

**MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO  
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO  
ESTADO DA BAHIA**



**Salvador-BA  
2012**

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

**JAQUES WAGNER**

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

**JORGE SOLLA**

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

**ANDRÉS CASTRO ALONSO FILHO**

**DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**VINCENZA LORUSSO**

**COMISSÃO ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

**LÍVIA MARIA BORGES DE ALMEIDA**

#### **ELABORAÇÃO**

- ✓ Lívia Maria Borges de Almeida – Presidente CETFD
- ✓ Gislana Moreno Cunha Mattos – Médico CETFD
- ✓ Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio – Médico CETFD
- ✓ Patrícia Nascimento Marques – Médico CETFD
- ✓ Andréa de Melo Silva Lucena – Assistente Social CETFD
- ✓ Andréia Freire de Oliveira Andrade – Assistente Social CETFD
- ✓ Noélia Bastos da Silva – Assistente Social CETFD
- ✓ Cleidson Dias Santos – Assistente Administrativo CETFD

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>2. DEFINIÇÕES</b>	<b>05</b>
2.1. Conceito	05
2.2. Do Pedido de Tratamento	06
2.3. Da Autorização	06
2.4. Da Comissão Autorizadora	08
2.5. Do Transporte	08
2.6. Dos Pedidos Indeferidos	09
2.7. Da Renovação do Laudo	09
2.8. Da Concessão do Benefício	09
2.9. Pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite	10
2.10. Do Retorno	12
2.11. Do Acompanhante	13
2.12. Do Controle do TFD Interestadual	14
2.13. Do Faturamento	15
2.14. Das Despesas do TFD Interestadual	15
2.15. Das Despesas do TFD Intermunicipal	16
2.16. Da Central Estadual de Regulação	17
<b>3. COMPETÊNCIAS</b>	<b>17</b>
3.1. Gestor Estadual	17
3.2. Gestor Municipal	18
3.3. Elementos Básicos para Funcionamento do TFD Intermunicipal	18
3.4. Documentação Necessária ao TFD Intermunicipal	19
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>20</b>
<b>5. FLUXOGRAMA TFD/SESAB</b>	<b>21</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>24</b>
<b>TFD INTERMUNICIPAL</b>	<b>25</b>
Laudo Médico TFD Intermunicipal	26

<b>TFD INTERESTADUAL</b>	<b>28</b>
Documentos Necessários para Inscrição no TFD Interestadual	29
Laudo Médico TFD Interestadual	30
Termo de Compromisso e Responsabilidade do Usuário	32
Laudo CNRAC	34
Solicitação de Reembolso de Passagem	35

## 1. APRESENTAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil garante aos cidadãos brasileiros o acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Os benefícios de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) foram estabelecidos pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999) – que dispõe sobre o TFD no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta Portaria estabeleceu uma nova sistemática para a inclusão destes procedimentos específicos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA -SUS). O benefício consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em media e alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros Estados, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário. Tal benefício é concedido apenas quando todos os meios de tratamento existentes no Estado de origem estiverem esgotados e, somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente.

As ações das diferentes instâncias governamentais organizadas de acordo com uma proposta de regionalização e hierarquização devem ser previstas para a cobertura universalizada e integrada da saúde da população, de forma descentralizada, com comando único em cada nível de governo, visando à otimização dos recursos disponíveis e economia de escala e escopo, cabendo ao Estado, o papel de coordenar a implantação da Política de Regulação da Assistência na Rede Estatal.

Visando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS neste Estado, a Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, 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, de acordo com as especificidades de sua rede de Assistência à saúde. O Manual traça as diretrizes para os gestores Municipais e Estadual administrarem os procedimentos de Tratamento Fora de Domicílio através de uma política única, tendo como metas à humanização do atendimento dentro do Sistema Único de Saúde.

## 2. DEFINIÇÕES

### 2.1. Conceito

2.1.1. O benefício de Tratamento Fora de Domicílio consiste em fornecimento de passagens para deslocamento exclusivamente dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus acompanhantes – se necessário – para a realização de atendimento médico especializado em média e alta complexidade em Unidades de Saúde cadastradas / conveniadas ao SUS em outras Unidades da Federação de acordo com a CNRAC e CERAC. Também está previsto o pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite. **Estes benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniadas ao SUS no Estado/Município, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial**, limitado ao período estritamente necessário ao tratamento, de acordo com o § 1º do Art. 1º da Portaria SAS / MS nº 055/1999. De acordo com esta mesma Portaria no seu § 3º do Art., fica vedada a autorização de TFD para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) assim como tratamentos experimentais.

