



**ESTADO DA PARAIBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERENTE EXECUTIVO DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**  
**GERENTE OPERACIONAL DO COMPLEXO REGULADOR**

**MANUAL NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO**  
**DOMICÍLIO - TFD**  
**DO ESTADO DA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA - PB**  
**AGOSTO**  
**2018**

**GOVERNADOR**  
RICARDO VIEIRA COUTINHO

**VICE-GOVERNADOR**  
LIGIA FELICIANO

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
CLAUDIA LUCIANA SOUSA MASCENA VERAS

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**  
MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA

**GERENTE EXECUTIVO DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**  
SELDA GOMES DE SOUSA

**GERENTE OPERACIONAL DO COMPLEXO REGULADOR**  
LUCIANA SUASSUNA DUTRA ROSA

**GERÊNCIA OPERACIONAL DE AUDITORIA**  
JOSÉLIO GONÇALVES DE OLIVERA

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**  
RITA DE CASSIA ARAÚJO BRITO

**ELABORAÇÃO**

RITA DE CASSIA ARAÚJO BRITO

**(COORDENADORA DO TFD / PB)**

IVANILDO LIMA BRASILEIRO

**ASSESSORIA TÉCNICA DO GABINETE DA SECRETÁRIA (GOAUD)**

## 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.....	10
2.10 – Do Acompanhante.....	11
2.11 – Das Despesas .....	12
2.11.1 – Despesas Intraestadual .....	13
2.11.2 – Despesas Interestadual .....	13
2.11.3 – Do Reembolso .....	14
2.11.4 – Das Despesas com Óbitos.....	15
2.12 – Do Processamento.....	15
2.13 – Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade – CERAC .....	16
3 – COMPETÊNCIAS.....	17
3.1 – Gestor Estadual .....	17
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.....	24
7 – ANEXOS .....	29

## **APRESENTAÇÃO**

A Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba, em cumprimento ao § 1º do artigo 5º da Portaria SAS/MS nº 055/1999 elaborou o Manual de Normatização do Setor Tratamento Fora de Domicílio.

O TFD se conforma como um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no seu município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

Através do TFD é possível promover uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde referenciada em outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Este Manual, portanto, traça as diretrizes para os gestores Municipais e Estadual administrarem os procedimentos de Tratamento Fora de Domicílio através de uma política única, tendo como metas à garantia de acesso integral de forma humanizada e equânime.

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

Este é mais um instrumento de gestão, trabalhado pelas gerências executivas da SES-PB, que visa garantir a todos os cidadãos paraibanos mais saúde, com responsabilidade e integralidade.

***Claudia Veras***  
Secretaria de Estado da Saúde

## INTRODUÇÃO

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 usuário de um município a serviços assistenciais de outro município, com base nos códigos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS, conforme site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

As despesas abrangidas por esse benefício são aquelas relativas a transporte (aéreo e terrestre), diárias para alimentação e, quando necessário, pernoite para paciente e acompanhante, sendo certo ainda que abrange também as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD. Entretanto, se o paciente e seu acompanhante retornarem ao município de origem no mesmo dia, serão conferidas, apenas, a passagem e a ajuda de custo para alimentação.

Destina-se a permitir o fluxo dos pacientes que necessitem de assistência médica hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva, por isso a necessidade de organização dos fluxos de encaminhamentos de acordo com a proposta de regionalização estadual.

Não obstante a relevância deste programa para garantir a todos os cidadãos o direito à saúde e o acesso universal aos serviços de saúde, os gestores estaduais e Municipais devem realizar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde em seus territórios, visando atender aos usuários o mais próximo possível de sua residência.

## DEFINIÇÕES

### 1.1 - DO CONCEITO

O Tratamento Fora de Domicílio consiste em um benefício disponibilizado pelo sistema único de saúde para o deslocamento e ajuda de custo ao usuário (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS, que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar de média ou alta complexidade, fora de seu território. Fica vedada, portanto, de acordo com o Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99, a autorização de TFD para acesso a outro Estado para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

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.

Na prática, o paciente que necessitar do TFD deve ser encaminhado pelo médico assistente, das unidades vinculadas ao SUS, que irá preencher Laudo Médico específico do TFD, que deverá estar acompanhado de cópias de exames que comprovem a patologia, e ser encaminhado à comissão médica nomeada pelo gestor municipal/estadual para aprovação através de processo formal, após análise da documentação a comissão médica avaliadora, poderá solicitar exames que melhor especifique o estado atual de saúde do paciente. Isto é, o TFD só será autorizado quando esgotada todas as possibilidades de tratamento no próprio município/Estado do usuário. Os novos pacientes de transplante de rins, fígado e córneas, serão encaminhados por um médico da rede pública de onde reside para outro centro especializado dentro do Estado, tendo como referência as cidades de João Pessoa, Campina Grande e Sousa (ver anexo ofício 148/2017 – Central de Transplante da Paraíba). Quando se tratar de Transplantes Pediátricos de Fígado e Rim, os usuários serão encaminhados para outros Estados da federação, uma vez que a Paraíba só realiza transplantes de usuário adultos.

