



**GOVERNO DO  
ESTADO DO  
TOCANTINS**

SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA **SAÚDE**

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

Aprovado através da Resolução CIB Nº

**PALMAS-TO**

**MANUAL ATUALIZADO 2019**



**GOVERNO DO  
ESTADO DO  
TOCANTINS**

**SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA SAÚDE**

**MAURO CARLESSE  
GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

**WANDERLEI BARBOSA  
VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

**LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI  
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS**

**JULIANA VELOSO RIBEIRO PINTO  
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**CELESTE MOREIRA BARBOSA  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO**

**KARIAN MICHELLE ARAUJO DIAS DE ANDRADE  
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES**

**REVISÃO**

**DR. FLÁVIO CAVALCANTE DE ASSIS – MÉDICO REGULADOR**

**COLABORADORES**

**ALAIZA FURTADO TÉCNICA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E  
EXAMES**

**ERICA MORILAS TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO SETOR TFD**



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	
1 CONCEITO.....	
2 ATIVIDADE DE TRATAMENTO FORA DE DOMÍLIO.....	
2.1 Do Pedido de Tratamento Fora de Domicilio .....	
2.2 Autorização .....	
2.3 Do Acompanhante .....	
2.4 Do Tipo de Transporte .....	
2.5 Ajuda de Custo para Alimentação de Pernoite .....	
2.6 Óbito .....	
2.7 Do Pedido de TFD Dentro do Estado.....	
3 RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS GESTOR MUNICIPAL .....	
3.1 Unidade Assistencial Solicitante .....	
3.2 SMS/Central de Regulação Municipal.....	
4 RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS GESTOR ESTADUAL.....	
5 PACIENTES EM GOZO DA ATIVIDADE DE TFD.....	
6 CAUSAS DE INDEFERIMENTO .....	
7 INFORMAÇÕES GERAIS .....	
8 ANEXOS.....	



## 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.

O artigo 5º da Portaria MS nº 055/1999 estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde devem propor estratégias de gestão do TFD de acordo com a realidade de cada região. Neste contexto, visando realinhar o Manual de TFD do Tocantins vigente desde de 2003, em conformidade com as novas Portarias Ministeriais e as peculiaridades atuais da rede de assistência à saúde do Estado, a Diretoria de Regulação, elaborou nova proposta de Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio

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



## **1. CONCEITO**

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

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

### **2.1 Do Pedido de Tratamento Fora de Domicílio**

O Pedido de TFD deverá ser realizado pelo médico assistente do paciente nas Unidades Assistenciais vinculadas ao Sistema Único de Saúde do Tocantins-SUS/TO, mediante o preenchimento do Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio, com a devida demonstração do estado de saúde do paciente/usuário. Também deverão ser juntadas cópias dos exames diagnósticos confirmando a intenção de efetuar o tratamento. Os pacientes previamente não regulados, e que não esgotaram no Estado do Tocantins os tratamentos disponíveis, encontram vedação para sua inserção no TFD no artigo 4º da Portaria SAS nº 55/99.

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



2.1.1 O médico assistente do paciente, que efetua o pedido de TFD, deverá preencher todos os campos, devendo o mesmo ser especialista em relação ao caso solicitado e estar lotado em unidades assistenciais vinculadas ao SUS e preferencialmente nos serviços de referência de acordo com cada patologia.

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

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

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

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

## **2.2 Autorização**

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



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

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

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

2.2.5 Após a autorização do pedido o paciente e, se houver, o acompanhante ou responsável deverão assinar Termo de Compromisso com a SES/Central de Regulação/Setor de TFD ou SMS/Central de Regulação comprometendo-se estar ciente das normativas para TFD e da necessidade de apresentar, após o retorno da viagem Relatório de Atendimento Médico ou Alta, a fim de comprovar o deslocamento e o tratamento ou atendimento.

