



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

RESOLUÇÃO – CIB Nº 039 /2004, de 01 de julho de 2004.

Dispõe sobre a transferência interhospitalar de pacientes do Hospital Padre Luso do município de Palmas e Hospital Dom Orione do município de Araguaína;

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 01 de julho de 2004;

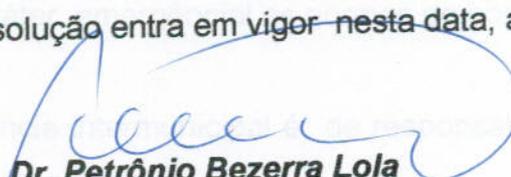
Considerando a Resolução nº 006/2003 de 10 de abril de 2003, que estabelece as atribuições de cada esfera, referente ao encaminhamento de seus pacientes;

Considerando ainda, a Portaria SAS Nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, e a Resolução – CIB Nº 028/2004, de 26 de maio, que aprova o Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio – SUS/TO.

RESOLVE:

Art. 1º Ficam notificados os Hospitais: Padre Luso do município de Palmas e Hospital Dom Orione do município de Araguaína, que a transferência interestadual hospitalar de pacientes, é de responsabilidade dos hospitais, na forma dos anexos;

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data, após publicada.


Dr. Petronio Bezerra Lola
Presidente

Introdução:

Os benefícios de *Tratamento Fora de Domicílio (TFD)* foram estabelecidos pela **Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 55** de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 1º/03/1999) - que dispõe sobre o **TFD** no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Esta Portaria estabeleceu uma nova sistemática para a inclusão destes procedimentos específicos na tabela do **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)**. Este benefício consiste na garantia de acesso para atendimento especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros Estados ou Municípios do Tocantins, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário. Somente será concedido quando todos os meios de tratamento existentes no Estado de origem estiverem esgotados e, somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente.

Neste contexto, visando à melhoria da qualidade e eficiência do SUS neste Estado, a Secretaria de Estado de Saúde de Tocantins, em cumprimento ao § 1º do **artigo 5º** da **Portaria SAS/MS nº 55/1999** elaborou este **Manual de Normatização do Setor de Tratamento Fora de Domicílio**, de acordo com as peculiaridades de sua Rede de Assistência à Saúde. Portanto, este **Manual** traça as diretrizes para os gestores Municipais e Estadual administrarem os procedimentos de **Tratamento Fora de Domicílio** através de uma política única, tendo como metas a qualidade, eficiência e humanização do atendimento dentro do **Sistema Único de Saúde**.

Não obstante a relevância destes procedimentos para garantir a todos os cidadãos do Estado o acesso universal aos serviços de saúde, os gestores Estaduais e Municipais devem realizar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde visando atender aos usuários o mais próximo possível de sua residência.

Conceito:

O benefício de **Tratamento Fora de Domicílio** consiste em fornecimento de passagens para deslocamento exclusivamente dos usuários do *Sistema Único de Saúde (SUS)* e seus acompanhantes – se necessário – para a realização de atendimento especializado em Unidades de Saúde cadastradas/conveniadas ao SUS em outras Unidades da Federação. Também está previsto o pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite. Estes benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniada ao SUS no Estado do Tocantins e, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário ao tratamento, de acordo com o § 1º do artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999. De acordo com os termos do § 3º do artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999 fica vedada a autorização de TFD para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no **Piso de Atenção Básica (PAB)**.

~~deslocamento de pacientes para tratamento médico dentro Estado do Tocantins será de responsabilidade dos gestores municipais de saúde.~~

De acordo com os termos do § 5º do artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999 é vedado a concessão de benefícios de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância.