2.1.2. O deslocamento de pacientes para tratamento médico dentro do Estado da Bahia é de responsabilidade dos gestores municipais de saúde, obedecendo a suas referências dentro da Programação Pactuada Integrada - PPI/BA.

2.1.3. A Portaria SAS/MS Nº 055 de 24/02/99 determina no Art. 1º & 5º o não pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50km.

2.1.4. Existindo especialista na região do Município solicitante de TFD ou em região mais próxima que não a capital, o Laudo Médico para solicitação de TFD deverá ser preenchido sempre por um especialista na área assistencial do caso, do município de residência ou referenciado com base na PPI, credenciado, contratado ou conveniado ao SUS, certificando-se e informando da falta de condições técnicas e/ou materiais para solução do problema na região/Estado. Sempre que necessário a CETFD poderá solicitar parecer de equipe médica especializada de Centros de Referência no Estado.

2.1.5. A não existência de recurso disponível do Ministério da Saúde para o atendimento de TFD a menos de 50km do Município de origem e a impossibilidade de poder cobrar as despesas de TFD, conforme tabela de procedimento SIA/SUS, não exime o Município da responsabilidade da assistência ao paciente carente de recursos para o transporte. Todo município terá que disponibilizar meios, continuados e ininterruptos, de acesso ao paciente ao tratamento fora dos limites do seu Município de residência.

## 2.2. Do Pedido de Tratamento

2.2.1. O Tratamento Fora do Domicilio será sugerido pelo médico-assistente ou por junta médica do paciente em tratamento no âmbito do SUS da Bahia, mediante Laudo Médico (LM), preenchido em 03 (três) vias (digitadas ou impressas), no qual deverá ficar bem caracterizada a problemática médica do beneficiário, de acordo com o artigo 6º da Portaria SAS / MS nº 055/1999. Ao Pedido deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolatividade no âmbito da atenção básica ou de média complexidade e também, cópias dos documentos pessoais do paciente (e acompanhante, quando houver). Esse benefício poderá ser solicitado exclusivamente por pacientes atendidos em média e alta complexidade e em caráter eletivo no contexto do SUS da Bahia para outra Unidade Hospitalar também cadastrada / conveniada ao SUS, em outro Estado da Federação.

2.2.2. As solicitações de TFD para outros Estados que não nos procedimentos da CERAC/CNRAC ou Transplantes deverão ser feitas ao TFD ESTADUAL **com antecedência mínima de quinze dias e deverão ter data e horários agendados pela Unidade de destino do SUS (de outra Unidade da Federação) que realizará atendimento ao paciente.** De acordo com o Art. 2º da Portaria SAS / MS nº 055/1999, o TFD somente será autorizado pelo TFD/Estadual quando houver garantia de atendimento na Unidade Assistencial de referência, com horário e data definida previamente.

## 2.3. Da Autorização

2.3.1. O modelo a seguir descreve o procedimento do TFD Interestadual podendo ser utilizado como modelo/sugestão para operacionalização dos TFD's Intermunicipais.

O Laudo Médico e demais documentos pertinentes de pacientes de TFD em Média e Alta Complexidade serão obrigatoriamente submetidos à apreciação da Comissão Médica Autorizadora do setor de TFD ESTADUAL. O Laudo terá validade de 06 (seis) meses, devendo ser periodicamente renovado pelo médico assistente do paciente no Estado da Bahia, para comprovação da necessidade de continuação do tratamento fora do Estado. Deverá ainda ser anexado o relatório médico da equipe médica/médico assistente do caso, da unidade na qual o paciente está realizando tratamento fora do Estado, justificando a necessidade da manutenção do tratamento em TFD.

a) A primeira via do Pedido de TFD, juntamente com a primeira via do Laudo Médico de pacientes novos serão encaminhadas ao Serviço Social do TFD ESTADUAL, para que a documentação do paciente seja anexada ao respectivo processo para aquisição de passagens, conforme a sua modalidade (aéreas ou terrestres). Posteriormente, o processo será encaminhado à análise do Médico da Comissão Autorizadora do TFD para que seja analisado

quanto ao seu conteúdo. Se estiver em conformidade com as disposições legais a comissão encaminhará à Coordenação do TFD ESTADUAL e à Coordenação Financeira para emissão de passagens e liberação do auxílio para alimentação e pernoite devidos.