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

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

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



Federação (Fora do Estado do Tocantins), bem como justificado o tipo de transporte necessário, **acompanhante e tratamento a ser realizado com respectivo código SIGTAP;**

- Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou Carteira de Identidade e CPF;
- Cartão SUS do paciente com endereço do município de residência no Estado do Tocantins;
- Se for indicada a necessidade de acompanhante – especificado no **Laudo Médico Tratamento Fora de Domicílio** – este, terá de ser maior de 18 (dezoito) anos e **menor de 60 (sessenta) anos**, com cópia da Carteira de Identidade e de CPF e Cartão SUS;
- Comprovante do agendamento na Unidade de Assistência de referência – responsabilidade esta, da **SMS/Central de Regulação Municipal:** unidade assistencial de referência, município, hora, dia, mês e ano;
- Todos os laudos/resultados de exames quando solicitados;
- Comprovante de residência no Estado do Tocantins atualizado e telefone de contato. O comprovante de residência deverá se apresentar no nome do requerente com validade de no máximo 90 dias - água, luz e telefone fixo.

\* Instruções sobre o Comprovante de Residência:

- a) Caso não possua, apresentar documento que comprove vínculo com o responsável pelo endereço – certidão de casamento, certidão de nascimento, RG). Declaração de residência não será aceita. Contrato de aluguel autenticado em cartório, podendo este ser submetido à análise do georreferenciamento na Secretaria Municipal da Fazenda, ou comprovação com cópia do carne de IPTU.
- b) Não será aceito como comprovante Título de Eleitor.
- c) Matrícula escola ou creche para crianças até 12 anos, ou comprovante benefício Bolsa Família (onde conste endereço);
- d) Carteira de Trabalho registrada, comprovando vínculo empregatício;
- e) Idosos - comprovante benefício aposentadoria (onde conste endereço);
- f) Declaração do Agente Comunitário onde tem cobertura PSF, com assinatura do ACS e Enfermeira, após emissão do Cartão SUS a declaração deverá ser anexada no prontuário do paciente na UBS.
- g) Invasões (áreas não regulamentadas) – visita do ACS e declaração caso possua cobertura. No caso de áreas que não possuam cobertura de Equipes



da Saúde da Família, e o requerente for brasileiro, este deverá fazer uma declaração de próprio punho e levar junto o registro do livro administrativo da área não regularizada de que é o morador da casa citada, a declaração deverá ser anexada no prontuário do paciente na UBS. (Isto será considerado visto que: "...A saúde é um direito de todos os brasileiros, garantido pela Constituição Federal de 1988. Todo cidadão tem acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), que realiza ações de promoção, prevenção e assistência à saúde..."

- Termo de Compromisso Assinado pelo paciente ou responsável legal;

Obs: todos os documentos deverão ser atualizados no momento de renovação do laudo TFD, como informado no item 2.2.3

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

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

2.2.10 Conforme os serviços forem disponibilizados/habilitados no Estado, a Comissão Médica da Regulação Estadual poderá solicitar nova avaliação das Unidades antes da renovação do processo, para verificar a possibilidade de continuidade do tratamento dentro do Estado.

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

## 2.3 Acompanhante

2.3.1 Será autorizado 01 (um) acompanhante por paciente em tratamento, podendo ser



parente consanguíneo, parente por afinidade ou pessoa de relação próxima e/ou responsável legal do paciente – com idade entre 18 (dezoito) anos e 60 (sessenta) anos, com capacidade física e mental.

2.3.2 No caso de acompanhantes acima de 60 anos deverá ser apresentado atestado médico que ateste a capacidade física e mental para tal finalidade.

2.3.3 **Será autorizado um segundo acompanhante em situações especiais a ser deferida pelo médico regulador, cujo deslocamento do paciente requer um segundo acompanhante, comprovada esta necessidade por laudo médico.**

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

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

2.3.6 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.

2.3.7 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.

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

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



2.3.10 Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os pacientes são os próprios lactentes) e portadores de deficiência física ou mental, por dificuldades em auxiliar o paciente, não poderão ser acompanhantes de usuários em TFD.

2.3.11 Nos casos em que um paciente estiver usufruindo do benefício do TFD para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro paciente em TFD.

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

## 2.4 Do Tipo de Transporte

2.4.1. 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.

OBS: As justificativas deverão ser detalhadas para que o médico regulador possa avaliar e decidir o tipo de transporte. **IMPORTANTE:** Apesar de competir ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento e tipo de transporte, de acordo com o caso e as condições do paciente, a Comissão Médica Reguladora pode indeferir tal necessidade depois de analisada a justificativa apresentada, pois a autorização de acompanhamento que não seja imprescindível, poderá prejudicar o orçamento necessário à autorização de outros pacientes devido à limitação dos recursos orçamentários destinados ao TFD, conforme Lei Orçamentária Anual - LOA.