De acordo com o Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/1999 fica vedada a autorização de TFD para acesso a outro Estado para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no piso da Atenção Básica/PAB.

## 2.2 - DO PEDIDO

### 2.2.1 - O QUE É PRECISO PARA OBTER O TRATAMENTO?

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

Laudo médico, próprio do TFD, devidamente preenchido pelo médico solicitante (médico assistente do município), onde será informada a necessidade do usuário realizar o tratamento fora de sua cidade. O laudo deverá ser preenchido em 03 (três) vias, digitado ou letra de forma, no qual deverá ficar bem caracterizada a situação clínica do usuário.

Além do Laudo Médico, o formulário de Pedido de TFD deverá ser preenchido pela Gerência Regional de Saúde a qual o município de residência do usuário está inserido, e deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolutividade referência / Estado e também, cópias dos documentos pessoais do usuário e do acompanhante (quando houver).

Este laudo será encaminhado à Coordenação do TFD do Estado onde será avaliado por equipe médica especializada, sendo este realizado na localidade mais próxima de origem do usuário.

Compete ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento, de acordo com o caso e as condições do usuário. No entanto, a Comissão Médica Avaliadora TFD/PB poderá indeferir ou deferir, depois de analisada a justificativa apresentada. A autorização de acompanhante que não seja imprescindível, não poderá ser autorizada em razão de não haver amparo legal que justifique a despesa.

## 2.3 - DA REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

<b>QUANDO O TFD PODE SER AUTORIZADO</b>	
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 Paraíba:	
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>a)</b> O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado; <b>b)</b> Será concedido, exclusivamente, ao usuário atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada	<b>a)</b> Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS; <b>b)</b> Tratamento para fora do país; <b>c)</b> Para pagamento de diárias a usuário durante o tempo em que estiverem

ou contratada do SUS;

**c)** Somente para municípios referência com distâncias superior a 50 Km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo;

**d)** O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município de referência, com horário e data definido previamente, através do agendamento, conforme as regras da unidade de tratamento.

**e)** A solicitação do TFD deverá ser prévia ao deslocamento do usuário e ser realizada por médico assistente que preste serviço em unidades assistenciais próprias e/ou vinculadas ao SUS;

**f)** 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 S;

**g)** A presença do acompanhante em TFD só é justificada em caso de usuário encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado, **essa justificativa deve ser realizada pelo médico assistente do usuário**, 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;

**h)** A referência de usuário 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 - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP (Decreto Federal nº 7.508/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/199, e Deliberação CIT 02 / 2011) quando implementado;

**i)** A regulação / autorização de transporte aéreo e terrestre para usuário / acompanhante será precedida de rigorosa análise dos Gestores Municipais em TFD intraestadual, e pela Comissão Médica Avaliadora em TFD interestadual, mediante justificativa clínica / técnica do médico assistente do serviço de referência;

**j)** Em situações de urgência e emergência o usuário 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 Avaliadora;

**k)** Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do

hospitalizados no município de destino, exceto o acompanhante;

**e)** Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a mudança de domicílio ou longa permanência no local do tratamento;

**f)** Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada - PPI dos municípios a referência de usuário em Tratamento Fora de Domicílio. O município só poderá encaminhar o paciente para tratamento em outro município, caso haja pactuação na PPI;

**g)** Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.



<p>Ministério da Saúde;</p> <p><b>l)</b> 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;</p> <p><b>m)</b> O TFD / Estadual não se responsabilizará pelo atendimento e despesas decorrentes quando não houver autorização prévia;</p> <p><b>n)</b> 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;</p>	
<p><b>O TFD NO EXTERIOR NÃO É RESPONSABILIDADE DO ESTADO, CUJA ABRANGÊNCIA LIMITA-SE AO TERRITÓRIO NACIONAL.</b></p>	

### 2.3.1 - FLUXOS PARA AUTORIZAÇÃO/REGULAÇÃO

#### 2.3.1.1 - FLUXO TFD INTRAESTADUAL

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS de residência do usuário recebe a solicitação do médico assistente, analisa a PPI e agenda a consulta/procedimento para a referência. Nos casos em que o usuário 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 **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP**(Decreto Federal nº 7.508/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/199, e Deliberação CIT 02 / 2011), quando implementado.

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

#### 2.3.1.2 - FLUXO TFD INTERESTADUAL

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

O usuário deverá providenciar a documentação para abertura do processo junto à Secretaria Municipal de Saúde e este encaminhar à Gerência Regional de Saúde na qual está inserido.

A Gerência Regional de Saúde analisará as solicitações, fará a conferência dos documentos e encaminhará à Coordenação do TFD Estadual através do Protocolo/SES/PB para abertura de Processo e posterior avaliação, segundo os fluxos de encaminhamentos e providências.

O processo de TFD será analisado administrativamente em um prazo de até 30 dias, submetido à apreciação da Equipe do Complexo Regulador Estadual, caso esteja em conformidade com os critérios de autorização, será emitido parecer técnico e encaminhado à Coordenação do TFD. No caso de haver inconformidades no processo, ou seja, indeferido, o mesmo deverá ser informado a Gerência Regional de Saúde, que tomará providências através do TFD/Regional para o município e usuário tenham ciência do parecer, só então deverá ser arquivado no setor, para o caso de ser solicitado, será disponibilizado cópia do parecer da comissão médica para conferência pelo usuário ou município.