b) No caso de pacientes já cadastrados, o Laudo Médico atualizado, será encaminhado à Comissão Médica do TFD, para análise e emissão de parecer. Se o processo estiver em conformidade com as disposições legais, será encaminhado à Coordenação do TFD ESTADUAL e à Coordenação Financeira para emissão de passagens e liberação do auxílio para alimentação e pernoite devidos, para os pacientes e/ou seu representante legal.

c) A primeira via (original) do Laudo Médico ficará arquivada na respectiva pasta do paciente, na Coordenação do TFD ESTADUAL.

d) Estando as passagens à disposição na Empresa Contratada para emissão de passagens a Coordenação do TFD ESTADUAL, fará contato com os pacientes para que estes retirem suas passagens aéreas ou terrestres, conforme o caso e prestará as demais instruções pertinentes.

2.3.2. Considera-se como Órgão Competente, para fins de autorização do pedido de TFD em alta complexidade para outros Estados, somente a Coordenação de Tratamento Fora de Domicílio/TFD ESTADUAL.

2.3.3. Em Procedimentos do elenco CNRAC, a CERAC verificará a possibilidade do atendimento solicitado e dará o retorno pela via de comunicação mais rápida (fax ou e-mail), através do formulário de Confirmação de Recebimento de paciente em Tratamento Fora do Domicílio da Unidade Executante, no qual deverá constar a data, horário e local do Atendimento a ser realizado. Este impresso deverá ser apresentado à Coordenação de Tratamento Fora de Domicílio/TFD ESTADUAL.

2.3.4. A Coordenação de Tratamento Fora de Domicílio/TFD ESTADUAL ao receber o Laudo Médico e demais documentos pertinentes das Secretárias Municipais de Saúde referentes aos pacientes para tratamento em outros Estados, de média e alta complexidade, adotará os seguintes procedimentos:

a) Submeterá o Laudo Médico, juntamente com o pedido de TFD, à análise pela Comissão Autorizadora.

b) Tomará as providências relativas ao prosseguimento da solicitação, ou seja, encaminhará o Laudo Médico e o Parecer de TFD e demais documentos a Coordenação Financeira, mediante comunicação interna padronizada na qual constarão todos os dados para emissão das passagens para paciente e acompanhante e pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite.



2.3.5. Os pacientes já cadastrados no Tratamento Fora de Domicílio/TFD ESTADUAL, ao solicitarem continuidade da ajuda de custo ao TFD, deverão apresentar o relatório de Atendimento e/ou Alta, devidamente preenchido pelo médico assistente da Unidade de Destino onde foi realizado o TFD, para fins de comprovação do benefício recebido.

#### **2.4. Da Comissão Autorizadora**

2.4.1. A Comissão Autorizadora do TFD Interestadual é composta por 03 (três) médicos, 03 (três) Assistentes Sociais e Presidente da Comissão de Tratamento Fora de Domicílio do Estado da Bahia devendo o seu dimensionamento ser compatível com a demanda.

2.4.2. As Comissões Intermunicipais de TFD deverão ser nomeadas através de Portaria Municipal e compostas por no mínimo: 01 médico, 01 técnico de nível superior e 01 técnico de nível médio.

#### **2.5. Do Tipo de Transporte**

2.5.1. **Serão fornecidas preferencialmente, para pacientes em TFD, passagens de ônibus rodoviários comuns.** Aqueles pacientes com estado de saúde mais grave poderão receber passagens para ônibus tipo leito, mediante justificativa do médico solicitante e comprovação da gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares, sendop a indicação submetida a análise por parte da Comissão Autorizadora do TFD.

2.5.2. **Passagens aéreas somente serão fornecidas para aqueles casos nos quais o estado de saúde do paciente o impeça de viajar de ônibus, ou quando a demora de deslocamento traga risco à sua saúde.** Esses pedidos deverão ser minuciosamente justificados pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde do paciente pela apresentação de exames complementares pertinentes e Laudo Médico bem fundamentado, que será submetido à análise por parte da Comissão Autorizadora/TFD de acordo com § 1º do Art. 4º da Portaria SAS/MS nº 55/1999. Aqueles pacientes que receberam passagens aéreas, ou terrestres, deverão apresentar os canhotos das mesmas, para fins de prestação de contas, tão logo retornem, ficando condicionada nova emissão de passagens à sua prestação de contas.