2.4.2 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 ou aérea, mediante a comprovação da gravidade através de exame complementar, e justificativa do médico especialista solicitante.

PORTARIA Nº 55, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999



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.

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

2.4.4 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, 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.

2.4.5 O descumprimento injustificado do disposto no item 2.4.6, implicará em registro em sistema interno de cadastramento da SES/Central de Regulação do registro de usuário em débito.

2.4.6 A comprovação, mediante a apresentação do 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 de débito.

2.4.7 **Caso ocorra a reemissão de passagem por motivo de perda de voo o paciente ou seu responsável legal/ acompanhante arcarão com a taxa cobrada para reemissão e diferença do valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a companhia aérea, ou no caso de passagem terrestre diretamente com a empresa rodoviária correspondente.**



## 2.5 Ajuda de Custo para alimentação e pernoite

2.5.1 A concessão e o consequente pagamento da ajuda de custo estão condicionados ao laudo TFD autorizado, sendo necessária a apresentação de cópia da documentação descrita no item 2.6.2 abaixo.

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

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

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

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

2.5.5 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.

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

2.5.7 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.

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

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

2.5.10 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).

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

2.5.12 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.

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

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

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

## 2.6 Óbito

2.6.1 A responsabilidade pela contratação dos serviços em caso de óbito de pacientes assistidos pelo setor TFD interestadual será do Gestor Estadual. E em casos de óbito em TFD intermunicipal, a responsabilidade será do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

2.6.2 As despesas permitidas no caso de óbito são de preparação do corpo, urna, emolumentos cartoriais e traslado até a cidade de origem (esta sendo obrigatoriamente pertencente ao Estado do Tocantins). Despesas relativas a flores, túmulo, dentre outros, não estão contemplados pelos serviços contratados pelo TFD.

2.6.3 Nos casos de óbito em TFD interestadual, em que não for realizado contato prévio (este feito pelo assistente social do hospital/unidade onde se encontra o paciente) para solicitação dos serviços de preparo e traslado do corpo via setor TFD, esta Secretaria de Estado não se responsabilizará por ressarcimento das despesas.

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

2.7.1 As solicitações de atividade de TFD Dentro do Estado:



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

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

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

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

2.7.6 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, o 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 2.7.6, implicará em registro em



sistema interno de cadastramento da SES/Central de Regulação do registro de usuário em débito.

2.7.9 A comprovação, ainda que posterior a todos esses procedimentos, mediante a apresentação do 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 de débito, possibilitando nova concessão do TFD.

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

2.7.11 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.

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

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

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

### **3 - RESPONSABILIDADE/COMPETÊNCIAS DO GESTOR MUNICIPAL**

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

#### **3.1 Unidade Assistencial Solicitante:**

- Certificar-se da inexistência do serviço no município;
- Informar aos pacientes e interessados, a relação de documentação necessária



(item 2.7.1) para a formalização da solicitação da atividade de TFD, bem como, a tramitação necessária, os critérios normatizados, os prazos pré-estabelecidos e as atividades contempladas com o TFD;

- Emitir Laudo Médico - Formulário do TFD (modelo anexo);
- Juntar e conferir a documentação apresentada pelo paciente/acompanhante para o encaminhamento a SMS/Central de Regulação Municipal, para análise e providências;

### 3.2 SMS/Central de Regulação Municipal:

- Providenciar o agendamento do tratamento na Unidade Assistencial de referência mais próxima do Município de Origem do paciente (Dentro do Estado);
- Providenciar aquisição de passagens e, disponibilização de recursos financeiros (R\$) para o custeio de ajuda de custo para alimentação e pernoite (Dentro do Estado) para o paciente e/ou acompanhante, caso necessário;
- Em casos de não realização do procedimento/tratamento nas Unidades próprias e/ou conveniadas/contratadas pelo SUS no Estado do Tocantins, o pedido de atividade de TFD deverá ser encaminhado para o SES/Central de Regulação/Núcleo das Atividades de TFD e, no prazo de **10 (dez) dias úteis**, a SES/TO, deverá emitir Parecer Técnico quanto o deferimento ou indeferimento da atividade de TFD.
- O Pedido de TFD deverá ser encaminhado pelo Município, para análise pela SES/Central de Regulação/Núcleo de Atividades de TFD até 10 (dez) dias úteis antes da viagem a ser realizada pelo paciente/usuário.
- É de responsabilidade do paciente/acompanhante, ao retornar para o seu domicílio, a apresentação nas SMS/Central de Regulação, do 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.