Quando liberado/concluído, a Coordenação do TFD/PB encaminhará informações a Gerência Regional de Saúde com as orientações necessárias para instruir o usuário, devendo também deixar o município ciente do deferimento e providências seguintes a serem tomadas.

Para os casos de inclusão na **Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - 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 **Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade da Paraíba - CERAC/PB**, 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 AVALIAÇÃO ESTADUAL**

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

Esta Comissão poderá autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares ao médico assistente, bem como solicitar parecer ou avaliação do usuário em outras Unidades que dispõem dos serviços no Estado, avaliando também o transporte mais adequado ao estado clínico do usuário 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, aos usuários que apresentem necessidades especiais poderão receber passagens para ônibus tipo leito, sendo feito o seu ressarcimento no caso de transportes rodoviários regulares.

As passagens aéreas somente serão fornecidas para os casos em que o estado de saúde do usuário 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 clínica/técnica, o qual será submetido à análise por parte da equipe técnica administrativa e pela Comissão Médica Estadual de Avaliação.

## **2.5 - DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO**

Nos processos de TFD autorizados, as Gerências Regionais de Saúde deverão encaminhar a solicitação de compra de passagem, com no mínimo 20 dias de antecedência, ao Setor de Passagens da Coordenação do 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 usuário e também, para o acompanhante quando autorizado.

Caso ocorra a reemissão de passagem por motivo de perda de voo, sem justificativa, o usuário 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. Nos casos justificados da perda do voo, serão submetidos aos critérios e análise do TFD.

O benefício de concessão de Ajuda de Custo para alimentação e pernoite do TFD fora do Estado, serão pagos de acordo com a tabela e procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 1.230/1999,

Fica estabelecido o pagamento de ajuda de custo antecipada por deslocamento, não constituindo isso a obrigatoriedade da quantidade total prevista. Caberá à Coordenação do TFD providenciar ajuda de custo mediante o documento oficial da unidade executante no destino que comprovem a permanência do usuário.

## **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 usuário 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 usuário ou seu representante legal deverá apresentar documentação exigida para nova avaliação, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios. Será necessário para renovação.

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

Conforme os serviços forem disponibilizados/habilitados no Estado, a Comissão Médica de Avaliação 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 informados através de e-mail, com envio do parecer da Equipe Médica Avaliadora, pelo Serviço Social do TFD a Gerência Regional de Saúde a qual pertence o usuário, que dará ciência ao usuário solicitante, bem como a secretaria municipal de saúde de origem do usuário.

## **2.8 - DO RETORNO**

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

Os agendamentos de retornos *interestaduais* serão efetuados pela Unidade em que o usuário estiver sendo assistido mediante solicitação do médico e ou do Relatório de Contra Referência emitida pela própria Unidade Prestadora com assinatura e carimbo do responsável.

## **2.9 - DA ALTA**

Quando da alta hospitalar e/ou ambulatorial, fora do Estado, a Unidade que estiver assistindo o usuário deverá informar a Coordenação do TFD Estadual, para que seja providenciada a liberação das passagens.

O Relatório de Alta, Declaração de Comparecimento, Cópias de Exames e Comprovantes de Embarque, deverão ser encaminhados ao TFD via abertura de Processo para arquivo e análise continuada do benefício, caso venha necessitar.

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 unidade de tratamento, o setor TFD Estadual efetuará o registro e a baixa do processo.

## **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 usuário se deslocar desacompanhado. A justificativa deverá ser inserida no Laudo Médico pelo médico assistente do usuário e será julgada pela Comissão Médica de Avaliação 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 o usuário é o próprio lactente) e portadores de deficiência física ou mental, por dificuldades em auxiliar o usuário, não poderão ser acompanhantes de usuários em TFD.

O acompanhante poderá retornar à localidade de origem em casos de óbito na família, prolongada internação do usuário, causando fadiga física e emocional através de relatório médico da equipe que acompanha o paciente na unidade de tratamento, será avaliado caso a caso pela intervenção realizada, podendo ser substituído por outro acompanhante, salvo quando, a critério médico, a sua permanência não for mais necessária.

Na alta do usuário 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.

O usuário menor de idade só poderá viajar acompanhado 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.

O usuário maior de 60 (sessenta) anos poderá viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação vigente (Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Anexo 2 do Anexo XI- Origem: PRT MS/GM 280/1999) tendo assegurado o direito a acompanhante durante o período de internação.

Nos casos em que um usuário estiver usufruindo o benefício do TFD para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro usuário 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 usuário 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 usuário 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 usuário do TFD	R\$ 24,75
08.03.01.003.6	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de usuário (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 usuário 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 usuário 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 usuário por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.013.3	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de	R\$ 181,50

	acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)- (p/ tratamento CNRAC)	
08.03.01.014.1	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de usuário 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 usuário 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 usuário e/ou acompanhante.

