atividade de TFD deverá estar explicitada na Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada Município.

2.7.16 - É vedado o acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

3 - RESPONSABILIDADE/COMPETÊNCIAS DO GESTOR MUNICIPAL

- As despesas de deslocamento (ambulância ou passagens terrestre), para o paciente e/ou acompanhante (ida e volta), dentro do Estado do Tocantins;
- As despesas com ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e/ou acompanhante durante o período de deslocamento, dentro do Estado do Tocantins;

3.1 Unidade Assistencial Solicitante:

- Certificar-se da inexistência do serviço no município;
- Informar aos pacientes e interessados, a relação de documentação necessária (item 6.1) para a formalização da solicitação da atividade de TFD, bem como, a tramitação necessária, os critérios normatizados, os prazos pré-estabelecidos e as atividades contempladas com o TFD;
- Emitir Laudo Médico - Formulário do TFD (modelo anexo);
- Juntar e conferir a documentação apresentada pelo paciente/acompanhante para o encaminhamento a SMS/Central de Regulação Municipal, para análise e providências;

3.2 SMS/Central de Regulação Municipal:

- Providenciar o agendamento do tratamento na Unidade Assistencial de referência mais próxima do Município de Origem do paciente (Dentro do Estado);

- Providenciar aquisição de passagens e, disponibilização de recursos financeiros (R\$) para o custeio de ajuda de custo para alimentação e pernoite (Dentro do Estado) para o paciente e/ou acompanhante, caso necessário;
- Em casos de não realização do procedimento/tratamento nas Unidades próprias e/ou conveniadas/contratadas pelo SUS no Estado do Tocantins, o pedido de atividade de TFD deverá ser encaminhado para o SES/Central de Regulação/Núcleo das Atividades de TFD e, no prazo de **10 (dez) dias úteis**, a SES/TO, deverá emitir Parecer Técnico quanto o deferimento ou indeferimento da atividade de TFD.
- O Pedido de TFD deverá ser encaminhado pelo Município, para análise pela SES/Central de Regulação/Núcleo de Atividades de TFD até 10 (dez) dias úteis antes da viagem a ser realizada pelo paciente/usuário.
- É de responsabilidade do paciente/acompanhante, ao retornar para o seu domicílio, a apresentação nas SMS/Central de Regulação, os canhotos das passagens, bem como, apresentação de um Relatório Médico de Atendimento ou Alta, com informações do período do atendimento ambulatorial, como prestação de contas pela assistência médica, que será recebido via atividade de TFD.
- É de responsabilidade da SMS/Central de Regulação o envio, para SES/Central de Regulação/Núcleo das Atividades de TFD, no prazo de **05 (cinco) dias**, após o retorno do paciente/acompanhante ao Município de Origem, dos comprovantes de passagens para serem anexadas ao processo administrativo da SES/TO e reafirmar a conclusão da atividade de TFD.

3.2.1 Cientificada da autorização do TFD, a **SMS/Central de Regulação Municipal**, tomará as medidas em relação ao Termo de Compromisso a ser assinado pelo paciente/acompanhante ou responsável, onde estes tomarão conhecimento e se comprometerão a entregarem os canhotos das passagens então fornecidas e ainda Relatório Médico de Atendimento ou Alta devidamente preenchido pelo médico especialista da Unidade de Saúde onde estiver sendo ou

onde foi realizado o TFD, a fim de comprovarem o deslocamento e o atendimento/tratamento efetuado.

3.2.2 O descumprimento injustificado do disposto no Termo de Compromisso implicará inicialmente em Notificação do paciente/usuário e acompanhante, se houver ou responsável, dessa vez, com o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da documentação.

3.2.3 A Notificação deverá ser encaminhada ao paciente e, se houver acompanhante, ou responsável, via correio, por meio de Aviso de Recebimento – AR.

3.2.4 – Frustrada a notificação, por qualquer causa, a SES/Central de Regulação/Gerência do TFD, após informação da **SMS/Central de Regulação Municipal**, realizará Notificação por edital, por meio de publicação no Diário Oficial do Estado, uma única vez.