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 inclusão do paciente em lista de paciente em débito.

3.2 A comprovação, ainda que posterior a todos esses procedimentos, mediante a apresentação do 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 de débito, possibilitando nova concessão do TFD.



#### 4. RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS DO GESTOR ESTADUAL:

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



## 5. PACIENTES EM GOZO DA ATIVIDADE DE TFD:

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

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

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

### Observações aos pacientes e acompanhantes:

- O Pacientes e/ou Acompanhantes deverão observar que:
- O **Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio** terá validade de 01(um) ano, caso seja necessário, deverá ser periodicamente renovado pelo médico especialista no Estado do Tocantins, com apresentação de informações que venham fundamentar a evolução e a necessidade pela continuidade do TFD em outro Estado da Federação.
  - Serão fornecidas aos paciente-acompanhantes as passagens de ônibus rodoviários comuns. O paciente/acompanhante receberá as passagens de ida e volta. Quanto à data do retorno, é de responsabilidade do paciente/acompanhante a marcação desta.
  - As passagens aéreas serão autorizadas para os casos em que o estado de saúde crítico do paciente o impeça de viajar de ônibus ou quando o trecho a ser percorrido de deslocamento, traga risco à sua saúde, segundo o **Laudo Médico**.
  - O estado crítico do paciente informado no Laudo Médico de TFD, deverá ser comprovado por laudos/resultados de exames complementares pertinentes, para análise da **SES/Central de Regulação/Gerência de TFD/Médico Regulador** de



acordo com o § 1º do artigo 4º da Portaria SAS/MS nº. 055/1999.

- As passagens aéreas serão liberadas a ida e a volta do paciente – e, em casos de solicitação no **Laudo Médico**, do acompanhante - ter conhecimento quanto à previsão do retorno. Caso, a previsão informada pelo paciente/acompanhante não seja possível, fica o paciente/acompanhante responsável pela remarcação da sua passagem e, conseqüentemente, com o ônus financeiro (R\$) quanto à remarcação junto à empresa aérea.

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

## 6. CAUSAS DE INDEFERIMENTO

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

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



## 7. INFORMAÇÕES GERAIS:

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

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

7.3 Será autorizada pela **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD**, a emissão de um traslado/passagem (ida e volta) uma vez por mês, por paciente. A exceção será analisada pela **SES/Central de Regulação Estadual/Regulação Médica**, mediante apresentação de Relatório Médico descritivo e o agendamento na Unidade Assistencial de referência, quanto à necessidade do segundo atividade de TFD no mesmo mês, para o tratamento do paciente.

7.4 Em casos de tratamento prolongado, por ocasião da renovação do **Laudo Médico**, o mesmo deverá vir acompanhado de relatório emitido pela equipe médica responsável pelo tratamento do paciente, com o relato da evolução clínica do mesmo. O laudo de TFD poderá ser renovado conforme item 2.2.7 deste manual.

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

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

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

7.8 Os casos definidos pela Portaria SAS/MS n.º 589, de dezembro de 2001,



deverão ser agendado pela **SES/Central de Regulação Estadual** junto à **MS/Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade** que informará a **SES/Central de Regulação Estadual/Gerência de TFD** a data do deslocamento, para as providências quanto à emissão dos bilhetes das passagens. Esta, à emissão dos bilhetes das passagens, fica condicionada, a autorização do procedimento pela **MS/Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade**.

7.9 No caso do deferimento de **transporte aéreo**, o município de origem do paciente responsabilizar-se-á pelo deslocamento/transporte do paciente, até o aeroporto mais próximo do município de residência do paciente, no momento da liberação das passagens aéreas, assim como pelo o retorno do paciente do aeroporto de desembarque ao município de origem.

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

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

## **8. ANEXOS**

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

**Anexo II:** Relatório de Atendimento Médico e/ou Alta (RAM)

**Anexo III:** Portaria Ministerial Nº055/1999.

**Anexo IV:** Modelo de Termo de Compromisso TFD

**RENATO JAYME SILVA**  
Secretário de Estado da Saúde



**GOVERNO DO  
ESTADO DO  
TOCANTINS**

*SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA SAÚDE*