



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DOS COMPLEXOS REGULADORES

**MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD
DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS – SC

SETEMBRO – 2013

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE-GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO

TÂNIA EBERHARDT

SECRETÁRIO ADJUNTO

ACÉLIO CASAGRANDE

SUP. DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

SUPERINTENDENTE

LISIANE TUON GENEROSO BITENCOURT

GERÊNCIA DOS COMPLEXOS REGULADORES

GERENTE

GERALDO AZZOLINI

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SC

PRESIDENTE DO COSEMS/SC

LUIZ ANTÔNIO DA SILVA

ELABORAÇÃO

Adriana Odete Honorato Ramos

Ana Rozéli Probst

Carla Marisa Tirello Pulga

Elisandra Fachim Tomasi

Geraldo Azzolini

Ivaldina Libardo

Luiz Paulo de Campos

Marcos Antônio Leal

Marli Adami Cesário Pereira

COLABORAÇÃO

Ademar José Machado Filho

Alba Sônia dos Santos

Clécio Antonio Espezim

Irã Jamur Pedro Zanin

Jocélio Voltolini

Karin Cristine Geller

INDICE

1 – APRESENTAÇÃO	04
2 – DEFINIÇÕES	05
2.1 – Do Conceito	05
2.2 – Do Pedido	05
2.3 – Da Regulação/Autorização.....	05
2.3.1 – Fluxos para Autorização/Regulação	07
2.3.1.1 – Fluxo TFD Intraestadual	07
2.3.1.2 – Fluxo TFD Interestadual	08
2.3.2 – A Comissão Regulação Estadual.....	08
2.4 – Do Tipo de Transporte	09
2.5 – Da Concessão do Benefício	09
2.6 – Da Renovação	10
2.7 – Dos Pedidos Indeferidos	10
2.8 – Do Retorno	10
2.9 – Da Alta.....	11
2.10 – Do Acompanhante.....	11
2.11 – Das Despesas	12
2.11.1 – Despesas Intraestadual.....	14
2.11.2 – Despesas Interestadual.....	14
2.11.3 – Do Reembolso.....	15
2.11.4 – Das Despesas com Óbitos	16
2.12 – Do Processamento.....	16
2.13 – Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade – CERAC.....	17
3 – COMPETÊNCIAS	18
3.1 – Gestor Estadual	18
3.2 – Gestor Municipal	19
4 – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA TFD	20
4.1 – Comprovação do Deslocamento Intermunicipal	20
4.2 – Abertura de Processo TFD Intraestadual.....	21
4.3 – Abertura de Processo TFD Interestadual	21
4.4 – Solicitação de Compra de Passagens para TFD	22
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6 – REFERENCIAS	23
7 – ANEXOS	27

1 - APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1.999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999), normatiza a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que as despesas relativas ao deslocamento de usuários deste sistema possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

O TFD visa garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, conforme site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

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 de Santa Catarina vigente desde janeiro de 2.004, em conformidade com as novas Portarias Ministeriais e as peculiaridades atuais da rede de assistência à saúde do Estado, a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), através da Gerência de Complexos Reguladores (GECOR), elaborou nova proposta de Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio.

O Manual define as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, das Gerências Regionais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, traça critérios de autorização, fluxos e rotinas relativas ao Tratamento Fora de Domicílio dos usuários do SUS no estado de Santa Catarina.

2 - DEFINIÇÕES

2.1 - Do Conceito

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade.

Este deslocamento só será autorizado via TFD, quando houver indicação de médico das unidades assistenciais vinculadas ao SUS, desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução do problema, com a possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

De acordo o Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99, fica vedada a autorização de TFD para acesso a outro Município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

2.2 - Do Pedido

A solicitação de Tratamento Fora de Domicílio deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS, mediante preenchimento do Laudo Médico, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do beneficiário.

Além do Laudo Médico, o formulário de Pedido de TFD deverá ser preenchido pelo Município do paciente e deverão ser anexados cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade na referência/Estado e também, cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (quando houver).

2.3 - Da Regulação/Autorização

Considerando as rotinas do Tratamento Fora do Domicílio no SUS estabelecidas na Portaria MS nº 055/99, definiram-se os critérios para concessão do benefício no Estado de Santa Catarina:

- a) O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado;

- b) Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
- c) O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município de referência, com horário e data definido previamente;
- d) A solicitação do TFD deverá ser prévia ao deslocamento do paciente e ser realizada por médico assistente que preste serviço em unidades assistenciais próprias e/ou vinculadas ao SUS;
- e) A autorização para o TFD contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo ao usuário e acompanhante (quando indicado pelo médico assistente), de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município/Estado e com base nos valores da Tabela SIGTAP;
- f) A presença do acompanhante em TFD só é justificada em caso do paciente encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado, exceto para menores de idade e maiores de 60 anos. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e/ou responsável legal;
- g) A referência de pacientes atendidos pelo TFD intraestadual deve ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada município, nos Termos de Garantia de Acesso de Alta Complexidade e no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) quando implementado;
- h) A regulação/autorização de transporte aéreo e/ou ambulância para paciente/acompanhante será precedida de rigorosa análise dos Gestores Municipais em TFD intraestadual, e pela Comissão Médica de Regulação Estadual em TFD interestadual, mediante justificativa técnica do médico assistente do serviço de referência;
- i) Em situações de urgência e emergência o paciente deverá ser atendido no Estado até estabilização do quadro, incluindo aqueles que possuem processo de TFD interestadual autorizado. Havendo ainda a indicação de deslocamento para outra unidade interestadual, o processo deverá ser avaliado pela Comissão Médica de Regulação Estadual;
- j) Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde;