Caso o paciente vá permanecer por mais 30 (trinta) dias em TFD os referidos comprovantes deveram ser encaminhados através do faz ou e-mail.

2.5.3. Caso Município decida utilizar a estratégia de aquisição de veículo para o deslocamento de paciente/acompanhante para TFD, esta alternativa deve ser submetida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

## 2.6. Dos Pedidos Indeferidos

2.6.1. Os Pedidos de TFD indeferidos não serão devolvidos aos solicitantes, devendo ser arquivados no Setor de TFD/Central/SES pelo período de seis meses. Findo este prazo, serão destruídos.

## 2.7. Da Renovação do Laudo

2.7.1. Os pacientes cadastrados no Setor de TFD Estadual deverão renovar periodicamente seus Laudos Médicos, para continuarem a receber os benefícios de TFD. Os Laudos Médicos terão validades de 06 (seis) meses podendo ser preenchidos pelo médico assistente da localidade de origem que encaminhou o paciente para TFD. O paciente ou seu representante legal deverá apresentar todos os documentos solicitados pela Comissão Autorizadora/TFD, **sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios.**

## 2.8. Da Concessão do Benefício

2.8.1. Ao ser notificado da necessidade do deslocamento do beneficiário (comprovação de agendamento), **com no mínimo 72 horas de antecedência**, o Setor de TFD ESTADUAL providenciará:

a) Junto à Empresa Prestadora, o fornecimento de passagens de ida e volta pelo meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente e, também, para o acompanhante quando solicitado. Os tickets de embarque (aéreo) ou canhotos dos bilhetes (terrestre) deverão ser devolvidos ao TFD, após o retorno conforme referido no Art. 3º, juntamente com o Relatório de Atendimento e/ou Alta, devidamente preenchido pelo médico assistente do Órgão de Destino onde estiver sendo realizado o TFD.

A liberação de retorno do paciente ao Município/Estado será Autorizado pela Comissão Autorizadora de TFD ESTADUAL conforme Relatório de Atendimento e/ou Alta, datado e assinado pelo médico assistente do Órgão de Destino e encaminhados por fax ou e-mail.

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

c) A liberação de diárias antecipadas necessárias para o tratamento a ser realizado em outro Estado (destino) em regime ambulatorial, é devida para paciente e acompanhante e, em caso de internamento, apenas para o acompanhante. Fica estabelecido o pagamento de diárias antecipadas por deslocamento **até 03 (três) para consultas e acompanhamento e no máximo 10 (dez) diárias antecipadas para cirurgias previamente agendadas e comunicadas ao TFD**, não constituindo isso a obrigatoriedade da quantidade total prevista.

Caberá à origem, de acordo com o procedimento, diagnóstico, terapia, etc., completar o que faltar na medida em que receba comprovação de permanência em documento oficial da unidade executante no destino.

## **2.9. Pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoites**

2.9.1. O pagamento de Ajuda de Custo para alimentação e pernoite, segundo os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 1.230/1999, somente será autorizado pela Comissão do TFD ESTADUAL, após análise, pela Comissão Autorizadora.

2.9.2. Haverá duas modalidades de pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite:

- a) Depósito em conta corrente de qualquer banco em favor do paciente ou de seu representante legal, em caso de paciente menor.
- b) Depósito em conta poupança apenas da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL em favor do paciente ou de seu representante legal, em caso de paciente menor.

2.9.3. Os valores para pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite para pacientes e/ou acompanhantes, e para despesa de transportes aéreo / terrestre / fluvial, segundo os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 55/1999 e que tem os seguintes valores estabelecidos reajustados pela atual Portaria MS/SAS nº 2.848/07, são os seguintes:

- a) 08.03.01.007.9 – Unidade de Remuneração p/ deslocamento de acompanhante do TFD por transporte aéreo (cada 200 milhas): R\$ 181,50.
- b) 08.03.01.008.7 – Unidade de Remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte aéreo do TFD (cada 200 milhas): R\$ 181,50.
- c) 08.03.01.010.9 – Unidade de Remuneração p/deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 Km de distancia): R\$ 4,95.
- d) 08.03.01.012.5 – Unidade de Remuneração para deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km): R\$ 4,95.
- e) 08.03.01.013.3 – Unidade de Remuneração para deslocamento Interestadual de acompanhante por transporte aéreo para Tratamento CNRAC (cada 200 milhas): R\$ 181,50.