Do Pedido de Tratamento:

O **Tratamento Fora de Domicílio** será solicitado pelo médico-assistente ou por junta médica do paciente em tratamento no âmbito do **Sistema Único de Saúde** do Tocantins, mediante **Laudo Médico (Anexo I)**, preenchido em 3 (três) vias (datilografado, impresso ou manuscrito com letra legível), contemplando o disposto no artigo 6º da Portaria SAS/MS nº 55/1999. Ao pedido deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando que houve intenção de realizar tratamento, e foram esgotadas as possibilidades de atendimento de baixa, média complexidade e alta complexidade no local, também, cópias dos documentos pessoais do paciente (e acompanhante, se houver), e do comprovante de residência do paciente. Esse benefício poderá ser solicitado exclusivamente por pacientes atendidos no contexto do **Sistema Único de Saúde** do Tocantins para outra **Unidade de Saúde** também cadastrada/conveniada ao **SUS**, seja no âmbito intra ou interestadual:

- a) Os Pedidos de **TFD** Intermunicipais deverão ser solicitados mediante encaminhamento - via ofício - do **Laudo Médico**, pela unidade de saúde ao Setor de TFD da Secretaria Municipal de saúde de origem do usuário, para análise, providências e posterior devolução à unidade solicitante.
- b) Os Pedidos de **TFD** Interestaduais deverão ser solicitados mediante encaminhamento - via ofício - do **Laudo Médico**, pela unidade de saúde à Secretaria Municipal de Saúde de origem do usuário e esta encaminhará ao Setor de TFD da Secretaria Estadual de Saúde para análise, providências e posterior devolução a secretaria solicitante para encaminhamento.
- c) Nos casos em que o município não contar com o médico-assistente, considerando a responsabilidade do gestor habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica conforme normatizado pela **NORMA OPERACIONAL BÁSICA - NOB 96** e Resoluções da **COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB**, o poder público local deverá implementar o serviço de assistência médica, de modo a garantir o direito dos usuários do **SUS** ao **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD**, indistintamente.

O fluxo de solicitação e devolução dos pedidos de **TFD** não deverão exceder o prazo de 15 dias, observada a urgência atestada no **Laudo Médico**.

Da Autorização:

O **Laudo Médico (LM)** e demais documentos pertinentes serão obrigatoriamente - submetidos à apreciação do **Setor Autorizador do TFD da SES OU SMS**. O **Laudo Médico** terá validade de 6 meses, podendo ser periodicamente renovado pelo médico assistente, desde que se prove a necessidade de continuação do tratamento. Se a solicitação de realização do **TFD** for autorizada, o **Setor de TFD da SES OU SMS** procederão à emissão de três vias do **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio/PTFD (Anexo III)** que deverá ser assinado pelo responsável pelo **Setor de TFD da SES OU SMS**, com a seguinte destinação:

- a) A primeira via do **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD)** - juntamente com a primeira via do **Laudo Médico (LM)** - de pacientes novos serão encaminhadas ao **Setor de TFD da SES**, para formalização de processo. Posteriormente, o processo será encaminhado ao **Setor Autorizador** para que seja feita a verificação quanto ao procedimento solicitado pelo **Laudo Médico**, se estiver em conformidade com as disposições legais, será devolvido ao com a devida autorização ao **Setor de TFD da SES**, onde o mesmo efetuará o agendamento e emissão de passagens (área ou terrestre), conforme necessidade justificada em **Laudo Médico**, caso contrário, será indeferido e encaminhado ao **Setor de TFD da SMS** de origem do paciente, com as devidas justificativas.
- b) No caso de pacientes já cadastrados, com a necessidade de retorno para continuidade do tratamento, a primeira via do **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD)** - juntamente com a primeira via do **Relatório de Atendimento Médico (RAM)** - Deverão ser encaminhadas ao **Setor de TFD da SES**, para que sejam verificados e encaminhados para Análise, feita pelo **Setor Autorizador**, se estiver em conformidade com as disposições legais será devolvido ao **Setor de TFD da SES**, para as devidas providencias.
- c) A Segunda via do **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD)**, juntamente com a Cópia do **Laudo Médico/ Relatório de Atendimento Médico (RAM)**, deverão ficar arquivados em dossiê do Paciente no **Setor de TFD da SMS**.