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

A Secretaria Estadual, através das TFD Regional 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 intraestadual* 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 interestadual* é atribuída à Secretaria de Estado da Saúde – SES, por meio de controle da Coordenação do TFD/PB. Que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema SUS – SIGTAP, devendo ser autorizada de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado através de transferência bancária.

Os valores da Transferência Bancária devem ser solicitados pela Coordenação do TFD/PB à Gerência de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde (GEFIN/PB), através dos documentos relacionados nos anexos 11,12,13,14 assinados pelo USUÁRIO conforme fluxo a seguir:

◆ O USUÁRIO encaminhará os referidos documentos através de abertura de Processo. Este envio deverá ser feito pelo TFD REGIONAL a qualquer dia, salvo os casos de



urgência/emergência que serão analisados/autorizados previamente pelo TFD Estadual/GERAV.

♦ A GEFIN/PB após o recebimento da documentação providenciará o pagamento. Este pagamento será mediante transferência bancária em todas as situações aos favorecidos.

♦ A confirmação do pagamento poderá ser visualizada por meio do Portal da Transparência (Ex. "<http://www.ses.pb.gov.br/transparencia/gasto-publico>"), item *Pagamentos efetuados por credor, com a inserção do número do CPF*.

Solicitações de novos créditos ao beneficiário somente serão concedidos mediante comprovação à Coordenação do TFD, do comparecimento do agendamento anterior.

### **2.11.3 - DO REEMBOLSO**

A SES/PB poderá reembolsar ao usuário as despesas relacionadas à auxílio funeral (urna, traslado e preparação do corpo) e passagens nos deslocamentos interestaduais por via terrestre;

a) A avaliação do reembolso será procedida pela equipe da Coordenação do TFD/PB mediante a apresentação dos seguintes documentos:

1) Documento fiscal de aquisição dos bilhetes (ida e volta) das passagens rodoviárias (os valores serão avaliados com base na tabela vigente);

2) Cópias da documentação do usuário, hábil, comprovante de residência, comprovante bancário e Laudo Médico atualizado e aprovado pela Equipe Médica Avaliadora;

3) Ofício de solicitação de Reembolso e formulário de Reembolso, anexos 5 e 6, assinados pelo Usuário;

4) Declaração de comparecimento da Unidade Prestadora informando o período de tratamento, consulta ou exames;

5) Cópia do CPF e dados bancários do responsável pelo recebimento;

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 Avaliação Estadual da Coordenação do TFD/PB.

### **2.11.4 - DAS DESPESAS COM ÓBITOS**

A responsabilidade pela contratação dos serviços em caso de óbito de usuário em *TFD interestadual* será do Gestor Estadual, através da Coordenação do TFD/GERAV. 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 o aeroporto de origem. Despesas relativas a flores, túmulo, emolumentos cartoriais, dentre outros, não estão contemplados pelo programa de TFD. O deslocamento dentro do Estado é responsabilidade do município.

Nos casos de óbito em *TFD interestadual*, em que não for realizado contato prévio a contratação do serviço com o setor TFD/GERAV, 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/PB. A nota fiscal deverá ser emitida em nome da família.

## **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 ao NÚCLEO DE PROCESSAMENTO/SES/PB.

Quanto às despesas relacionadas aos processos de TFD *Interestaduais*, o preenchimento do BPA-I dos *deslocamentos* será de responsabilidade da Coordenação do TFD/GERAV, que fará o preenchimento do BPA-I da *ajuda de custo*, que deverão encaminhar ao Núcleo de Processamento para fins de processamento.

## **2.13 - DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC**

Para instituir o fluxo interestadual de usuários do SUS aos serviços de alta complexidade contemplados no elenco de procedimentos CNRAC e processos de trabalho, bem como o caráter eletivo de atendimento, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017- ANEXO I DO ANEXOXXVI - Origem: PRT MS/GM 2309/2001).

A Nos estados, a CNRAC é representada pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC, que respondem pela regulação do acesso de usuário que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora de seu estado de origem.

Atualmente, a CERAC Paraíba está subordinada à GERA V e atua apenas como solicitante, com vistas a ser executante, sendo responsável pelo cadastramento de usuários no SICNRAC para garantia do acesso de vaga em local disponível, no território nacional, conforme oferta de vaga pelas Unidades Executantes. São atribuições da CERAC:

- Garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde de alta complexidade contemplados no elenco de procedimentos da CNRAC;
- Acompanhar o processo da assistência ambulatorial e hospitalar eletivo de alta complexidade, no âmbito estadual;
- Monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema, a partir de sua inserção até a finalização do atendimento;
- Articular com as estratégias de regulação do acesso instituídas no território, os procedimentos prévios e a continuidade da assistência após o atendimento realizado por meio da CNRAC;
- Avaliar a insuficiência de serviços;
- Informar os estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES responsáveis pelas solicitações e execuções dos procedimentos que compõem o elenco da CNRAC;
- Articular com o setor competente da SES as condições de deslocamento do usuário para atendimento, bem como seu retorno após a alta hospitalar;

**Somente poderão ser inscritos na CNRAC:**

- As solicitações de atendimento em caráter eletivo para usuários que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro Estado, quando houver ausência ou insuficiência da oferta destes procedimentos dentro do estado de residência do usuário;

- Os procedimentos solicitados por profissionais médicos vinculados às instituições próprias ou credenciados no SUS/PB, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- Os procedimentos cujos códigos compõem o elenco com atributo CNRAC, de acordo com as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde.