- k) Quando houver pela SES unidades ou centros de referência na especialidade, poderá ser solicitado parecer médico do serviço justificando a necessidade de encaminhamento para fora do Estado;
 - l) O TFD/Estadual não se responsabilizará pelo atendimento e despesas decorrentes quando não houver autorização prévia;
 - m) Os tratamentos considerados de caráter experimentais, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, bem como as doenças crônico-degenerativas e inflamatórias sem especificidade terapêutica, não fazem parte do protocolo de abrangência do TFD;
- O TFD no exterior não é responsabilidade do Estado, cuja abrangência limita-se ao território nacional.

2.3.1 - Fluxos para Autorização/Regulação

2.3.1.1 - Fluxo TFD Intraestadual

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS de residência do paciente recebe a solicitação do médico assistente, analisa a PPI e agenda a consulta/procedimento para a referência. Nos casos em que o paciente irá percorrer distância superior a 50 km, deverá providenciar o processo de TFD.

A SMS deve procurar os recursos disponíveis para o tratamento das patologias cujos meios para tal se encontrem esgotados no município, obedecendo ao critério de regionalização da assistência (assistência na sua região de saúde, ou na macrorregião mais próxima, sendo a referência estadual a última opção), em conformidade com a capacidade instalada e o estabelecido na PPI ou no COAP, quando implementado.

O processo deverá ser analisado pela equipe de regulação do município, para definir o meio de transporte mais adequado ao paciente, bem como disponibilizar a ajuda de custo.

2.3.1.2 - Fluxo TFD Interestadual

Nos casos em que a oferta do serviço seja insuficiente ou inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado, devendo ser providenciado abertura de processo interestadual.

O município deverá providenciar a documentação para abertura do processo e encaminhar à Gerência Regional de Saúde (GERSA) na qual está inserido.

A GERSA analisará as solicitações, fará a conferência dos documentos e encaminhará à divisão TFD Estadual para avaliação.

O processo de TFD será analisado administrativamente, submetido à apreciação da Comissão Médica de Regulação Estadual e, caso esteja em conformidade com os critérios de autorização, será liberado/autorizado e encaminhado à GERSA para solicitação de deslocamento e pagamento da ajuda de custo. No caso do processo estar incompleto, ou for indeferido, o mesmo será devolvido à GERSA com as devidas orientações e justificativas.

A GERSA recebendo o processo de TFD autorizado deverá preencher a solicitação para deslocamento e encaminhar ao setor de Passagens do TFD Estadual para providenciar o transporte/passagens.

Quando liberado/concluído, a GERSA encaminha o processo ao município com as orientações necessárias para instruir o paciente.

Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema.

Quando avaliado e autorizado pela CERAC/SC, o processo é cadastrado no sistema on-line da CNRAC/MS sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes no País. Para procedimentos existentes no Estado, o processo será cadastrado somente após avaliação por serviço de referência na especialidade quando atestada a insuficiência e/ou indisponibilidade.

2.3.2 - A Comissão Médica de Regulação Estadual

A Comissão Médica de Regulação Estadual é composta por médicos de diversas especialidades sendo responsável pela análise técnica das solicitações de TFD.

Esta Comissão Médica pode autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares ao médico assistente, bem como solicitar parecer ou avaliação do paciente em outras Unidades que dispõem dos serviços no

Estado, avaliando também o transporte mais adequado ao estado clínico do paciente dentro dos recursos disponíveis.

2.4 - Do Tipo de Transporte

Para deslocamentos em TFD interestaduais serão fornecidas, preferencialmente, passagens de ônibus rodoviários convencionais. Em excepcionalidade, os pacientes que apresentem necessidades especiais poderão receber passagens para ônibus tipo leito.

As passagens aéreas e os deslocamentos por ambulância somente serão fornecidos para os casos em que o estado de saúde do paciente o impeça de utilizar outro tipo de transporte, quando o tempo de deslocamento traga risco a sua saúde, ou quando a distância inviabilize o transporte de ônibus rodoviário.

Estes pedidos deverão ser solicitados pelo médico assistente no laudo médico com justificativa técnica, o qual será submetido à análise por parte da equipe técnica administrativa e Comissão Médica Estadual de Regulação.

2.5 - Da Concessão do Benefício

Nos processos de TFD autorizados, a GERSA deverá encaminhar solicitação de compra de passagem, com no mínimo 20 dias de antecedência, ao Setor de Passagens TFD Estadual que as providenciará junto à empresa prestadora. O fornecimento de passagens de ida e volta será pelo meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente e também, para o acompanhante quando autorizado.

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.

O pagamento de Ajuda de Custo para alimentação e pernoite do TFD fora do Estado, segundo os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 1.230/1999, será disponibilizado pela GERSA.

Fica estabelecido o pagamento de ajuda de custo antecipada por deslocamento, não constituindo isso a obrigatoriedade da quantidade total prevista. Caberá à GERSA, complementar a ajuda de custo na medida em que receba comprovação de permanência em documento oficial da unidade executante no destino.

2.6 - Da Renovação

O processo de TFD terá validade de 01 (um) ano para atendimento dentro da mesma patologia, considerando a data do laudo médico como referência. Após esse período, se o paciente permanecer em tratamento fora do domicílio, o médico assistente de origem deverá renová-lo, justificando a necessidade da permanência em TFD.