Considera-se como **Órgão Competente**, para fins de emissão de **Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD)** somente o **Setor de TFD da SMS**.

Considera-se como **Órgão de Destino**, para fins de **Tratamento Fora de Domicílio** qualquer Unidade de Saúde - fora do Estado de Tocantins - vinculada ou credenciada ao **SUS** e que prestará atendimento ao paciente.

O **Órgão de Destino** que receber a solicitação de **Tratamento Fora do Domicílio** verificará de imediato a possibilidade do atendimento solicitado e comunicará sua decisão pela via de comunicação mais rápida (fax ou e-mail) .

O **Setor de TFD da SES** ao receber as vias da documentação do **Setor de TFD das SMS** adotará os seguintes procedimentos:

- a) Submeterá o **Laudo Médico (LM)**, juntamente com o **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD)** à análise pelo **Setor Autorizador** do **Setor de TFD da SES**;

- b) Procederá à emissão do **Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD)**, que deverá ser conferido e assinado pelo responsável pelo **Setor de TFD da SES**;

- c) Tomará as providências relativas ao prosseguimento do processo, o qual retornou do **Setor Autorizador**, devidamente analisado, com parecer favorável, o processo será encaminhado juntamente com **Comunicação Interna** padronizada (**Anexo IV**) na qual constarão todos os dados para a emissão das passagens para paciente e acompanhante e pagamento de **Ajuda de Custo** para custeio de alimentação e pernoite, se for o caso;

- d) Somente convocará o paciente quando estiver de posse das autorizações de passagens. Os pacientes residentes na **Capital** deverão ser comunicados diretamente pelo **Setor de TFD da SES**. As autorizações de passagens dos pacientes residentes no interior deverão ser enviadas aos seus respectivos, **Setor de TFD da SMS** que os comunicarão do local onde se encontra a autorização para emissão de passagens e demais instruções pertinentes.

Os pacientes já cadastrados no **Setor de TFD da SES**, ao solicitarem novo benefício de TFD deverão apresentar o **Relatório de Atendimento e/ou Alta (Anexo V)** devidamente preenchido pelo médico assistente da Unidade de Destino onde foi realizado o TFD, para fins comprovação do benefício recebido.

Da Comissão Autorizadora

A **Comissão Autorizadora** para TFD será composta por médicos, assistente social, farmacêutico e ou outros profissionais da área da Saúde, que serão nomeados mediante **portaria** baixada pelo **Secretário de Estado de Saúde**.

Do tipo de transporte

Serão fornecidas preferencialmente - para pacientes em TFD - passagens de ônibus rodoviários comuns. Passagens aéreas somente serão fornecidas para aqueles casos nos quais o estado de saúde do paciente o impeça de viajar de ônibus, ou quando a demora de deslocamento traga risco extremo à sua saúde. Esses pedidos deverão ser minuciosamente justificados pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares pertinentes e **Laudo Médico** bem fundamentado, que será submetido à rigorosa análise por parte do **Setor Autorizador**, de acordo com o **§ 1º do artigo 4º da Portaria SAS/MS nº 55/1999**. Aqueles pacientes que receberem passagens deverão apresentar os canhotos das mesmas, para fins de prestação de contas.

Dos Pedidos Indeferidos

Os Pedidos de **TFD** indeferidos serão devolvidos aos solicitantes devidamente justificados.

Das Urgências

O **Setor de TFD da SES** deverá, em casos de comprovada urgência - fundamentada pelo **Laudo Médico** e exames complementares - atender em caráter especial a pronta emissão das passagens para deslocamento de pacientes em TFD.

Do Pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite

O pagamento da Ajuda de Custo para alimentação e pernoite - segundo os procedimentos listados pela **Portaria MS/SAS 55/1999**, e valores estabelecidos pela **Portaria MS/SAS 1230/1999** - somente será autorizado após a análise, pelo Gerente do **Setor de TFD da SES**, da **Ficha Social** devidamente preenchida por Assistente Social vinculado à Rede Pública de Assistência à Saúde ou Serviço de Assistência Social do município de residência do paciente, comprovando a real necessidade do recebimento deste benefício, através depósito em conta bancária ou conta poupança do Banco do Brasil.