Visando aperfeiçoar, disciplinar, otimizar os fluxos e processos de trabalho, bem como reforçar as atribuições da CNRAC e da CERAC, em 2017, foi publicada a portaria SAS/MS nº 688, de 6 de abril de 2017, visando aperfeiçoar e reforçar o caráter eletivo dos atendimentos, os critérios de solicitação e as atribuições de cada estrutura operacional. Os procedimentos definidos com atributos CNRAC, são nas especialidades de Cardiologia, Neurocirurgia-Epilepsia, Oncologia, Traumatologia-Ortopedia e Gastroenterologia (cirurgia bariátrica).

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](http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac) e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema. Quando avaliado e autorizado pela CERAC/PB, 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.

### **3 - COMPETÊNCIAS**

#### **3.1 - GESTOR ESTADUAL**

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

- 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/usuários de sua região e encaminhar ao Setor de TFD Estadual após revisão administrativa-técnica dos critérios para autorização;

c) Acompanhar pagamento da ajuda de custo para alimentação e pernoite para fins de *TFD interestaduais* autorizados, tanto para o usuário quanto para acompanhante (quando houver), conforme fluxo detalhado no item 2.11.2 - Das Despesas Interestaduais.

d) Realizar abertura de processo para solicitação de reembolso dos processos de TFD Interestaduais;

e) Manter arquivo dos Prontuários de TFD através de um Sistema de Gestão de Prontuário na modalidade Sigilo;

f) Garantir a veracidade das informações das solicitações dos créditos bancários aos beneficiários.

**Cabe à SES, através da Coordenação do TFD Estadual**, subordinado à Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência:

a) Analisar as solicitações de *TFD Interestadual*;

b) Disponibilizar deslocamentos em *TFD interestadual* autorizado tanto para o usuário, quanto para o acompanhante (quando houver);

c) Orientar e capacitar as Gerências Regionais Saúde/Equipe TFD Regional, no que se refere ao programa de TFD;

d) Emitir o BPA-I relacionado aos deslocamentos em TFD Interestaduais e ajuda de custo;

e) Realizar a análise dos pedidos de reembolso dos processos em TFD Interestadual;

g) Gestão administrativa e financeira dos recursos para TFD Interestadual;

h) Gestão de pessoal da equipe do TFD Estadual;

**Cabe à SES, através da Gerência de Planejamento e da Gerência de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:**

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) Fazer e atualizar a FPO

d) Revisar a PPI do TFD.

**Cabe à SES, através da Gerência de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde-GEFIN:**

a) Efetuar os pagamentos através de crédito bancário provenientes das solicitações das TFD.

b) Enviar planilha consolidada por GRS, mensalmente, dos pagamentos efetuados por meio de transferência bancária a Coordenação do TFD Estadual/GERAV/GEROREG para programação orçamentária.

**Cabe à SES, através da Subgerência de Contabilidade** subordinada à **Gerencia de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde - GEFIN:**

a) Efetuar conferência dos pagamentos efetuados pela GEFIN em comparação aos valores informados pelas GRS nos documentos citados nos anexos 11, 12, 13 e 14;

**Cabe à SES, através da Coordenadoria da Assessoria Técnica de Controle Interno** subordinada ao Gabinete do Secretário:

a) Realizar eventuais auditorias das solicitações de pagamento de Ajuda de Custo.

### **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*, garantindo ao usuário (usuário 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;

d) Encaminhar para a gerência o cadastro dos usuários que necessitarem de TFD interestadual e acompanhar o processo através das informações prestadas pela gerência.

### **4 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA TFD**

Conforme Art. XX da Portaria SES/PB nº XXX de XX/XX/20XX, 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 usuário 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://www.saude.pb.gov.br/site/tfd.html>.

#### **4.1 - COMPROVAÇÃO DO DESLOCAMENTO INTRAMUNICIPAL**

Para comprovação dos deslocamentos Intramunicipais e cálculo das unidades de remuneração para fins de preenchimento de BPA-I, será necessário roteiro de viagem (anexo 4) que conste os seguintes dados: data da viagem, dados do veículo, condutor, município de origem, nome do usuário, destino, descrição do procedimento e assinatura do usuário, 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) **anexo I**: formulário a ser preenchido pela Gerência Regional de Saúde e com os dados pessoais do usuário que deverá conter a assinatura do Gestor Municipal.

b) Laudo Médico TFD Intraestadual (uma via) **anexo III**: formulário a ser preenchido pelo médico assistente do usuário nas unidades vinculadas ao SUS. Nele deverá ser preenchido além dos dados pessoais do usuário, 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;
- g) Cópia de comprovante de residência.