O pedido de TFD deve permanecer o mesmo, devendo ser mantido o ano de abertura do processo e o ano de renovação.

O paciente ou seu representante legal deverá apresentar documentação exigida para nova avaliação, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios. Será necessário para renovação, anexar cópia do processo anterior autorizado.

Nos casos em que o processo é autorizado pela Comissão Médica de Regulação apenas para um deslocamento, torna-se necessário para permanência do benefício, relatório médico da unidade onde o paciente será assistido, justificando necessidade de continuidade no serviço.

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

2.7 - Dos Pedidos Indeferidos

Os Pedidos de TFD interestaduais indeferidos serão devolvidos à GERSA com justificativa, sendo que a mesma deverá encaminhar ao Município para comunicação ao paciente e encaminhamentos necessários.

2.8 - Do Retorno

Os agendamentos de retornos *intraestaduais* deverão ser efetuados pela Unidade em que o paciente foi assistido logo após o atendimento conforme indicação médica. Em alguns casos será realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde ou GERSAS, até que entrem em funcionamento as centrais de regulação.

E, os agendamentos de retornos *interestaduais* serão efetuados pela Unidade em que o paciente estiver sendo assistido mediante solicitação do médico e ou Relatório de contra referência emitida pela própria Unidade Prestadora com assinatura e carimbo do responsável.

2.9 - Da Alta

Quando da alta hospitalar, fora do estado, a Unidade que estiver assistindo o paciente deverá encaminhar relatório ao setor de passagens do TFD Estadual, para que o mesmo providencie a liberação das passagens. O Relatório de Alta poderá ser enviado por fax (48-3212 1630) ou e-mail (tfdpassagens@saude.sc.gov.br / tfd.sc.passagens@gmail.com).

Este Relatório e/ou Declaração de Alta deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção.

Quando da comprovação do término do atendimento, através do envio da Declaração de Alta pela GERSA, o setor TFD Estadual efetuará o registro e a baixa do processo.

Na alta hospitalar, dentro do estado, a Unidade deverá encaminhar Relatório e/ou Declaração de Alta à SMS de residência do paciente que será responsável pelo seu deslocamento.

2.10 - Do Acompanhante

Conforme o artigo 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, 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. A justificativa deverá ser inserida no Laudo Médico pelo médico assistente do paciente e será julgada pela Comissão Médica da Regulação Estadual.

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 60 (sessenta) anos documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e responsável legal, não podendo o mesmo residir no Município de destino.

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.

O acompanhante deverá retornar a localidade de origem em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando, a critério médico, a sua permanência for aconselhada.

Na alta do paciente se houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o setor de TFD de origem deverá providenciar o deslocamento do mesmo.

Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo em caso de morte ou doença, devidamente comprovado.

O TFD Estadual/Municipal não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante que viaje por conta própria, durante o curso do tratamento.

Os pacientes menores de idade só poderão viajar acompanhados por representante legal. Menores até 02 (dois) anos de idade poderão excepcionalmente dispor de dois acompanhantes (preferencialmente os genitores), mediante justificativa médica e após avaliação do pleito pela Equipe de Regulação.

Os pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação vigente (Portaria MS nº 280, de 07.04.1999) tendo assegurado o direito a acompanhante durante o período de internação.

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

2.11 - Das Despesas

As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), ajuda de custo para alimentação com ou sem pernoite, para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com urna, preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

Fica estabelecido que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do Estado/Município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada Município e/ou Estado, em conformidade com a sistemática operacional instituída através dos parâmetros do financiamento para TFD, bem como a disponibilidade orçamentária do Município/Estado.

O valor para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre, 20 milhas náuticas para transporte fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

O valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que tem os valores reajustados pela Portaria MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

Código	Descrição	Valor Tabela SIGTAP
08.03.01.006.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante (para Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação de paciente do TFD sem pernoite	R\$ 8,40
08.03.01.004.4	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante	R\$ 24,75
08.03.01.001.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente do TFD	R\$ 24,75
08.03.01.003.6	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente (p/Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.005.2	Ajuda de custo para alimentação de acompanhante s/pernoite	R\$ 8,40
08.03.01007.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.008.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.009.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas);	R\$ 3,70
08.03.01.011.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	R\$ 3,70
08.03.01.010.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.012.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.013.3	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)- (p/ tratamento CNRAC)	R\$ 181,50
08.03.01.014.1	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas)- (p/ tratamento CNRAC)	R\$ 181,50

Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 km de distância, bem como o pagamento de ajuda de custo a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de atendimento.

As Secretarias de Saúde, do Estado e do Município, não se responsabilizarão por despesas geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante.

Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS. A Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas.

2.11.1 - Das Despesas Intraestaduais

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de *TFD intraestaduais* é atribuída às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema SUS - SIGTAP devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos Municípios.

2.11.2 - Das Despesas Interestaduais

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de *TFD interestaduais* é atribuída à Secretaria de Estado da Saúde – SES, por meio das Gerências Regionais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema SUS – SIGTAP, devendo ser autorizada de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado através de adiantamento básico.

Os valores do adiantamento básico devem ser solicitados pelas GERSAS à GECOR.

Quando realizado a prestação de contas, referente ao adiantamento básico, o mesmo deverá ser encaminhado à Gerência de Contabilidade – GECOT, com cópia do relatório à GECOR.