Os valores para pagamento de **Ajuda de Custo para Alimentação e pernoite para pacientes e/ou acompanhantes**, serão concedidos segundo os procedimentos listados pela **Portaria MS/SAS 55/1999** e com os valores estabelecidos pela **Portaria MS/SAS 1230/1999**, os quais serão reajustados conforme atualização de valores do SIA SUS.

O pagamento da **Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite** será feito mediante a emissão de **Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD)** no qual deverá constar os dados bancários, em 2 (duas) vias, com a seguinte destinação:

- a) A primeira e a segunda vias do **Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD)** serão encaminhadas ao **Setor de Autorizador da SES** que, após julgamento da documentação as encaminhará ao **Coordenador de Administração** para que o pagamento seja providenciado ou indeferido;
- b) A segunda via do **Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD)**- depois de efetuado o pagamento de Ajuda de Custo, será devolvida ao **setor de TFD da SES** com a devida autenticação, para fins de arquivamento, no dossiê do paciente.

Por oportunidade de internação do paciente o pagamento de **Ajuda de Custo** se limitará ao período de deslocamento do paciente e acompanhante até à **Unidade de Destino** e retorno do acompanhante ao seu domicílio. De acordo com o **§ 4º do artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999**, é vedado o pagamento de diárias para pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados na **Unidade de Destino**.

De acordo com os termos do **artigo 8º** da **Portaria SAS/MS nº 55/1999**, quando o paciente/acompanhante retornarem ao município de origem no mesmo dia, somente serão autorizadas passagem e ajuda de custo para alimentação.

Do Retorno

Ao término do **Tratamento Fora de Domicílio**, ou toda vez que houver necessidade de retorno à Unidade de Destino, deverá o paciente apresentar o **Relatório de Atendimento Médico (RAM) e/ou Alta**, preenchido pelo médico assistente que realizou atendimento ao paciente. Neste momento, deverá apresentar também os canchotos das passagens, para fins de prestação de contas. Este procedimento será imprescindível para a continuidade da concessão do benefício de **TFD** aos pacientes cadastrados na **SES**.

O **Relatório de Atendimento Médico (RAM) e/ou Alta** deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção e da necessidade do retorno, se for o caso.

Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de TFD (passagens e Ajuda de Custo para alimentação e pernoite) aqueles pacientes estiverem com a documentação regular.

Do Acompanhante:

A necessidade de acompanhante deverá ser devidamente justificada no pedido inicial pelo médico signatário do **Laudo Médico (LM)** e será julgada pelo **Setor Autorizadora do Setor de TFD da SES**, de acordo com os termos do **artigo 7º** da **Portaria SAS/MS nº 55/1999**.

O acompanhante deverá ser parente consanguíneo, parente por afinidade, ou pessoa de relação próxima do beneficiário e/ou responsável legal do paciente, e encontrar-se capacitado física e mentalmente para acompanhar o paciente.

O acompanhante também terá direito a passagens e Ajuda de Custo para alimentação e pernoite, observadas as disposições deste Manual e da **Portaria SAS/MS nº 55/1999**.

O acompanhante deverá retornar à localidade de origem, logo após a internação do beneficiário salvo quando, a critério médico, for solicitada a sua permanência. Por oportunidade da alta médica do paciente - se houver necessidade de acompanhante para o seu retorno - o **Setor de TFD da SES** providenciará o fornecimento de passagens para o mesmo se deslocar até a Unidade de Destino e retornar com o paciente até seu domicílio.

O **Setor de TFD da SES** não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante, durante o curso do **TFD**, salvo em casos de morte ou doença, devidamente comprovadas documentalmente. Os pacientes menores de idade deverão viajar com acompanhante.