- f) 08.03.01.014.1 – Unidade de Remuneração para deslocamento Interestadual de paciente por transporte aéreo para Tratamento CNRAC (cada 200 milhas): R\$ 181,50.
- g) 08.03.01.006.0 – Ajuda de custo para alimentação /pernoite de acompanhante-(para Tratamento CNRAC): R\$ 24,75
- h) 08.03.01.002.8 – Ajuda de custo para alimentação de paciente do TFD sem pernoite: R\$ 8,40.
- i) 08.03.01.004.4 – Ajuda de custo para alimentação /pernoite de acompanhante. Refere-se durante o período de deslocamento em que acompanha o paciente do TFD: R\$ 24,75.
- j) 08.03.01.001.0 – Ajuda de custo para alimentação/ pernoite de paciente do TFD: R\$24,75.
- k) 08.03.01.003.6 – Ajuda de custo para alimentação /pernoite de paciente (p/Tratamento CNRAC): R\$ 24,75.
- l) 08.03.01.005.2 – Ajuda de custo para alimentação de acompanhante s/pernoite do TFD: R\$ 8,40.
- m) Conforme Portaria nº. 1403 de 27 de setembro de 2011 publicado no Diário Oficial em 04/10/2011 com efeito retroativo a 01/10/2011, o Estado da Bahia instituiu a contrapartida estadual para ajuda de custo **do Programa de TFD Interestadual** no valor de R\$ 25,25 (vinte e cinco reais e vinte e cinco centavos) resultando em um valor total de R\$ 50,00 (cinquenta reais).

2.9.4. O pagamento da Ajuda de Custo para alimentação será feito TFD ESTADUAL, mediante a emissão de pedido de Ajuda de Custo para TFD no qual deverá constar os dados bancários ou os dados para emissão de Ordem Bancária, em 03 (três) vias, com a seguinte destinação:

a) A primeira via do Pedido de Ajuda de Custo para TFD será encaminhada à Coordenação de Suporte Operacional que as encaminhará a Gerência Financeira da SES/BA para que o pagamento seja providenciado.

b) A segunda e terceiras vias do Pedido de Ajuda de Custo para TFD serão arquivadas na pasta do paciente e na Comissão Estadual de TFD.

2.9.5. De acordo com § 4º do Art. 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, é vetado o pagamento de diária para pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados na Unidade de Destino.

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

2.9.7. Apenas o próprio paciente seu representante legal, em caso de paciente menor, ou seu acompanhante cadastrado no TFD poderão solicitar esclarecimentos quanto a valores pagos e previstos para pagamento da ajuda de custo.

2.9.8. Com relação à modalidade Interestadual, caso o usuário retorne ao Estado antes da data prevista, ou o deslocamento não ocorra, a devolução das diárias recebidas e não utilizadas serão subtraídas do pagamento das diárias de viagens subsequentes, nos casos de existências de programações de retorno, ou através de devolução em conta bancária FES/BA, mediante preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pelo próprio TFD, **sob pena de cancelamento das concessões dos benefícios.**

## **2.10. Do Retorno**

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

2.10.2. O Relatório de Atendimento e/ou Alta, realizado em outro Estado deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção e da necessidade do retorno, se for o caso.

2.10.3. Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de TFD (passagens e ajuda de custo) aqueles pacientes **estritamente em dia com a documentação**, ou seja, laudo médico válido, relatório de atendimento e/ou alta, tickets de embarque entregues e demais documentos pertinentes, solicitados pelos setores de TFD ESTADUAL/MUNICIPAL.

2.10.4. **Não será concedido ressarcimento de despesas de permanência maior que o autorizado, salvo quando justificado através de relatório médico e apos o mesmo ser submetido à avaliação da Comissão Estadual de Autorização, para avaliação da sua pertinencia.**

2.10.5. Os pacientes e familiares que optarem, por quaisquer motivos, em fixar residência no Município/Estado em que realizam o tratamento, **não mais receberão ajuda de custo ou**

**deslocamento do programa TFD**, o qual se destina à pacientes em deslocamento para procedimentos médicos fora do seu Município/Estado de residência, conforme Portaria SAS/MS nº 55/1999.