2.11.3 - Do Reembolso

A SES poderá reembolsar ao paciente as despesas relacionadas à ajuda de custo, auxílio funeral (urna, traslado e preparação do corpo) e passagens nos deslocamentos interestaduais, quando:

O paciente possuir o processo de TFD autorizado previamente, em que não houver tempo hábil para formalizar a devida solicitação, comprovando a urgência, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via GERSA ao TFD/Estadual,

a) Falta de emissão de passagens pela empresa licitada, referente aos trajetos necessários para atendimento.

A avaliação do reembolso será procedida pelo TFD/Estadual mediante a apresentação dos seguintes documentos:

1) Cópia dos bilhetes (ida e volta) das passagens rodoviárias/aéreas (os valores serão avaliados com base na tabela da empresa licitada pela SES);

2) Cópia do Processo de TFD (Pedido e Laudo) devidamente autorizado no período em questão;

3) Ofício de solicitação de Reembolso e formulário de Reembolso (em anexo) assinados pelo Gerente Regional de Saúde, com justificativa dos motivos que geraram as dificuldades de pagamento;

4) Comprovante de agendamento e declaração da Unidade Prestadora informando o período de tratamento ambulatorial;

5) Cópia do CPF e dados bancários do responsável pelo recebimento (CPF/Identificação do Banco/Agência/ nº da conta corrente);

6) No caso de óbito, nota fiscal original contendo apenas urna, preparação corpo e trajeto do traslado em km (os valores serão avaliados com base nos orçamentos realizados pela SES).

Os casos não previstos serão analisados administrativamente e/ou submetidos à apreciação da Comissão Médica de Regulação Estadual.

2.11.4 - Das Despesas com óbitos

A responsabilidade pela contratação dos serviços em caso de óbito de pacientes em *TFD interestadual* será do Gestor Estadual, através da SUR. E em casos de óbito em *TFD intraestadual*, a responsabilidade será do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

As despesas permitidas no caso de óbito são de preparação do corpo, urna e traslado até a cidade de origem. Despesas relativas a flores, túmulo, emolumentos cartoriais, dentre outros, não estão contemplados pelo programa de TFD.

Nos casos de óbito em *TFD interestadual*, em que não for realizado contato prévio a contratação do serviço com a SUR, só será efetuado pagamento das despesas descritas neste Manual, mediante avaliação da equipe técnico/administrativa, e desde que o valor seja compatível aos orçamentos de serviços prestados à SES, considerando, também, que a funerária não tenha pendências junto aos órgãos públicos (negativas de FGTS, INSS, etc.).

2.12 - Do Processamento

Considerando que os valores do programa de TFD fazem parte do teto financeiro da Média e Alta Complexidade - MAC, a produção deverá ser apresentada no SIA/SUS para fins de processamento e pagamento.

Nas despesas relacionadas ao TFD Intraestadual o processamento será procedido da seguinte forma:

a) Municípios em gestão plena - devem programar a Ficha de Programação Física Orçamentária (FPO) e preencher o Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I) com especificação das despesas relacionadas aos *deslocamentos e ajuda de custo*, encaminhando o processamento diretamente ao Ministério da Saúde;

b) Municípios em gestão estadual - devem programar a FPO e preencher o BPA-I com especificação das despesas relacionadas aos *deslocamentos e ajuda de custo*, encaminhando o processamento à Gerência de Processamento - GEPRO/SES.

Quanto às despesas relacionadas aos processos de TFD *Interestaduais*, o preenchimento do BPA-I dos *deslocamentos* será de responsabilidade da GECOR, e o preenchimento do BPA-I da *ajuda de custo* será de responsabilidade das GERSAS, que deverão encaminhar à GEPRO para fins de processamento.

2.13 - Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade – CERAC

Para instituir o fluxo *interestadual* de pacientes, para execução de determinados procedimentos de alta complexidade, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alto Custo – CNRAC, pela Portaria GM/SAS n° 2.309, de 19 de dezembro de 2001.

A Central Estadual de Regulação de Alto Custo – CERAC é componente da CNRAC e pode ser solicitante e executante de procedimentos de alto custo. As informações entre as CERACs tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, desde a inclusão até alta do paciente.

Atualmente a CERAC Santa Catarina está subordinada à GECOR e atua apenas como solicitante, sendo responsável pelo cadastramento junto a CNRAC para concessão de vaga em local disponível, no território nacional.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC:

a) As solicitações para atendimento de pacientes que necessitem de Assistência de Alta Complexidade, em outro Estado, quando residirem em Estado com ausência ou insuficiência na oferta destes procedimentos;

b) Os procedimentos solicitados por profissionais médicos vinculados às instituições próprias ou credenciados no SUS/SC com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);

c) Os procedimentos cujos códigos estejam inseridos no rol da CNRAC, de acordo com a Portaria SAS/MS N° 686 de 19/12/2007.

Ainda, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERACs, em todo território nacional, foi aprovado através da Portaria SAS/MS N.º 258, de 30/07/2009, o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurocirurgia-epilepsia, oncologia, traumatologia e gastroenterologia.

No site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> é possível acessar a Legislação pertinente e obter maiores orientações técnicas.