Os pacientes portadores de deficiência física ou mental poderão viajar com acompanhante, conforme avaliação médica, desde que seu grau de deficiência o impeça de viajar desacompanhado.

Do Controle

O **Setor de TFD da SES** deverá orientar aos **Setores de TFD das SMS** ou às **Secretarias Municipais de Saúde** quanto à recepção, análise e decisão dos **Pedidos de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD)**, com vistas a assegurar pleno controle dos casos.

Os procedimentos relativos à recepção e análise de pedido de **TFD** serão simplificados ao máximo, para que a concessão ou recusa seja prontamente transmitida aos solicitantes.

O controle das despesas com deslocamentos e pagamento de ajuda de custo para pacientes e acompanhantes será realizado pela **Coordenação Administrativa da SES**, a quem será encaminhado relatório mensal de atividades pelo **Setor de TFD da SES**.

Só haverá a autorização de uma viagem por mês, por paciente. As exceções deverão ser julgadas pelo Setor Autorizador, mediante relatório descritivo da equipe responsável pelo tratamento do paciente.

Em casos de tratamento prolongado, por ocasião da renovação do **Laudó 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.

Das Despesas

As despesas decorrentes da concessão de auxílio para **TFD** serão custeadas diretamente pela **Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins** mediante a abertura de processos específicos para a compra de **passagens aéreas, passagens rodoviárias, pagamento de ajuda de custo para custeio de alimentação e pernoite** de pacientes e acompanhantes em **Tratamento Fora de Domicílio** (Portaria SAS/MS 55/1999).

Da Central Estadual de Regulação

Aqueles casos definidos pela **Portaria SAS 589 de dezembro de 2001**, deverão ser agendado pela **Central Estadual de Regulação** junto à **Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade** que informará ao **Setor de TFD da SES** a data de viagem para a emissão dos bilhetes. Somente após a autorização de Procedimento emitida pela **Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade** é que a **Central Estadual** informará ao **Setor de TFD** para a liberação de passagens.

Disposições Gerais

Ocorrendo a morte do paciente e/ou acompanhante durante o Tratamento Fora de Domicílio, as despesas decorrentes do preparo e da remoção do corpo para a localidade de origem ficarão a cargo do **Setor de TFD da SES**, de acordo com o **artigo 9º da Portaria SAS/MS nº 55/1999**

Responsabilidades em cada esfera de Governo

Gestor Estadual

Caberá ao Gestor Estadual a responsabilidade pela análise e autorização das solicitações de **Tratamento Fora de Domicílio** dos pacientes residentes no Estado do Tocantins.

Fornecimento de passagens para fins de **TFD** tanto para o paciente, quanto para o acompanhante, quando solicitado e autorizado, após análise criteriosa por parte dos técnicos do **Setor Autorizador** do **Setor de TFD da SES**.

Pagamento de **Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite**, para fins de **TFD**, tanto para o paciente quanto para o acompanhante, quando solicitado e autorizado, de acordo com os termos da **Portaria SAS/MS nº 55/1999**.

Acompanhamento, controle e avaliação dos gastos com a concessão dos benefícios de **Tratamento Fora de Domicílio**.