3.2.5 Permanecendo o descumprimento ou também sendo frustrada a Notificação por edital, a SES/Central de Regulação/Gerência de TFD efetuará as seguintes providências:

- Realizará as providências necessárias para inclusão, do compromitente/paciente e, se houver do acompanhante ou responsável na Dívida Ativa do Estado.
- Fazer constar no sistema interno de cadastramento da SES/Central de Regulação o registro de usuário em débito.

3.2.6 A comprovação, ainda que posterior a todos esses procedimentos, mediante a apresentação das passagens e Relatório de Atendimento Médico ou Alta do tratamento ou atendimento realizado, pelo paciente e/ou, se houver pelo acompanhante ou responsável, restaurará a situação anterior, realizando-se a exclusão dos registros.

4. RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS DO GESTOR ESTADUAL:

- As despesas de deslocamento do paciente e/ou acompanhante (ida e volta), para outro Estado da Federação;

- As despesas com ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e/ou acompanhante (ida e volta), para outro Estado da Federação;
- Informar o paciente e/ou acompanhante, não será fornecido nenhum tipo de reembolso das despesas decorrentes do deslocamento do paciente/acompanhante;
- Receber, protocolar, autuar, controlar, analisar as documentações, bem como verificar quanto ao preenchimento dos requisitos para o pedido, tramitação regular do processo, acompanhar, informar quanto ao deferimento ou indeferimento do pedido de TFD ao paciente ou responsável ou à SMS/Central de regulação Municipal, quando for o caso.
- Certificar a inexistência do serviço na Rede Assistencial do Estado do Tocantins;
- Realização dos procedimentos necessários ao fornecimento passagens (ida e volta), ajuda de custo para alimentação e pernoite, se houver necessidade, para o paciente e, se preciso ao acompanhante (TFD Fora do Estado);
- Indeferir os pedido de TFD que não atendam ao disposto na Portaria SAS nº 055/99, nesse Manual de TFD e nas legislações ou portarias pertinentes, e comunicando-se formalmente o resultado, bem como orientar sobre a existência do tratamento no Estado.
- Orientar e capacitar as **SMS/Centrais de Regulação Municipais**, inclusive quanto à capacidade e complexidade da Rede Assistencial do SUS/TO, quanto os tratamentos indicados nos Laudos Médicos, bem como quanto a responsabilização do Município de origem do Paciente, em relação ao agendamento, cobertura para o deslocamento/passagens (ida e volta), ajuda de custo para alimentação e pernoite para o paciente/acompanhantes.

5. PACIENTES EM GOZO DA ATIVIDADE DE TFD:

5.1 No retorno desses pacientes, a **SMS/Central de Regulação Municipal** de origem do paciente encaminhará a **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD**, os canchotos das passagens (aéreas ou terrestres) e, em anexo, o Relatório de Atendimento Médico - **RAM** (modelo em anexo).

5.2 O **RAM-Relatório de Atendimento Médico** deverá ser preenchido (com letra legível) pelo profissional médico que acompanha o paciente em tratamento fora do domicílio e, este deverá conter:

- O procedimento/tratamento médico realizado;
- A duração da realização do procedimento/tratamento médico realizado ambulatorial e/ou internação;
- A necessidade de retorno para a continuidade do tratamento especificado em documento que conste o nome do paciente, data pré-agendada, dia, mês e ano;
- A Unidade Assistencial de referência, Município e a data (dia, mês e ano) do próximo agendamento, caso necessite pela continuidade do tratamento.

Observações aos pacientes e acompanhantes:

- O Pacientes e/ou Acompanhantes deverão observar que:
- O **Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio** terá validade de 01(um) ano, caso seja necessário, deverá ser periodicamente renovado pelo médico especialista no Estado do Tocantins, com apresentação de informações que venham fundamentar a evolução e a necessidade pela continuidade do TFD em outro Estado da Federação.
- Serão fornecidas aos paciente-acompanhantes as passagens de ônibus rodoviários comuns. O paciente/acompanhante receberá as passagens de ida e volta. Quanto à data do retorno, é de responsabilidade do paciente/acompanhante a marcação desta.
- As passagens aéreas serão autorizadas para os casos em que o estado de saúde crítico do paciente o impeça de viajar de ônibus ou quando o trecho a ser percorrido de deslocamento, traga risco à sua saúde, segundo o **Laudo Médico**.
- O estado crítico do paciente informado no Laudo Médico de TFD, deverá ser comprovado por laudos/resultados de exames complementares pertinentes, para análise da **SES/Central de Regulação/Gerência de TFD/Médico Regulador**, de acordo com o § 1º do artigo 4º da Portaria SAS/MS nº. 055/1999.
- As passagens aéreas serão liberadas a ida e a volta do paciente – e, em casos de solicitação no **Laudo Médico**, do acompanhante - ter conhecimento quanto à previsão do retorno. Caso, a previsão informada pelo paciente/acompanhante não seja possível, fica o paciente/acompanhante responsável pela remarcação da sua passagem e, conseqüentemente, com o ônus financeiro (R\$) quanto à remarcação junto à empresa aérea.

- Os tratamentos sem previsão de alta: o Paciente/acompanhante informará e encaminhará para a **SES/Central de Regulação Estadual** documentação informando a data da alta do tratamento emitida pela Unidade Assistencial, para as devidas providências quanto ao retorno ao Município de origem do paciente/acompanhante. Para isto, o paciente/acompanhante fica responsável pela solicitação a Unidade assistencial onde realiza o tratamento, da documentação informando a data da alta do tratamento e a justificativa do tipo de transporte necessário para retorno.

6. CAUSAS DE INDEFERIMENTO

6.1 As atividades de TFD serão indeferidas, dentre outras, quando:

- A documentação apresentada estiver incompleta ou preenchida de forma incorreta/ilegível.
- Houver pedido de TFD para outros Países, contrariando o disposto na Portaria GM/MS n.º 236 de 14/10/1993 (publicado no DOU em 15/10/1993);
- Tratar-se de transferências inter-hospitalares que necessitam de UTI aérea;
- Houver pedido de pagamento de ajuda de custo para paciente durante o período de hospitalização em Unidade Assistencial de referência;
- Houver pedido de ajuda de custo para o acompanhante, quando não houver indicação médica;
- Quando o deslocamento for inferior a 50 (cinquenta) km de distância da cidade ou regiões metropolitanas da residência do paciente.

7. INFORMAÇÕES GERAIS:

7.1 O **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD** deverá orientar as **SMS/Central de Regulação Municipais** quanto à recepção, análise e decisão das demandas da atividade de TFD, com vistas a assegurar pleno controle e avaliação.

7.2 Os procedimentos relativos à recepção e análise das atividades de TFD serão simplificados ao máximo, para que o deferimento ou o indeferimento seja prontamente informado aos solicitantes.

7.3 Será autorizada pela **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD**, a emissão de um translado/passagem (ida e volta) uma vez por mês, por paciente. A

exceção será analisada pela **SES/Central de Regulação Estadual/Regulação Médica**, mediante apresentação de Relatório Médico descritivo e o agendamento na Unidade Assistencial de referência, quanto à necessidade do segundo atividade de TFD no mesmo mês, para o tratamento do paciente.

7.4 Em casos de tratamento prolongado, por ocasião da renovação do **Laudo Médico**, o mesmo deverá vir acompanhado de relatório emitido pela equipe médica responsável pelo tratamento do paciente, com o relato da evolução clínica do mesmo. O laudo de TFD poderá ser renovado conforme item 2.2.8 deste manual.

7.5 Os processos administrativos da atividade de TFD na SES/TO, ficarão sob a guarda da **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD**, caso em que faça necessária a continuidade do tratamento. Serão anexados neste, todos os relatórios de atendimento referentes ao tratamento, a cada retorno do paciente ao seu domicílio.

7.6 As atividades de TFD indeferidos estarão disponíveis para retirada junto **SES/Central de Regulação Estadual/Núcleo de Atividades do TFD**. Caso as mesmas não sejam retiradas em período de 03 (Três meses), serão arquivados.

7.7 As atividades de TFD deferidas em que os pacientes permanecerem mais de 01 ano sem procurar o TFD serão encaminhados ao arquivo morto da **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD**.