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.

**Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, compete ao Ministério da Saúde o direcionamento dos usuários.**

#### **4.3 - ABERTURA DE PROCESSO TFD INTERESTADUAL**

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

a) Pedido **TFD (uma via) anexo 1:** formulário a ser preenchido pelo TFD REGIONAL com os dados pessoais do usuário que deverá conter a assinatura do Gestor Municipal e da Gerência Regional de Saúde (GRS)/Gerência Executiva de Atenção à Saúde (GEAS). 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) anexo 2:** formulário a ser preenchido pelo médico assistente do usuário nas unidades vinculadas ao SUS. É semelhante ao Laudo Médico TFD Dentro do Estado, porém deverá conter dados adicionais do usuário 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.
- g) Comprovante de Residência



#### 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/GRS/ GEAS. 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);
- ✓ Comprovante de residência.

##### 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/GRS/ GEAS. É necessário colocar a data de ida e data de retorno;
- ✓ Termo de Compromisso – passagem aérea;
- ✓ Cópia de documento de identidade do usuário e acompanhante;
- ✓ Justificativa médica atual para necessidade de passagem aérea;
- ✓ Formulário com informações necessárias para compra de passagens (cartão nacional do SUS);
- ✓ Comprovante de residência.

Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme a situação, como a solicitação de passagem com a alta hospitalar e o preenchimento de duas requisições comprovando que o usuário teve alta. Em caso de intercorrência médica após a solicitação de

passagem por parte do usuário, as despesas com remarcação de passagem aérea, será por conta do TFD com apresentação de comprovação médica.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As situações não previstas na normatização do presente Manual serão avaliadas individualmente pela Secretaria Estadual de Saúde, por equipe técnico/administrativa do TFD ou comissão médica avaliadora para concessão do benefício.

## REFERÊNCIAS

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 DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - ANEXO 2 DO ANEXO XI -Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a usuário idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/19999).**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **(PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - ANEXO XXVI -Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008).**

\_\_\_\_\_. 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.pela **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 (ANEXO I DO ANEXOXXVI) - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001).**

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. **Portaria Nº 054 / GS, 03 de fevereiro de 2014.** Dispõe sobre a regulamentação da concessão para tratamento Fora de Domicílio – TFD, no âmbito do Sistema único de Saúde no estado da Paraíba – SUS/PB.

\_\_\_\_\_. Central de Transplante da Paraíba. Ofício N.º 148 / 2017 / CTPB. 10 / 11 / 2017.

7 – ANEXOS

ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DO PEDIDO DE TFD



MUNICÍPIO DE ORIGEM:				REGIONAL DE SAÚDE:			
Nº Cartão do SUS:				PEDIDO Nº		DATA:	
Nome Usuário:			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)					
USUÁRIO: <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)							
TFD REGIONAL JUSTIFICATIVA:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Secretaria Municipal de Saúde</span> <span>Coordenadoria Regional de Saúde</span> </div>							
PARECER DA COMISSÃO MÉDICA DE REGULAÇÃO: <input type="checkbox"/> NEGADO JUSTIFIQUE: <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> CONCLUSIVO  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Comissão Médica / Data</span> <span>Servidor/Carimbo/Matrícula</span> </div>							
<b>OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.</b>							

## ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/PB

I - OS PROCESSOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA USUÁRIO COM CONSULTAS ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO SUS;

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

• N° DO CARTÃO DO CNS

É obrigatório – para todos os casos.

• DATA

REFERE-SE A DATA DE ABERTURA DO PROCESSO.

• DADOS DO USUÁRIO

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 USUÁRIO 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 PELOS MUNICÍPIOS;

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 _ _   _ _   _ _   _ _	



<p>7 – DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:</p> <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 ( )      <input checked="" type="checkbox"/> CARRO CONVENCIONAL (-)</p> <p><b>DESCREVER ABAIXO A JUSTIFICATIVA CLÍNICA QUE IMPEÇA O USUÁRIO DE VIAJAR VIA RODOVIÁRIO:</b></p>		
LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:
CPF:	Nº CNES:	ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:



### ANEXO 3 – LAUDO MÉDICO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL



NOME DO USUÁRIO:		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"/> 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 ( )			
<b>DESCREVER ABAIXO A JUSTIFICATIVA CLÍNICA QUE IMPEÇA O USUÁRIO DE VIAJAR VIA RODOVIÁRIO:</b>			

## ANEXO 4 - COMPROVAÇÃO DO DESLOCAMENTO INTERMUNICIPAL

**ROTEIRO DE VIAGEM - TFD**

<b>MUNICÍPIO:</b>	<b>DATA:</b>
<b>CONDUTOR:</b>	<b>CNH:</b>
<b>MODELO DO VEÍCULO:</b>	<b>PLACA:</b>

<i>NOME DO USUÁRIO</i>	<i>Nº DO TFD</i>	<i>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</i>	<i>DESTINO</i>	<i>UNIDADE EXECUTANTE</i>	<i>ASSINATURA DO USUÁRIO</i>

## ANEXO 5 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



Of. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local e data.