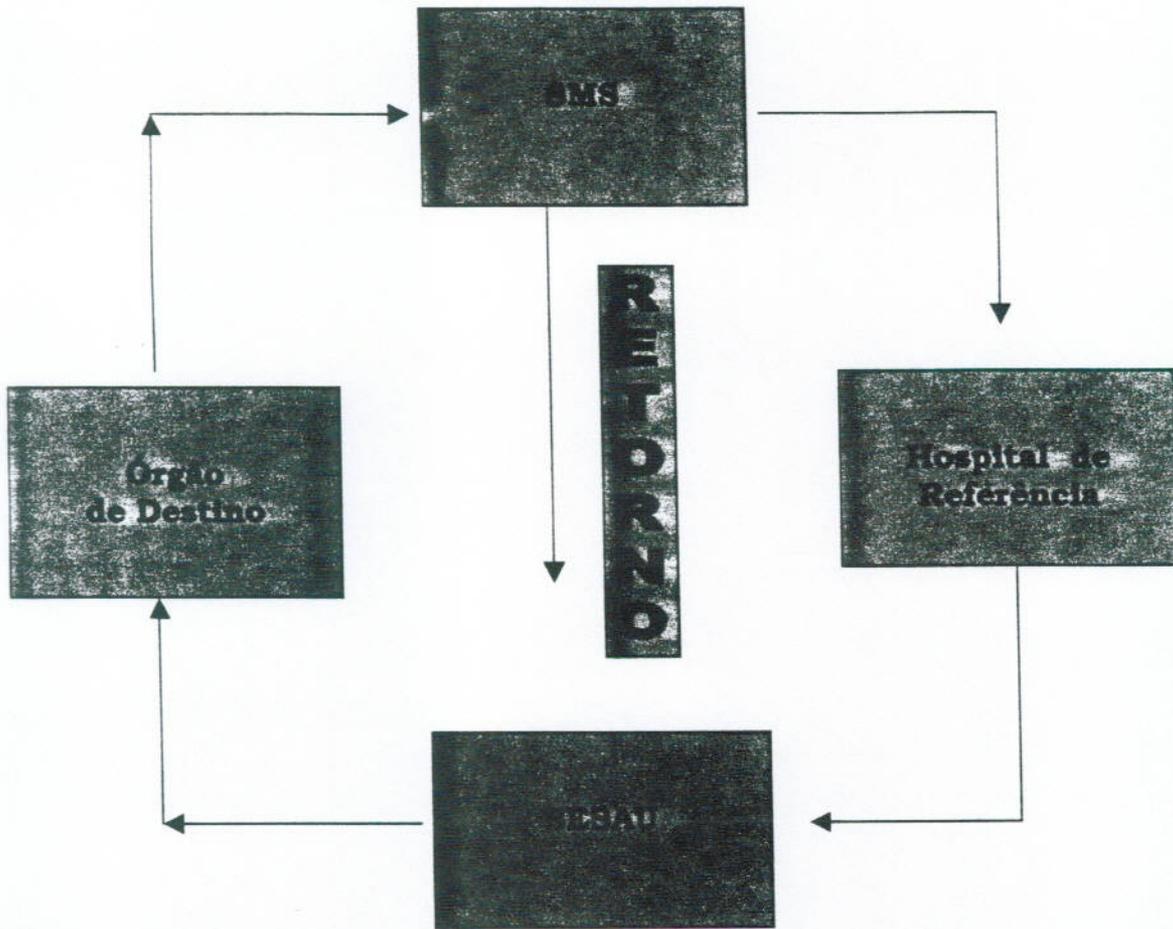
Gestor Municipal

-Caberá ao Gestor Municipal o agendamento de todas as consultas e procedimentos de **Tratamento Fora de Domicílio**, dentro das limitações territoriais do Estado do Tocantins.

-Acompanhamento das solicitações e Autorizações de **TFD** em seu município, quanto se destinarem ao tratamento em outro Estado.

-Responsabilizar-se-á pelo transporte do paciente, do município de origem, até Palmas, quando forem liberadas passagens aéreas, que saem do Aeroporto de Palmas, assim como pelo seu retorno de Palmas até seu município

- Coordenação e normatização do procedimento específico de **TFD** na esfera de competência de seu município.



Impressos

Anexo I: Laudo Médico

Anexo II: Ficha de Avaliação Social (FAS)

Anexo III: Pedido de Tratamento Fora do Domicílio/PTFD

Anexo IV: Comunicação Interna padronizada

Anexo V: Relatório de Atendimento Médico e/ou Alta.