3 - COMPETÊNCIAS

3.1 - Gestor Estadual

Cabe à SES, através das **Gerências Regionais de Saúde – GERSAS**:

a) Orientar e capacitar os municípios de sua abrangência no que tange os processos de TFD;

b) Receber os processos de TFD interestaduais dos municípios/ munícipes de sua região e encaminhar ao Setor de TFD Estadual após revisão administrativa-técnica dos critérios para autorização;

c) Efetuar os agendamentos de consultas e procedimentos *interestaduais*, quando esgotado os recursos no Estado, com exceção dos procedimentos do rol da CNRAC;

- d) Solicitar junto à SES/GECOR, os recursos financeiros, para pagamento da ajuda de custo para alimentação e pernoite para fins de *TFD interestaduais* autorizados, tanto para o paciente quanto para acompanhante (quando houver);
- e) Realizar prestação de contas dos recursos financeiros (do adiantamento básico) à SES/GECOT com cópia do relatório à GECOR;
- f) Emitir o Boletim de Produção Ambulatorial Individual – BPA-I das despesas de ajuda de custo;
- g) Realizar abertura de processo para solicitação de reembolso dos processos de TFD Interestaduais;
- h) Manter arquivo dos processos de TFD.

Cabe à SES, através do **TFD Estadual**, subordinado à Gerência dos Complexos Reguladores e à Superintendência dos Serviços Especializados e Regulação:

- a) Analisar as solicitações de *TFD Interestadual*;
- b) Disponibilizar deslocamentos em *TFD interestadual* autorizado tanto para o paciente, quanto para o acompanhante (quando houver);
- c) Orientar e capacitar as GERSAS no que se refere ao programa de TFD;
- d) Efetuar inclusão dos procedimentos de Alta Complexidade disponibilizados na CNRAC;
- e) Emitir o BPA-I relacionado aos deslocamentos em TFD Interestaduais;
- f) Realizar a análise dos pedidos de reembolso dos processos em TFD Interestadual e encaminhar à Superintendência de Gestão Administrativa - SGA.

Cabe à SES, através da **Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação - DIPA**, subordinada a Superintendência de Planejamento e Gestão - SUG:

- a) Programar as despesas com TFD definindo a fonte de recursos;
- b) Apresentar no SIA/SUS (via BPA-I) os serviços produzidos pelo TFD;
- c) Revisar a PPI do TFD.

Cabe à SES, através da **Gerência de Contabilidade - GECOT** subordinada à Superintendência de Gestão Administrativa – SGA:

- a) Repassar recursos financeiros às GERSAS conforme programação orçamentária, para as despesas em TFD interestaduais;
- b) Realizar a conferência da prestação de contas referente ao adiantamento básico para as GERSAS.

3.2 - Gestor Municipal

Cabe às Secretarias Municipais de Saúde, definido seu teto para o TFD:

- a) Prover os recursos orçamentários necessários para funcionamento do programa do TFD nos deslocamentos *intraestaduais*, garantido ao usuário (paciente e acompanhante, se for o caso) o transporte e a ajuda de custo;
- b) Analisar os processos de TFD com base na PPI e em conformidade com as rotinas explicitadas no Manual;
- c) Manter arquivo dos processos de TFD;
- d) Programar a FPO (ficha de programação orçamentária);
- e) Preencher o BPA-I e encaminhar para o processamento.

4 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA TFD

Conforme Art. 2º da Portaria SES/SC nº 808 de 31/07/2009, os formulários, bem como todos os documentos de solicitação de exames e de procedimentos deverão conter:

- a) Preenchimento pelo próprio profissional solicitante;
- b) Letra legível e clareza nos termos;
- c) Integralidade de preenchimento de todos os campos, inclusive a descrição e a codificação do exame/procedimento em conformidade com a tabela do Ministério da Saúde (SIGTAP),
- d) Descrição detalhada dos sinais e sintomas clínicos do paciente para justificar a referida solicitação;
- e) Explicitação da hipótese diagnóstica;
- f) Identificação, com Registro nos respectivos Conselhos e assinatura do profissional solicitante;

A referida portaria está disponível no portal da SES: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=512&Itemid=343.

4.1 - Comprovação do deslocamento Intermunicipal

Para comprovação dos deslocamentos Intermunicipais e calculo das unidades de remuneração para fins de preenchimento de BPA-I, será necessário roteiro de viagem que conste os seguintes dados: data da viagem, dados do veículo, condutor, município de origem, nome do paciente, destino, descrição do procedimento e assinatura do paciente, juntamente com:

- a) Processo de TFD ou;
- b) Solicitação médica e/ou comprovante de agendamento (consulta/exame/procedimento).

4.2 - Abertura de Processo TFD Intraestadual

Para abertura de processo para TFD Intraestadual são necessários os seguintes formulários e documentos:

a) Pedido de TFD (uma via): formulário a ser preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde com os dados pessoais do paciente que deverá conter a assinatura do Gestor Municipal.

b) Laudo Médico TFD Intraestadual (uma via): formulário a ser preenchido pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS. Nele deverá ser preenchido além dos dados pessoais do paciente, o histórico da doença, o diagnóstico provável, os tratamentos realizados, a indicação do procedimento a ser realizado, a justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, o tipo de transporte, a necessidade de acompanhante, dentre outros. Deverá ser digitado ou em letra legível, datado, carimbado e assinado.

- c) Cópia de Exames Complementares;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- e) Cópia de RG (Carteira de Identidade) e do CPF;
- f) Cópia da certidão de nascimento em caso de menor idade que não possua RG.

Quando se tratar de solicitação de EXAME, será necessário anexar o pedido preenchido em formulário compatível e descrito na tabela SIGTAP como BPA-I ou APAC.