Prezado (a) Senhor (a),

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

Usuário: nome do usuário / 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 usuário na unidade hospitalar.

Justificar o motivo pelo qual o usuário não recebeu o recurso: “.....”

Atenciosamente,

Gerente Regional de Saúde/ Gerente Executivo de Atenção à Saúde  
Carimbo e assinatura

Ilmo Sr.

Gerente Operacional do Complexo Regulador (GEROREG)

## ANEXO 6 – FORMULÁRIO DE REEMBOLSO

### FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PARA OS USUÁRIO CADASTRADOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

#### INFORMAÇÕES DO USUÁRIO

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 Regional de Saúde/ Gerente Executivo de Atenção à Saúde  
Carimbo e assinatura

## ANEXO 7 – FORMULÁRIO PARA A COMPRA DAS PASSAGENS



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

### INFORMAÇÕES DO USUÁRIO

Nome Completo:
CNS
Data do Nascimento:
Sexo:
R.G.:
Município de Residência:
Código do IBGE do Município:

### INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE (Doador)

Nome Completo:
CNS
Data do Nascimento:
Sexo:
R.G.:
Município de Residência:
Código do IBGE do Município:

**Gerencia Regional de Saúde**  
Carimbo / Assinatura

**ANEXO 8 – FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE PASSAGEM**  
**REQUISIÇÃO DE PASSAGEM**



Nº

ORGÃO REQUISITANTE

Autorizamos XXXXXà (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 Usuário  Nome do Acompanhante  Nº de registro do usuário no TFD:  Processo: nº. XXXXX  Data da Viagem: XXXXXX	Usuário Acompanhante	XXX/XXXX/XXXX

Informamos, nesta oportunidade, que existe verba para o pagamento da(s) passagem(ns) requisitada(s) pela presente.

**ANEXO 9 – TERMO DE COMPROMISSO – PASSAGENS RODOVIÁRIAS**



---

**TERMO DE COMPROMISSO – PASSAGENS RODOVIÁRIAS**

Eu,.....,

(NOME DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL)

me comprometo a retirar os bilhetes de passagens referentes ao agendamento para o dia.....(informar neste campo a data do procedimento) na data.....(informar neste campo a data da retirada das passagens na GERSA/C, solicitados por esta Gerência de Saúde.

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 USUÁRIO / RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TFD

## ANEXO 10 – TERMO DE COMPROMISSO – PASSAGENS AÉREAS



### TERMO DE COMPROMISSO – PASSAGENS AÉREAS

Eu,.....,

(NOME DO USUÁRIO 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.

Como também, solicito o retorno para.....

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 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 USUÁRIO / RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TFD



## ANEXO 11 - COMUNICAÇÃO INTERNA



---

Nº

XXX/aaaa

GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	DATA  xx/xx/xx
PARA Gerência Financeira / Superintendência de Gestão Administrativa – GEAFI/SGA	
ASSUNTO Solicitação de Pagamento de Ajuda de Custo TFD	
<p data-bbox="177 618 1334 824">Solicitamos pagamento a título de Ajuda de Custo, conforme Portaria MS/SAS/nº 55/1999, para alimentação/pernoite, dos usuário/acompanhantes cadastrados no Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, conforme planilhas anexas no valor total de R\$ xx.xxx,xx.</p> <p data-bbox="177 860 1334 1008">Informamos que os valores constantes nas planilhas foram conferidos e certificados por esta Coordenadoria, e as comprovações dos comparecimentos anteriores foram entregues na mesma.</p> <p data-bbox="719 1158 954 1193">Atenciosamente,</p> <p data-bbox="676 1368 1265 1442">XXXXXX Coordenador de Serviços Descentralizados</p>	

## ANEXO 12 – OFÍCIO



Ofício nº xxxx/AA

Local e data.

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos pagamento a título de Ajuda de Custo, conforme Portaria MS/SAS/nº 55/1999, para alimentação/pernoite, dos usuário/acompanhantes cadastrados no Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, conforme planilhas anexas no valor total de R\$ xx.xxx,xx.

Informamos que os valores constantes nas planilhas foram conferidos e certificados por esta Gerência de Saúde, e as comprovações dos comparecimentos anteriores foram entregues na mesma.

Atenciosamente,  
XXXXXXX

Excelentíssimo (a) Senhor (a)  
XXXX  
Gerente Financeiro  
João Pessoa / PB

**ANEXO 13 - PLANILHA PAGAMENTO AJUDA DE CUSTO TFD - CORRENTISTA BANCO  
BRADESCO**



---

**PLANILHA PAGAMENTO AJUDA DE CUSTO TFD - CORRENTISTA BANCO BRADESCO**

<b>NOME DO FAVORECIDO</b>	<b>CPF</b>	<b>VALOR R\$</b>	<b>Nº PROCESSO TFD ESTADUAL</b>	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA</b>

**ANEXO 14 - PLANILHA PAGAMENTO AJUDA DE CUSTO TFD - NÃO CORRENTISTA BANCO  
BRADESCOPLANILHA**



**PAGAMENTO AJUDA DE CUSTO TFD - NÃO CORRENTISTA BANCO BRADESCO**

<b>NOME DO FAVORECIDO</b>	<b>CPF</b>	<b>VALOR R\$</b>	<b>Nº PROCESSO TFD ESTADUAL</b>	

ANEXO 15 - RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL



**RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL**

Informamos que este relatório é de extrema importância para a manutenção/continuidade do tratamento do usuário fora do Domicílio.