### **2.11. Do Acompanhante**

2.11.1. A necessidade de acompanhante deverá ser devidamente justificada no pedido inicial pelo médico signatário do Laudo Médico que será julgado pelas Comissões Autorizadoras dos Setores de TFD ESTADUAL/MUNICIPAL, de acordo com os termos do Art. 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

2.11.2. O acompanhante também terá direito a passagens e ajuda de custo para alimentação e pernoite, observando as disposições deste Manual e da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

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

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

2.11.5. Não será permitida a substituição do acompanhante em trânsito, salvo em caso de necessidade de retorno ao trabalho ou doença, devidamente comprovada e documentada e solicitada por escrito pelo paciente.

2.11.6. Os pacientes menores de idade só poderão viajar acompanhados por representante legal. Menores até 02 (anos) de idade poderão viajar com dois acompanhantes (preferencialmente os genitores), após avaliação do pleito pela Comissão Estadual de Autorização.

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

2.11.8. Os pacientes portadores de deficiência física ou mental poderão viajar com acompanhante, desde que seu grau de deficiência os impeça de viajar desacompanhados.

2.11.9. Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 anos e menores de 60 anos documentados e capacitados física/mentalmente e não podem residir no município de destino. Conforme Estatuto do Idoso:

- Art. 1º “É instituído o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior 60 (sessenta) anos”;
- Art. 4º, § 1º “É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso”;
- Art. 99 “Expôr a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, dos idosos, submetendo-os a condições desumanas ou degradantes ou privando-os de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigados a feze-lo, ou sujeitando-os a trabalho excessivo ou inadequado”.

Haja vista nesta idade, a vulnerabilidade frente à exposição às intempéries, torna-se risco aumentado para sinistralidade.

Em casos excepcionais em que não haja outra possibilidade de acompanhante, faz-se prudente, como medida facilitadora e para evitar sinistralidade, o atestado do médico assistente (do idoso) comprovando o bom estado psicofísico do acompanhante.

2.11.10. Gestantes, lactantes (exceto nos casos em 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 do TFD.

## **2.12. Do Controle do TFD Interestadual**

2.12.1. A Coordenação Estadual de TFD deverá orientar os Municípios sobre os Pedidos de Tratamento Fora de Domicílio com vistas assegurar pleno controle dos casos.

2.12.2. Os procedimentos relativos à recepção e análise de Pedido de Tratamento Fora do Domicílio no TFD ESTADUAL serão descritos em parecer do médico autorizador e transmitidos por fax ou email, para que a concessão ou recusa seja prontamente transmitida aos solicitantes.

2.12.3. Para o TFD Interestadual só haverá a autorização de uma viagem por mês, por paciente. Deverá se respeitar o prazo mínimo de 30 (trinta) dias **entre o retorno ao Estado e o próximo agendamento**. As exceções deverão ser julgadas pela Comissão Autorizadora/TFD, mediante relatório descritivo da equipe responsável pelo tratamento do paciente.

2.12.4. Em caso de tratamento prolongado, por ocasião da renovação do Laudo Médico, após seis meses da emissão, o mesmo deverá vir acompanhado do relatório emitido pela equipe médica responsável pelo tratamento do paciente, com o relato da evolução clínica do mesmo para ser avaliado pelo médico do TFD.

2.12.5. Após 03 (três) meses de vencimento do laudo médico TFD, **se não houver renovação, ou relatório emitido pela equipe médica responsável pelo tratamento do paciente e validado**

**pelo médico do TFD, o usuário será suspenso do Programa até que retorne ao Estado e regularize a documentação.**

### **2.13. Do Faturamento**

2.13.1. 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 da Tabela Unificada 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.

2.13.2. A Secretaria de Saúde do Estado e do Município não se responsabilizarão por despesas adicionais geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante, sem a devida comprovação pela Unidade de Saúde Executante.

2.13.3. As Unidades de TFD Municipais efetuarão, mensalmente, o faturamento eletrônico das atividades mediante a apresentação do Relatório Mensal do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que será encaminhado até o 5º dia útil do mês a Coordenação de Processamento COPRO/DICON – Diretoria de Controle da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

2.13.4. As despesas com o TFD deverão ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município/Estado.

2.13.5. 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.