4.3 - Abertura de Processo TFD Interestadual

Para abertura de processo para TFD Intraestadual são necessários os seguintes formulários e documentos:

a) Pedido TFD (uma via): formulário a ser preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde com os dados pessoais do paciente que deverá conter a assinatura do Gestor Municipal e da Gerência Regional de Saúde. Nele a Comissão Médica da Regulação Estadual emite parecer quanto à solicitação do TFD (indeferido/autorizado/inconclusivo e justificativa).

b) Laudo Médico TFD Interestadual (uma via): formulário a ser preenchido pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS. É semelhante ao Laudo Médico TFD Dentro do Estado, porém deverá conter dados adicionais do paciente como caracterização de eventual urgência, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justifiquem internação, estado nutricional, avaliação clínica geral, tipo sanguíneo, dentre outros.

c) Cópia de Exames Complementares;

d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde – CNS;

e) Cópia de RG (Carteira de Identidade) e Cópia do CPF;

f) Comprovante de agendamento futuro (SUS), com exceção dos procedimentos da CNRAC.

4.4 - Solicitação de Compra de Passagens para TFD

Para disponibilização do benefício de deslocamento interestadual deverá ser encaminhada solicitação com no mínimo 20 dias de antecedência ao Setor de TFD/Estadual, com a documentação específica para cada tipo de transporte:

a) **Passagem Rodoviária:**

✓ Cópia do processo de TFD autorizado (Pedido de TFD e Laudo Médico);

✓ Cópia do comprovante de Agendamento;

✓ Requisição de passagem preenchida (letra legível) e assinada (nas 03 vias originais) pelo responsável do TFD/ Gerência Regional de Saúde. Não é necessário colocar a data de retorno;

- ✓ Termo de Compromisso – Passagem Rodoviária;
- ✓ Formulário com informações necessárias para compra de passagens (cartão nacional do SUS).

b) Passagem Aérea

- ✓ Processo de TFD autorizado (Pedido de TFD e Laudo Médico);
- ✓ Cópia do comprovante de Agendamento;
- ✓ Requisição de passagem preenchida (letra legível) e assinada (nas 03 vias originais) pelo responsável do TFD/Gerência Regional de Saúde. É necessário colocar a data de ida e data de retorno;
 - ✓ Termo de Compromisso – passagem aérea;
 - ✓ Cópia de documento de identidade do paciente e acompanhante;
 - ✓ Justificativa médica atual para necessidade de passagem aérea;
 - ✓ Formulário com informações necessárias para compra de passagens (cartão nacional do SUS).

Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme as peculiaridades abaixo relacionadas:

- ✓ Pacientes tetraplégicos que vão para o Hospital Sarah de Brasília necessitam de declaração médica que não possuem escaras;
- ✓ Pacientes encaminhados ao Hospital Amaral Carvalho em Jaú/SP e que realizaram transplante de medula óssea a menos de 01 ano, poderá ser solicitado passagem mediante retorno com alta hospitalar;
- ✓ Solicitação de passagem com alta hospitalar necessário preenchimento de duas requisições comprovando que o paciente ficará internado.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As situações não previstas na normatização do presente Manual serão avaliadas individualmente pela Secretaria Estadual de Saúde, por equipe técnico/administrativa e/ou Comissão Médica da Regulação Estadual para concessão do benefício.

6 - REFERENCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990.** Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.** Estabelece a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1.999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999.** Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Brasília, 1.999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999.** Aprova a Implantação no SIA/SUS, a Tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos e estabelece que os procedimentos incluídos na tabela do SIA/SUS, pertencentes ao grupo 08- Cirurgias Ambulatoriais Especializadas e ao grupo 21- Próteses e Órteses, somente poderão ser realizados e cobrados a partir de regulamentação específica a ser emitida pela Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1.999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001.** Institui a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC. Brasília, 1.999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 589, de 27 de dezembro de 2001.** Implementa a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC, orientando aos fluxos e diretrizes de operacionalização. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 505, de 12 de agosto de 2002.** Implementa a atuação da CNRAC no âmbito ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do Grupo 26 – Hemodinâmica. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 567, de 13 de outubro de 2005.** Define a responsabilidade sobre as séries numéricas das autorizações de Internação Hospitalar – AIH e das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC. Define a série numérica da CNRAC - AIH e APAC. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 210, de julho de 2005**. Define e determina as diretrizes da Política Nacional de Cardiologia, exclusão, inclusão e substitui procedimentos da Tabela de Procedimentos SUS - SIH e SIA. Brasília, 2005

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 756, de 27 de dezembro de 2005**. Define e determina as diretrizes da Política de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Neurologia. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 757, de 27 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a mudança de característica e financiamento do procedimento de Radiocirurgia Estereotáxica, tirando do âmbito da Tabela de Procedimentos Hospitalares - SIH e inserido na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais – SAI. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 686, de 19 de dezembro de 2007**. Estabelece na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS o elenco de procedimentos da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC, conforme descrito no anexo desta Portaria. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 258, de 30 de julho de 2009**. Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional. Brasília, 2009.

_____. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2008** (Recurso eletrônico). Florianópolis: IOESC, 2008. 128 p.: Il.