7.8 Os casos definidos pela Portaria SAS/MS n.º 589, de dezembro de 2001, deverão ser agendado pela **SES/Central de Regulação Estadual** junto à **MS/Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade** que informará a **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD** a data do deslocamento, para as providências quanto à emissão dos bilhetes das passagens. Esta, à emissão dos bilhetes das passagens, fica condicionada, a autorização do procedimento pela **MS/Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade**.

7.9 No caso do deferimento de **transporte aéreo**, o município de origem do paciente responsabilizar-se-á pelo deslocamento/transporte do paciente, até o aeroporto mais próximo do município de residência do paciente, no momento da liberação das

passagens aéreas, assim como pelo o retorno do paciente do aeroporto de desembarque ao município de origem.

7.10 A liberação do transporte aéreo do aeroporto mais próximo do município de residência do paciente está condicionada a disponibilidade de voo para o referido aeroporto.

7.11 Em caso de óbito do usuário em Dentro do Estado, a **SMS/Central de Regulação Municipal** de origem do paciente, se responsabilizará pelas despesas decorrentes, em cumprimento ao art. 9º da Portaria SAS/MS n.º 55/1999.

8. ANEXOS

Anexo I: Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

Anexo II: Comunicação Interna (C.I)

Anexo III Relatório de Atendimento Médico e/ou Alta. (RAM)

ANEXO I

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: _____

E. Civil: _____

Nasc.: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Nat.: _____ Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

LAUDO MÉDICO

Item 1 – Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: _____

Item 2 – Duração Provável: _____ Transporte Recomendável: _____

Justificar: _____

Item 3 – Há necessidade de encaminhamento urgente? _____ Justificar: _____

Item 4 – Há necessidade de acompanhante? _____ Justificar: _____

Item 5 – Anamnese/História da doença atual:

Item 6 – Exame Físico: _____

Item 7 – Diagnóstico Provável:

código (Cid.): _____

Item 8 – Exame(s) complementar (es) realizado(s) anexo cópias dos laudos/resultados

Item 9 – Tratamento(s) Realizado(s):

Item 10 – Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Local e Data

Assinatura e Carimbo do profissional Médico

ANEXO II

Comunicação Interna para Autorização de Passagens

C.I. Nº : ____ / 2013

Data da entrada:

Nome do Paciente:

Data Nascimento:

Endereço:

Fone de Contato:

Nome do Acompanhante:

Parentesco:

Data e Hora do
Agendamento:

Destino:

Observações:

AUTORIZAÇÃO

Especialidade:			
Transp. Autorizado:			
☐ Deferido	☐	☐ Indeferido	
Observações:			

Palmas -TO, ____ de _____ de 2013.

ANEXO III**Tratamento Fora de Domicílio – TFD****Relatório de Atendimento Médico - RAM**

Nome do paciente:	
Hospital:	
Prontuário nº:	
Procedência:	UF: TOCANTINS
Diagnóstico:	CID:
Tratamento realizado:	
Período de atendimento: de ____/____/____ a ____/____/____	
Há necessidade de retorno? ☐ Sim ☐ Não	
Motivo:	
Previsão de retorno:	
Há necessidade de acompanhamento? ☐ Sim ☐ Não	
Transporte recomendado? ☐ Rodoviário ☐ Aéreo	
Justifique, se transporte aéreo.	
Tratamento foi concluído? ☐ Sim ☐ Não	
Tratamento foi interrompido? ☐ Sim ☐ Não	
Justifique, se foi interrompido.	

Local	Data	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente
-------	------	---

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999.

Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS , com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

O **Secretário de Assistência à Saúde**, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município;

Considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada, e

Considerando a Portaria SAS/MS/Nº 237, de 09 de dezembro de 1998, publicada no Diário Oficial nº 238-E, de 11 de dezembro de 1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos – GAP, como instrumento para pagamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD, **resolve**:

Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

§ 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

§ 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS.

§ 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

§ 4º - Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.

§ 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.

Art. 2º - O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definido previamente.

Art. 3º - A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município.

Art. 4º - As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo e terrestre; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.