2.13.6. Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS, através de seu BPA - Boletim de Programação Ambulatorial na Coordenação de Processamento COPRO/DICON.

2.13.7. 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, de acordo com o Manual Estadual de TFD.

2.13.8. Mensalmente, os relatórios de TFD Intermunicipal deverão ser entregues ao TFD Interestadual pelas respectivas Diretorias Regionais de Saúde – **DIRES**.

### **2.14. Das Despesas do TFD Interestadual**

2.14.1 As despesas decorrentes da concessão de auxílio para TFD serão custeadas pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, mediante a abertura



de processos específicos para a compra de passagens aéreas, passagens rodoviárias, pagamento de ajuda de custo para custeio de alimentação e pernoite de pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora de Domicílio.

2.14.2. Em caso de óbito, será de responsabilidade do TFD-BA providenciar o traslado do corpo para o Estado de origem do paciente. Para isso, o Serviço Social da Unidade executante em outro estado, o acompanhante ou familiar deverá comunicar o óbito ao TFD e encaminhar por fax o atestado ou declaração de óbito. Após autorização deverá solicitar três orçamentos funerários e enviar para a agência de viagem por fax, devendo ligar, posteriormente, para confirmar o recebimento. Para traslado terrestre, o procedimento será o mesmo, sendo que deverá encaminhar os orçamentos por fax para a empresa prestadora de passagens terrestres, devendo confirmar o recebimento. Dentro do Estado cabe ao Município de origem do paciente a realização do embalsamamento e traslado da urna funerária.

2.14.3. Com relação à Modalidade Interestadual, caso o usuário retorne ao Estado antes da data prevista, ou o deslocamento não ocorra, a devolução das diárias recebidas e não utilizadas serão subtraídas do pagamento das diárias de viagens subsequentes.

## **2.15. Das Despesas do TFD Intermunicipal**

2.15.1. Em observância a Portaria SAS/MS nº 55/1999 que regulamenta o Programa de TFD, no caso de ocorrer falecimento do paciente devidamente inscrito no TFD fora do Estado, caberá ao TFD a realização de embalsamamento, urna funerária e traslado ao Estado de Origem. **Cabe ao Município de Origem do paciente a realização do traslado da urna funerária dentro do Estado.**

2.15.2. Os portadores das patologias: Oncologia e Terapia Renal Substitutiva são usuários preferenciais para o recurso do TFD Intermunicipal.

2.15.3. Após o credenciamento na Diretoria de Controle das Ações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DICON/SESAB), o município deverá encaminhar mensalmente o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA à Coordenação de Processamento COPRO/DICON a fim de continuar recebendo os recursos estaduais para o TFD.

2.15.4. O recurso estadual para TFD pode ser complementado com a contrapartida municipal, se for necessário. Esta contrapartida municipal deve ser utilizada conforme prioridades aprovadas no respectivo Conselho Municipal de Saúde.

**ATENÇÃO! É vetado ao Município, cobrar do paciente / acompanhante qualquer valor referente ao transporte ou alimentação, podendo o Município infrator ser desabilitado em consonância com a NOB/96 e a Lei 8080/19-09-90.**

## **2.16. Da Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade**

2.16.1. Aqueles casos, nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Epilepsia, Ortopedia, Neurologia conforme procedimentos definidos pela Portaria SAS/MS nº 968/2002 de 11.12.02 e Gastroenterologia/Cirurgia Bariátrica (Portaria SAS nº 492 de 31.08.07) que necessitem de atendimento de Alta Complexidade, deverão ser cadastrados pela Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade/CERAC, junto a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade/CNRAC para concessão da vaga em local disponível, no território nacional. Posteriormente, o TFD/Estadual fornecerá nº de ofícios de passagens e ajuda de custo para serem inseridos em campos específicos no formulário do sistema CNRAC pela CERAC/BA. A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade/CERAC após a liberação de senha pela CNRAC entrará em contato com usuário e Unidade Executante para finalizar a regulação e ficará acompanhando todo o processo do paciente até a sua internação na Unidade fora do Estado.

Com agendamento finalizado o Serviço Social da CETFD realizará o contato com o usuário para efetuar todas as orientações pertinentes ao Programa (fluxos e normativas, cartilha e demais orientações pertinentes à viagem e documentos a serem encaminhados para comprovação de serviços).