_____. Santa Catarina. **Portaria SES/SC nº 808 de 31 de julho de 2009**. Institui os formulários de solicitação de exames e procedimentos junto ao SUS, bem como estabelece critérios de preenchimento e dá outras providências. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único

de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 01, de 29 de setembro de 2011.** Estabelece diretrizes gerais para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2001. Brasília, 2009.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 457, de 08 de novembro de 2012.** Aprova a nova configuração e a denominação das 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 458, de 08 de novembro de 2012.** Aprova As Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina e sua configuração. Santa Catarina, 2012.

7 - ANEXOS



PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

MUNICÍPIO DE ORIGEM:			REGIONAL DE SAÚDE:		
Nº Cartão do SUS:			PEDIDO Nº		DATA:
Nome Paciente:			Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Município de Nascimento:			UF:
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Altura: (centímetros)		Peso: (gramas)		
Endereço:			Nº	Bairro	
Município:		Complemento:		CEP:	UF:
E-mail:		Telefone:		Telefone Celular:	
Identidade:		Órgão Emissor:	UF:	Data	da Expedição: ____/____/____
CPF:		Certidão de Nascimento: (Anexar Cópia)			
PACIENTE: <input type="checkbox"/> 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)					
TFD REGIONAL JUSTIFICATIVA: _____ Secretaria Municipal de Saúde _____ Coordenadoria Regional de Saúde					
PARECER DA COMISSÃO MÉDICA DE REGULAÇÃO: <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO JUSTIFIQUE: _____ Comissão Médica / Data _____ Servidor/Carimbo/Matrícula					
OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.					

ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/SC

I – OS PROCESSOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO SUS;

II – DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM LETRA LEGÍVEL.

• Nº DO CARTÃO DO CNS
SE O PACIENTE POSSUIR SERÁ FORNECIDO PELA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, SE AUTORIZADO O PROCESSO.

• DATA
REFERE-SE A DATA DE ABERTURA DO PROCESSO.

• DADOS DO PACIENTE
PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ITENS.

• AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E GERENTE REGIONAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS POR ESTES JUNTO ÀS REGIONAIS DE SAÚDE E SETOR ESTADUAL DE TFD RESPECTIVAMENTE.

OBS: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO.

• JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
JUSTIFICATIVA CLÍNICA CONSTANDO:
- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA, EXAME CLÍNICO, TRATAMENTO JÁ REALIZADO, COM REFERÊNCIAS CRONOLÓGICAS;
- EXAMES DE RELEVÂNCIA REALIZADOS ANTERIORMENTE/ ANEXAR XEROX;
- OBJETIVO DO TRATAMENTO SOLICITADO.

• MÉDICO SOLICITANTE (DATA/CARIMBO/ASSIS. /CRM/CPF DO MÉDICO)
IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO MÉDICO SOLICITANTE – DATA DE EMISSÃO DO LAUDO.

• AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS
QUANDO SOLICITADO TRATAMENTO DENTRO DO ESTADO SERÁ AUTORIZADO PELAS GERÊNCIAS DE SAÚDE;
QUANDO AUTORIZADO TRATAMENTO FORA DO ESTADO SERÁ AUTORIZADO PELA COMISSÃO MÉDICA DE REGULAÇÃO/SES.

REAVLIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO:

SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____	DESTINO: _____	CÓDIGO: _____
MOTIVO: _____			
DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) _____	CRM ____	



LAUDO MÉDICO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
INTERESTADUAL

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	TIPO SANGUÍNEO:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:	
CARÁTER DO ATENDIMENTO : () HOSPITALAR <input type="checkbox"/> URGÊNCIA () AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ELETIVO			
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO SOLICITADO (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):			
4 – PRINCIPAIS RESULTADOS/EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO/CONSULTA:			
7 – DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:			

<p>CLASSE FUNCIONAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (NYHA) (OBRIGATÓRIO CNRAC) – FUNÇÃO VENTRICULAR (OBRIGATÓRIO CNRAC) - PADRÃO RESPIRATÓRIO -</p> <p>FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA -</p> <p>ESTADO NEUROLÓGICO SUMÁRIO -</p>		
<p>8 – MEDICAMENTOS EM USO E DOSE (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):</p>		
<p>9 – ESTADO NUTRICIONAL (IMC E OUTROS):</p>		
<p>10 – CARACTERIZAÇÃO DE EVENTUAL URGÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:</p>		
<p>11 – HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL SIGNIFICATIVA, ESPECIALMENTE QUANTO AO USO E ALERGIA A MEDICAMENTOS, BEM COMO ALERGIA A CONTRASTES ANESTÉSICOS E ANTI-SÉPTICOS:</p>		
<p>12 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAMES NA LOCALIDADE:</p>		
<p>13 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:</p>		
<p>14 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: EM CASO DE TRANSPORTE AÉREO E AMBULÂNCIA, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA.</p> <p><input type="checkbox"/> RODOVIÁRIO () <input type="checkbox"/> AÉREO () <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA () CARRO CONVENCIONAL ()</p> <p>JUSTIFIQUE:</p>		
LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:
CPF:	Nº CNES:	ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:

OBS: O LAUDO DEVE SER PREENCHIDO COM LETRA LEGÍVEL E CLAREZA DOS TERMOS, CONFORME PORTARIA SES 808 DE 31/07/2009. NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DA PORTARIA, O PROCESSO PODERÁ SER DEVOLVIDO PARA AJUSTES.