§ 1º A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Art. 5º - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/SES propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite – CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.

§ 1º A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência desta portaria, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS/MS, para conhecimento.

Art. 6º - A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Art. 7º - Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Art. 8º - Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Art. 9º - Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes.

Art. 10 – Criar nas Tabelas de Serviço e Classificação do SIA/SUS o serviço de TFD e sua classificação:

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
23	Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TFD

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
00	Serviço sem classificação.

Art. 11 – Incluir na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os seguintes procedimentos:

423-5 – Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

425-1 – Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

427-8 – Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

428-6 – Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

429-4 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

437-5 – Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

441-3 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.

Item de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade profissional 00

Art. 12 – Fixar os valores dos procedimentos ora criados:

CÓDIGO	SP	ANEST	OUTROS	TOTAL
423-5	0,00	0,00	100,00	100,00
425-1	0,00	0,00	3,00	3,00
427-8	0,00	0,00	2,00	2,00
428-6	0,00	0,00	10,00	10,00

429-4	0,00	0,00	30,00	30,00
437-5	0,00	0,00	5,00	5,00
441-3	0,00	0,00	15,00	15,00

Art. 13 – O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

Art. 14 – Os valores relativos aos códigos 423-5, 425-1 e 427-8 são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

Art. 15 – Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS.

Art. 16 – As Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o Manual Estadual de TFD.

Art. 17 – As SES/SMS deverão proceder o cadastramento/recadastramento das unidades autorizadoras de TFD, observando a codificação de Serviço/Classificação criados.

Art. 18 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de março de 1999.

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

Portaria GM/MS nº. 2.848 DE 06 de Novembro de 2007.

Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso das atribuições e, Considerando a Portaria GM/MS nº321 de 08 de fevereiro de 2007, que instituiu a

Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, Considerando a Portaria GM/MS nº. 1541 de 27 de junho de 2007, que estabelece a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS a partir da competência janeiro de 2008.

Considerando o processo de capacitação, de forma regionalizada, realizado pelo Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 2007, a todos os estados, com a

participação de municípios e ao Distrito Federal, para implantação da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, bem como realização de videoconferências;

Considerando os trabalhos contínuos das áreas técnicas do Ministério da Saúde realizados no período de fevereiro a setembro de 2007, para consolidação e implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS resolve:

Art. 1º Aprovar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º - A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS é disposta em uma estrutura organizacional formada por Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, codificados em 10 (dez) posições numéricas.

§ 2º - A estrutura, o detalhamento completo dos procedimentos, por grupo, e a composição atualizada dos atributos da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, estarão disponíveis para ampla, irrestrita e livre acesso a todos os cidadãos para conhecimento e consultas específicas, no sítio da Secretaria de Atenção à Saúde, www.saude.gov.br/sas, em apresentação nas formas dos seguintes anexos:

Anexo I – Estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Anexo II- Composição dos Atributos que compõem a Tabela de Procedimentos,

medicamentos e OPM do SUS;

Anexo III –Grupo 01 – Ações de Promoção e Prevenção em Saúde

Anexo IV –Grupo 02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica

Anexo V –Grupo 03 - Procedimentos Clínicos

Anexo VI – Grupo 04 - Procedimentos Cirúrgicos

Anexo VII – Grupo 05 - Transplante de Órgãos, Tecidos e Células

Anexo VIII – Grupo 06 - Medicamentos

Anexo IX –Grupo 07 - Órteses e Próteses e Materiais Especiais

Anexo X – Grupo 08 - Ações Complementares da Atenção à Saúde.

§ 3º-A relação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares excluídos, os quais não integrarão o elenco de procedimentos da Tabela definida no Artigo 1º desta Portaria, estará disponível para ampla, irrestrita e livre acesso a todos os cidadãos para conhecimento e consultas específicas, no sítio da Secretaria de Atenção à Saúde, www.saude.gov.br/sas, conforme Anexo XI.

