



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

**RESOLUÇÃO – CIB Nº 34/2009, de 18 de Junho de 2009.**

*Dispõe sobre a aprovação da reformulação da  
Normatização Estadual do Tratamento Fora Domicílio - TFD*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições 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 Arts. 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), em anexo;

Considerando a Resolução – CIB nº. 06, de 10 de abril de 2003 que estabelece as normatizações sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), em anexo;

Considerando a Resolução – CIB nº. 28, de 26 de maio de 2004 que aprova o Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), em anexo;

Considerando a inclusão de novos serviços de média e alta complexidade na Rede Estadual de Saúde do Estado do Tocantins;

Considerando a necessidade de atender os requisitos da prestação de contas do Estado do Tocantins;

Considerando a proposta da reformulação do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), em anexo, e;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 18 de Junho de 2009.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar a reformulação do Manual de Normatização Estadual para Tratamento Fora de Domicílio – TFD;

**Art. 2º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

  
**Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

Praça dos Girassóis, s/n, Esplanada das Secretarias, Marco Central, Palmas-TO  
CEP 77.003-020 Fone/fax: (63) 218 – 3247



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, terrestre e fluvial; 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.

Ítem 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.

Ítem 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 fluvial a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Ítem 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.

Ítem 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.

Ítem 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.

Ítem 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.

Ítem 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 e fluvial 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 partir de 1º de março de 1999.

RENILSON REHEM DE SOUZA





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO N.º 06/2003  
Palmas, 10 de abril de 2003.

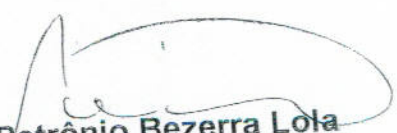
Dispõe sobre Tratamento Fora  
Domicílio.

O Presidente Substituto da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins, consoante com a análise, discussão e pactuação pelo Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária no dia 10 de abril de 2003.

- Considerando a necessidade de estabelecer as atribuições de cada esfera, referente ao encaminhamento de seus pacientes;
- Considerando que a normatização de TFD - Tratamento Fora Domicílio encontra-se em andamento;

Aprovar em caráter emergencial as normas de condutas para TFD :

1. Transferência intermunicipal é de responsabilidade do município de origem do paciente;
2. Transferência interestadual, hospitalar, é de responsabilidade dos hospitais;
3. Transferência interestadual, ambulatorial, é de responsabilidade do Estado.

  
**Petrônio Bezerra Lóla**  
Presidente Substituto da  
Comissão Intergestores Bipartite



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO – CIB Nº 028 /2004, de 26 maio de 2004.**

*Dispõe sobre a aprovação do Manual de  
Normatização do Tratamento Fora de Domicílio –  
SUS/TO.*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO  
TOCANTINS**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através  
das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela  
Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento  
Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da  
Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 26 de maio  
de 2004;

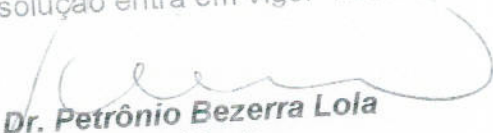
Considerando a portaria nº 55/SAS/MS de 24 de fevereiro de 1999,  
que dispõe sobre o TFD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando ainda, à melhoria da qualidade e eficiência do SUS  
neste Estado;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar o Manual de Normatização de Tratamento Fora de  
Domicílio;

**Art. 3º** Esta Resolução entra em vigor nesta data, após publicada.

  
**Dr. Petronio Bezerra Lola**  
Presidente





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

# **NORMATIZAÇÃO ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD**

**2009**



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

**GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**  
Marcelo de Carvalho Miranda

**VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**  
Paulo Sidney Antunes

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS**  
Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho

**SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS**  
Raimundo Nonato da Silva Filho

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**  
Maria Auri Gonçalves Souza

**DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E  
AUDITORIA**  
Inez dos Santos Gonçalves

**COORDENAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR**  
Ludmila Nunes Moreira Barbosa

**GERÊNCIA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**  
Regina Maura Ribeiro Gomes

**COLABORAÇÃO**

Coordenação de Auditoria





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

## SUMÁRIO

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| APRESENTAÇÃO .....                                                         | 02 |
| 1. CONCEITO .....                                                          | 03 |
| 2. ATIVIDADE DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DENTRO E FORA DO ESTADO ..... | 03 |
| 2.1- O Pedido de Tratamento Fora de Domicílio .....                        | 05 |
| 2.2- Autorização .....                                                     | 05 |
| 2.3- Das Despesas .....                                                    | 07 |
| 2.4- Do Acompanhante .....                                                 | 08 |
| 2.5- Do Tipo de Transporte .....                                           | 10 |
| 2.6- Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite .....                      | 12 |
| 2.7- Do pedido de Tratamento Fora de Domicílio dentro do Estado .....      | 16 |
| 3. RESPONSABILIDADES/ COMPETÊNCIAS DO GESTOR MUNICIPAL .....               | 20 |
| 3.1 – Unidade Assistencial Solicitante .....                               | 20 |
| 3.2 – PASSOS PARA SOLICITAÇÃO DAS PASSAGENS .....                          | 20 |
| 4. RESPONSABILIDADES / COMPETÊNCIAS DO GESTOR ESTADUAL .....               | 23 |
| 5. PACIENTES EM GOZO DA ATIVIDADE DE TFD .....                             | 24 |
| 6. CAUSAS DE INDEFERIMENTO .....                                           | 26 |
| 7. INFORMAÇÕES GERAIS .....                                                | 27 |
| 8. ANEXOS .....                                                            | 28 |
| Laudo Tratamento Fora de Domicílio .....                                   | 31 |
| Comunicação Interna para Passagens .....                                   | 33 |
| Relatório de Atendimento Médico .....                                      | 34 |
| Portaria nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 .....                           | 35 |



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

## 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, eficiência e a humanização do atendimento prestado pelo SUS.





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

## **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 O 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.





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

Ao pedido de TFD (Laudo de TFD) deverão ser anexadas comprovante com a data do agendamento da consulta, cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante, quando houver a necessidade do mesmo, xérox do cartão SUS do paciente e ainda o comprovante de residência.

2.1.1 O médico assistente do paciente, o qual efetua o pedido de TFD, e o seu devido preenchimento, deverá ser especialista em relação ao caso concreto.

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, 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



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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 06 (seis) meses 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.





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

2.2.6 Após a liberação das passagens, a Gerência do TFD informará 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 pelo 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, 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/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;
- 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;



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

➤ Comprovante, atualizado, de residência no Estado do Tocantins.

2.2.8 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.

2.2.9 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 ao 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.





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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 das despesas 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.



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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 - maiores de 18 (dezoito) anos, com capacidade física e mental.

2.4.5 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.

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

2.4.7 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.





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

2.4.8 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.

2.4.9 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 Aos pacientes/usuários e acompanhante, se for preciso, serão autorizadas e consequentemente 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.

2.5.3. Para autorização de passagens aéreas, deverá ser procedida rigorosa análise do estado de saúde do paciente/usuário, condicionando-se a aprovação e o consequente 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.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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.

2.5.4. 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 seja enviadas as documentações necessárias,

bem como às relativas à transferência e comprovante de liberação de Ambulância ou UTI aérea.

2.5.5 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.

2.5.6 O descumprimento injustificado do disposto no item 2.5.5, 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.

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





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

2.5.8 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.

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

➤ Realizará as providências necessárias para inclusão, do comprometente/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.

2.5.10 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



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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 e CPF 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.
  - Apresentação do comprovante de agendamento de atendimento ambulatorial, emitida pela Unidade Assistência onde será atendido com a previsão de dias de atendimento;
  - 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 15 (quinze) dias 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, segundo as informações anexadas ao processo em andamento na **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência do TFD**.





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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/Núcleo de Atividade 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.)





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

**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:**





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

- 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**, 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 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 canchotos 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



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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 canchotos 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.