LAUDO MÉDICO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
INTRAESTADUAL

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:	
CARÁTER DO ATENDIMENTO () HOSPITALAR <input type="checkbox"/>		URGÊNCIA () AMBULATORIAL <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ELETIVO	
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA:			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO:			
4 – EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S): ANEXAR CÓPIA(S)			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – PROCEDIMENTO/TRATAMENTO SOLICITADO:			
7 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/ EXAME NA LOCALIDADE:			
8 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:			
9 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: (JUSTIFICAR)			
<input type="checkbox"/> RODOVIÁRIO () <input type="checkbox"/> AÉREO () AMBULÂNCIA () CARRO CONVENCIONAL ()			
JUSTIFIQUE:			

LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:	
CPF:		ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:	

OBS: O LAUDO DEVE SER PREENCHIDO COM LETRA LEGÍVEL E CLAREZA DOS TERMOS, CONFORME PORTARIA SES 808 DE 31/07/2009. NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DA PORTARIA, O PROCESSO PODERÁ SER DEVOLVIDO PARA AJUSTE



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE “

Of. xxxx/aa

Local e data.

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos pagamento a título de reembolso de ajuda de custo referente ao paciente cadastrado no Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD:

Paciente: nome do paciente / acompanhante;

Período: (dd/mm/aa a dd/mm/aa);

Valor: R\$

O depósito deverá ser efetuado conforme os dados bancários abaixo:

NOME:

CPF:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA (COM DIGITO):

BANCO:

Informamos que os valores foram conferidos pelo setor de tratamento fora do domicílio desta Gerência, com base na documentação anexa, como bilhetes de passagens e comprovantes de agendamento do paciente na unidade hospitalar.

Justificar o motivo pelo qual o paciente não recebeu o recurso: “ ”

Atenciosamente,

Gerente de Saúde
Carimbo e assinatura

Ilmo Sr.
Gerente de Complexos Reguladores

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PARA OS PACIENTES
CADASTRADOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Data do Agendamento:	
Período (data) de Permanência Ambulatorial:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$
Transporte utilizado no deslocamento:	
Data da Internação (se houver):	
Período (data) de internação:	

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Período (data) de Permanência:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$

INFORMAÇÕES REFERENTE AO EMPENHO:

Data do empenho anterior:
Data do fechamento da prestação de contas:
Data da nova solicitação:

Gerente de Saúde

Carimbo/assinatura

Responsável pelo TFD

Carimbo/assinatura



FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A COMPRA DAS PASSAGENS PARA DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE PACIENTES E ACOMPANHANTES QUE DEVERÁ SER ANEXADO A CADA SOLICITAÇÃO DE PASSAGENS.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome Completo:
CNS:
Data do Nascimento:
Sexo:
Raça:
Município de Residência:
Código do IBGE do Município:

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE (Doador)

Nome Completo:
CNS:
Data do Nascimento:
Sexo:
Raça:
Município de Residência:
Código do IBGE do Município:

Gerencia de Saúde

Carimbo / Assinatura

Responsável pelo TFD

Carimbo / Assinatura



REQUISIÇÃO DE PASSAGEM

		Nº
ORGÃO REQUISITANTE		
Autorizamos XXXXX à (ao) fornecimento, de XX (XXXX), passagem(ns): () AÉREA (S) () TERRESTRE(S) () MARÍTIMA(S), em nome do(s) abaixo:		
NOME DO PASSAGERIO	FUNÇÃO E MATRÍCULA	TRECHO
Nome do Paciente Nome do Acompanhante Processo: nº. XXXXX Data da Viagem: XXXXXX	Paciente Acompanhante	XXX/XXXX/XXXX
Informamos, nesta oportunidade, que existe verba para o pagamento da(s) passagem(ns) requisitada(s) pela presente.		
LOCAL E DATA XXXXXXXX, XX/XX/XXXX	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	



TERMO DE COMPROMISSO - PASSAGENS RODOVIÁRIAS

Eu,.....

...,

(NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

me comprometo a retirar os bilhetes de passagens referentes ao agendamento para o dia na data....., solicitados por esta Gerência de Saúde.

DATA DA CONSULTA/CIRURGIA

Estou ciente de que a não retirada dos referidos bilhetes na data aprazada, os mesmos serão devolvidos ao Setor de TFD Estadual, sem direito a restituição de custos financeiros que vir a ter com qualquer outro tipo de transporte.

_____, ____/____/____
REGIONAL DE SAÚDE

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TFD



TERMO DE COMPROMISSO - PASSAGENS AÉREAS

Eu,.....

...,

(NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

portador do documento de identidade nº, sou responsável pela solicitação de passagens aéreas feita à Secretaria de Estado da Saúde - SES. Estou ciente que o agendamento apresentado para na data é original.

CONSULTA/CIRURGIA/RETORNO

DIA/MÊS/ANO

Como também, solicito o retorno para

DIA/MÊS/ANO

Estou ciente que se for necessário trocar o dia estipulado no bilhete para o retorno, terei de cobrir os custos da taxa adicional exigida pelas empresas aéreas, e que a não retirada dos referidos bilhetes na data apazada, os mesmos serão devolvidos ao Setor de TFD Estadual, sem direito a restituição de custos financeiros que vir a ter com qualquer outro tipo de transporte.

_____, ____/____/____
REGIONAL DE SAÚDE

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TFD

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	TOT.
423-5	0,00	0,00	100,00	
425-1	0,00	0,00	3,00	
427-8	0,00	0,00	2,00	
428-6	0,00	0,00	10,00	
429-4	0,00	0,00	30,00	
437-5	0,00	0,00	5,00	
441-3	0,00	0,00	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