Art. 2º - Estabelecer que a gestão da Tabela e do Sistema de Gerenciamento da Tabela é de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Parágrafo Único – Estará permanentemente disponível para consulta o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP/SUS, nos sítios

www.saude.gov.br/sas; <http://sihd.datasus.gov.br> e <http://sia.datasus.gov.br>

Art. 3º - Definir que, a partir de janeiro de 2008, as Tabelas de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares dos Sistemas de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS e a do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, respectivamente, perderão a sua utilidade, servindo apenas para referência histórica, ratificando o estabelecido na Portaria GM/MS nº. 321 de 08 de fevereiro de 2007.

Art. 4º - Estabelecer que em consonância com a implantação da Tabela, será implantado o registro individualizado de procedimentos ambulatoriais, no Sistema de Informação Ambulatorial, com o objetivo de qualificar as informações em saúde, através do instrumento de registro – Boletim de Produção Individualizado – BPA - I.

Art. 5º - Estabelecer que as compatibilidades referentes aos procedimentos da Tabela em relação à Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPM e outras necessárias à implantação/implementação da tabela, serão editadas em Portarias específicas.

Art. 6º - Definir que serão destinados recursos no montante de R\$ 132.000.000,00 (Centro e trinta e dois milhões de reais), para o impacto financeiro correspondente à implantação da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, já estabelecidos pela Portaria GM/MS nº. 321 de 08 de fevereiro de 2007.

§ 1º – O estudo do impacto financeiro para implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, teve por base a produção ambulatorial e hospitalar, do período de julho de 2006 a junho de 2007, disponível no Banco de Dados Nacional, fonte DATASUS/SE/MS.

§ 2º - Os recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, de média e alta complexidade, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão ser objeto de portaria específica.

Art. 7º – Estabelecer que os recursos destinados à implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, corram por conta do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de trabalho 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados

Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 8º - Definir que cabe ao Departamento de Informática do SUS/DATASUS/ SE/MS, promover as atualizações permanentes do sistema de gerenciamento

da tabela, bem como dos sistemas de informação em saúde que utilizam a tabela de procedimentos do SUS, tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar, desenvolvidos por esse Departamento, a partir de critérios técnicos definidos pelo órgão gestor da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 9º – Estabelecer que compete ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS/SE/MS adotar medidas técnicas e operacionais necessárias a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM, efetivando às adequações nos sistemas de informação em saúde que utilizam a tabela, desenvolvidos e disponibilizados por esse Departamento, de forma a garantir a utilização pelos gestores e prestadores do SUS, sem solução de continuidade ao processo de implantação da referida tabela e sua aplicabilidade nos sistemas de informação.

Parágrafo único - Os bancos de dados do SIA e SIH/SUS assim como os aplicativos TABWIN e TABNET deverão ser atualizados, garantindo assim a manutenção

da série histórica de produção.

Art. 10 – Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, em conjunto com DATASUS/SE, oferecer apoio técnico às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios, no processo de implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 11 – Caberá aos gestores estaduais darem apoio e suporte técnico aos municípios de forma a permitir a adequada implantação da Tabela de Procedimentos,

Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 12 – Determinar que é de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde, a publicação de atos normativos complementares referentes à Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 13 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais e financeiros a partir da competência janeiro de 2008.

José Gomes Temporão

Ministro da Saúde

Ministério da Saúde – MS/ Secretaria de Atenção a Saúde

Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Competência: 06/2009

Código	Nome	Valor SIA
0803010010	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE	24,75
0803010028	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE	8,40
0803010036	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE – (PARA TRATAMENTO CNRAC)	24,75
0803010044	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE	24,75
0803010052	AJUDA DE CUSTO P/ALIMENTACAO DE ACOMPANHANTE S/PERNOITE	8,40
0803010060	AJUDA DE CUSTO P / ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE -	24,75
0803010079	UNIDADE DE REMUNERACAO P/ DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS)	181,50
0803010087	UNIDADE DE REMUNERACAO P/ DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS)	181,50
0803010095	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NAUTICAS)	3,70
0803010109	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM DE DISTANCIA)	4,95
0803010117	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NÁUTICAS)	3,70
0803010125	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM)	4,95
0803010133	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS) - (PARA TRATAMENTO CNRAC)	181,50
0803010141	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE PACIENTE POR TRANSPORTE AÉREO (CADA 200 MILHAS)	181,50