Anexo VI: Portaria SAS/MS n ° 55/1999



Prefeitura Municipal de:
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de:
Secretaria Municipal de Saúde

Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio – TFD

Nome:			
Sexo:		Data Nasc.:	
Estado Civil:		Nacionalidade:	
Naturalidade:			
Profissão:			

1 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do(s) Tratamento(s)/Exame(s).		
2 - Duração Provável:		
3 - Transporte recomendado	aéreo	rodoviário
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justificar:		
4 - Há necessidade de encaminhamento urgente?	Sim	Não
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justificar:		
5 - Há necessidade de acompanhante?	Sim	Não
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justificar:		
6 - História da doença atual:		
7 - Exame físico:		
8 - Diagnóstico provável:		
Código do CID		
9 - Exames complementares realizados. – Anexar cópias –		
10 - Tratamentos realizados:		
11 - Tratamentos indicados, suas vantagens sob o ponto de vista técnico:		

Local Dia Mês Ano

Assinatura e carimbo



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - TFD

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL

1- Nome do Paciente:	
2- Doença:	
3- Unidade onde fará o Tratamento:	
4- situação Laboral:	a- Assalariado/Renda R\$ _____ b- Autônomo/Renda R\$ _____ c- Encostado/Renda R\$ _____ d- Desemp./Renda R\$ _____ e- Outros R\$ _____
5- Renda Familiar:	a- 1 Salário Mínimo b- 1-2 Salários Mínimos c- 2-4 Salários Mínimos d- Mais de 8 Salários Mínimos
6- Habitação:	a- Casa Própria b- Paga Aluguel
7- Se paga aluguel qual o seu comprometimento com o aluguel (%) ?	
8- Faz uso de medicamentos contínuos?	a- SIM b- NÃO
9- Se faz uso de medicamento(s) de uso contínuo, qual o comprometimento da renda familiar com medicamento(s) (%) ?	
10- Possui Plano de Saúde ?	a- SIM b- NÃO
11- A Família possui automóvel?	a- SIM b- NÃO
12- É Arrimo de família?	a- SIM b- NÃO
13- Outras Observações:	



Pedido de Tratamento Fora do Domicilio – PTFD

Nome:			
Data Nasc.:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:		UF:	
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

Identificação do Acompanhante

Nome:			
Doc. De Ident.:	Órgão Exp.:	Data Exp.:	
Data Nasc.:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:		UF:	
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

Tratamento Proposto

Aguarda-se Resposta

Gerente do TFD Estadual

Autorização do Gestor Municipal

Campos Reservados para o Setor de TFD de Destino

Deferido

Indeferido

O paciente será atendido no(a):

No dia : / / às : h. Pelo Dr(a).:

Assinatura e carimbo

Orientações



Comunicação Interna para Autorização de Passagens

C.I. nº : _____/2004

Nome do Paciente: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Fone de Contato: _____

Nome do Acompanhante: _____

Parentesco: _____

Tratamento Proposto: _____

Destino: _____

Data da Realização do Procedimento: _____

Tipo de Transp. Autorizado: _____

Campo Reservado para Membro da Comissão Autorizadora

Deferido

Indeferido

Observações:

Palmas(TO.), _____ de _____ de 2004

Assinatura e Carimbo



Relatório de Atendimento Médico
Tratamento Fora do Domicílio – TFD

« Preenchimento a cargo do Médico Assistente »

Nome do Paciente:													
Hospital:													
Prontuário nº:													
Procedência:											UF:		
Diagnóstico:													
Cód. C.I.D.													
Tratam. Realizado:													
Período de Atend.:	de	dia	mês	ano	a	dia	mês	ano					
Há necessidade de retorno?	Sim						Não						
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
Motivo:													
Previsão de retorno:													
Há necessidade de acompanhante?	Sim						Não						
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
Transporte recomendado:	Aéreo						Rodoviário						
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
Justifique, se transporte aéreo													
O Tratamento foi concluído?	Sim						Não						
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
O Tratamento foi interrompido?	Sim						Não						
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
Justifique, se foi interrompido													

OBS.: Somente o médico assistente deverá assinar este formulário. Favor colocar carimbo.

Local

Dia

Mês

Ano

Assinatura e carimbo

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 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