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

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 comprometente/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,



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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 55/99, 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/Núcleo**





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

de Atividades do TFD, os canchotos das passagens (aéreas ou terrestres) e, em anexo, o Relatório de Atendimento Médico - **RAM** (modelo em anexo).

5.2 O **RAM** 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;
- A necessidade de retorno para a continuidade do tratamento;
- 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 06 (seis) meses, 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**.



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

- 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/Núcleo de Atividades do TFD/Médico Regulador**, de acordo com o § 1º do artigo 4º da Portaria SAS/MS nº. 55/1999.
- 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.





**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

- 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:**

9.1 O **SES/Central de Regulação Estadual/Núcleo de Atividades do 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.

9.2 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.

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



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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.

9.4 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.

9.5 Os processos administrativos da atividade de TFD na SES/TO, ficarão sob a guarda da **SES/Central de Regulação Estadual/Núcleo de Atividades do 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.

9.6 As atividades de TFD indeferidos serão devolvidos aos solicitantes e no caso de não serem resgatados devem ser arquivados no **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD** pelo período de 06 (seis meses). Findo este prazo, serão destruídos.

9.7 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**.





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

9.8 O município de origem do paciente responsabilizar-se-á pelo deslocamento/transporte do paciente, até Palmas (município de origem do paciente/capital Palmas), no momento da liberação das passagens aéreas, com os embarques no Aeroporto de Palmas, assim como pelo o retorno do paciente (capital Palmas/município de origem do paciente);

9.9 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.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

**8. ANEXOS:**

**12.1 - IMPRESSOS/FORMULÁRIOS**

**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)

**12.2 - FORMALIZAÇÃO LEGAL**

**Anexo IV:** Portaria SAS/MS n ° 55/1999





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE:

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ E. Civil: \_\_\_\_\_

Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Nat.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

|                                                                                    |   |   |                   |               |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------------------|---------------|--------|--------|
| Item                                                                               | 5 | - | Anamnese/História | da            | doença | atual: |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Item                                                                               | 6 | - | Exame             | Físico:       |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Item                                                                               | 7 | - | Diagnóstico       | Provável:     |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Código (Cid.):                                                                     |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Item 8 - Exame(s) complementar(es) realizado(s) anexo cópias dos laudos/resultados |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Item                                                                               | 9 | - | Tratamento(s)     | Realizado(s): |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| Item 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:        |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |
| <hr/>                                                                              |   |   |                   |               |        |        |

\_\_\_\_\_  
Local e Data  
profissional Médico

Assinatura e Carimbo do





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

Comunicação Interna para Autorização de Passagens  
C.I. Nº : \_\_\_\_\_/2008

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:      | <input type="text"/> |
| Transp. Autorizado: | <input type="text"/> |

☐ Deferido ☐ Indeferido

Observações:



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

Palmas -TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2008.

**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?        | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          |
| Motivo:                           |                                                                    |
| Previsão de retorno:              |                                                                    |
| Há necessidade de acompanhamento? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          |
| Transporte recomendado?           | <input type="checkbox"/> Rodoviário <input type="checkbox"/> Aéreo |
| Justifique, se transporte aéreo.  |                                                                    |
| Tratamento foi concluído?         | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          |
| Tratamento foi interrompido?      | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          |
| Justifique, se foi interrompido.  |                                                                    |
|                                   |                                                                    |
|                                   |                                                                    |
|                                   |                                                                    |
|                                   |                                                                    |





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

---

|       |      |                                           |
|-------|------|-------------------------------------------|
| 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.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

**§ 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 Básico – 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





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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 |
|--------|-----------|
|--------|-----------|



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

|    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 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.**

Ítem 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.**

Ítem 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.**

Ítem 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.**

Ítem de Programação 21 AVEIANM





GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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.**

Ítem 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.**

Ítem 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.**

Ítem 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   |



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.**

|       |      |      |       |       |
|-------|------|------|-------|-------|
| 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 autorizadas 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