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade que o atende: \_\_\_\_\_

Local: Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Usuário esteve em tratamento ambulatorial na seguinte

data: \_\_\_\_\_

Usuário esteve internado na seguinte data: \_\_\_\_\_

As seguintes **PATOLOGIAS** estão sendo (foram) acompanhadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para **MONITORAMENTO** destas patologias, o usuário:

necessita retornar  vezes por ano.

não necessita retornar continuamente.

O usuário poderá ser acompanhado no seu Estado de origem.

Justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Citar exames e procedimentos dos tratamentos realizados nesta última consulta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrição sumária do plano terapêutico e do acompanhamento clinico para as próximas consultas:\_\_\_\_\_

Na UBS do Município de origem do usuário, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este usuário:

Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário:\_\_\_\_\_

Procedimento que será realizado nesta próxima consulta:\_\_\_\_\_

Telefone e e-mail de contato para uso do médico regulador:\_\_\_\_\_

<b>Assinatura carimbo e CRM do médico da Unidade Executante:</b>	<b>Local e Data do atendimento:</b>
--	-------------------------------------

## ANEXO 16 - DECLARAÇÃO PARA USUÁRIO DO PROGRAMA TFD INTERESTADUAL



### **DECLARAÇÃO PARA USUÁRIO DO PROGRAMA TFD INTERESTADUAL**

Declaro junto ao Programa Tratamento Fora do Domicílio, que fui orientado (a) nesta data, e estou ciente e de acordo com as normas e rotinas referentes aos direitos e deveres do usuário (usuário, acompanhante, doador) conforme previsto na Portaria/SAS 055 de 24/02/99 e Manual de TFD do Estado da Paraíba aprovado em deliberação da CIB nº xx/20xx, sob pena de não usufruir do benefício, que:

- Deverei apresentar a data de agendamento e re-agendamento com antecedência de 30 (trinta) dias, juntamente com o comprovante de agendamento da Unidade Executante;
- Deverei informar com antecedência, qualquer motivo que impeça o comparecimento à consulta;
- A troca de acompanhante e/ou a pessoa responsável deverá ser feita em 30 (trinta) dias antes e com apresentação de cópia da RG e Cartão do SUS. Não será autorizada troca de acompanhante sem justificativa prévia;
- Não havendo atendimento médico o usuário deverá informar imediatamente ao setor de TFD de sua região;
- O usuário receberá ajuda de custo por no máximo 15 dias durante o mês, caso fique em tratamento ambulatorial por período maior, deverá solicitar à Unidade Executante declaração comprovando o período que está sendo acompanhado. Usuário internados não serão contemplados pela ajuda de custo, apenas seu acompanhante (se for o caso), que também deverá apresentar declaração da Unidade Executante comprovando o período;
- Para verificar aliberação de recursos o responsável deverá ligar 05 dias úteis antes da viagem ao setor de TFD de sua região;
- Usuário com débito de algum documento ou comprovante solicitado não viajará pelo programa;



- Na perda de passagens ou do relatório médico de atendimento o pagamento deverá ser assumido pelo usuário. Em caso de autorização de transporte aéreo, NÃO será feita troca de passagens após a emissão dos bilhetes;
- Após o tratamento, o beneficiário ou representante legal deverá realizar prestação de contas até 05 dias úteis após seu retorno no setor de TFD de sua região. Após este prazo o usuário ficará sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- Fico ciente que em caso de não utilização do recurso ou parte dele terei que devolver o valor da ajuda de custo ao setor de TFD de minha região, que tomará as devidas providências, sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- O usuário que viajar sem processo de TFD autorizado NÃO será reembolsado;
- Fico ciente de que este processo de TFD autorizado possui validade por um período de 01 (hum) ano contando da data do laudo médico e que, se necessário, deverei renová-lo em tempo hábil;
- Havendo necessidade de permanecer em tratamento fora do período previsto, o usuário deverá imediatamente informar ao setor de TFD da sua região com comprovante médico da Unidade onde está realizando o tratamento para que seja efetuado o complemento do pagamento da ajuda de custo. O usuário que permanecer fora por conta própria não terá direito a reembolso em hipótese alguma.
- O usuário do Programa de TFD deve estar com endereço e telefones atualizados.

**Horário de atendimento ao público:** (cada Regional de Saúde ou Município deve preencher de acordo com a sua realidade).

**Informações sobre liberação de passagens, solicitação de complementação de ajuda de custo, prestação de contas entrar em contato através do telefone:** (cada Regional de Saúde ou Município deve preencher de acordo com a sua realidade).

**Em caso de óbito do usuário entrar em contato através dos telefones 48 99169 1639 / 99154 9239.**

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_\_\_.