2.16.2. Apenas serão inseridos na CERAC e agendados via CNRAC os procedimentos cujos códigos estejam inseridos no rol da CNRAC a serem consultados no site link <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> na opção **LEGISLAÇÃO**, → Portaria Nº 686.19/12/2007.

## **3. Competências:**

### **3.1. Gestor Estadual**

Caberá ao Gestor Estadual a responsabilidade pelo Programa de Tratamento Fora de Domicilio dos pacientes residentes no Estado da Bahia.

3.1.1. Fornecimento de passagens para fins de TFD tanto para o paciente, quanto para o acompanhante, doador e acompanhante de doador, quando solicitados e autorizados, após análise criteriosa por parte dos técnicos da Comissão Autorizadora do Setor de TFD/ESTADUAL.

3.1.2. Pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite, para fins de TFD, tanto para o paciente quanto para acompanhante, doador e acompanhante de doador, quando solicitado e autorizado, de acordo com os termos da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

3.1.3. Acompanhamento, controle e avaliação das normas e autorizações de TFD em todo o Estado.

3.1.4. Acompanhamento, controle e avaliação dos gastos com a concessão dos benefícios de Tratamento Fora Domicílio, para outros Estados da Federação.

### **3.2. Gestor Municipal**

3.2.1. O gestor municipal, definido seu teto para TFD, proverá os recursos necessário para funcionamento do programa, sendo garantido aos usuários (paciente e acompanhante, se for o caso) a remuneração para transporte e diárias, sendo terminantemente proibido aos Municípios transferirem os encargos aos usuários para ressarcimento.

3.2.2. O Gestor Municipal que utilizar veículo de serviço (chapa/branca) no transporte de pacientes em TFD não poderá cobrar do SUS o custo das despesas para transporte terrestre. Este procedimento só será aceito nos casos de transporte rodoviário de linhas regulares ou veículo terceirizado em caso excepcional.

3.2.3. Caberá ao gestor Municipal em Gestão plena de Sistema o agendamento de todas as consultas e procedimentos de Tratamento Fora de Domicílio.

3.2.4. Acompanhamento das solicitações e autorizações de TFD em seu Município, e encaminhamento ao TFD ESTADUAL quanto se destinarem ao tratamento em outro Estado.

3.2.5. Responsabilizar-se-á pelo transporte do paciente, do município de origem, até o local em que foram disponibilizadas as passagens aéreas, do aeroporto mais próximo, bem como o seu retorno ao Município de origem.

3.2.6. Coordenação e normatização do procedimento específico de TFD na esfera de competência de seu Município.

### **3.3. Elementos Básicos para Funcionamento do TFD Intermunicipal**

3.3.1. Identificar a unidade pública para Cadastramento do Serviço, que deve ser uma Unidade Básica.

3.3.2. Nomear a Comissão através de Portaria Municipal, composta por no mínimo: 01 médico, 01 técnico de nível superior e 01 técnico de nível médio.

3.3.3. Encaminhar à Coordenação de Processamento COPRO/DICON/SESAB, solicitação de cadastramento do serviço, anexando a portaria que institui a Comissão Municipal e a identificação da unidade a credenciar, com o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

3.3.4. Preencher os instrumentos contidos no anexo e encaminhar à Diretoria Regional de Saúde.

3.3.5. Em casos de tratamento de longa duração, será necessário solicitar ao paciente a Renovação de Laudo a cada 06 (seis) meses.

3.3.6. Os Pedidos de TFD indeferidos serão informados aos solicitantes, devendo ser arquivados no Setor de TFD.

#### **3.4. Documentação Necessária ao Tratamento Fora de Domicílio Intermunicipal:**

3.4.1. Laudo Médico de Tratamento Fora de Domicílio Intermunicipal – (LM). Documento para autorização do TFD, que consolida o processamento do pedido através do cadastro do usuário no TFD do Município de origem e encaminhamento do beneficiário para tratamento no município de referência, conforme pactuado em PPI.

3.4.2. Laudo Médico da Central Nacional de Alta Complexidade – CNRAC.

**Caso o Município verifique que o tratamento necessário ao paciente não é disponibilizado no Estado da Bahia** deverá ser preenchido o laudo médico padrão da CNRAC – LM pelo médico assistente do paciente para inserção no sistema desta central, após cadastramento prévio do paciente no mesmo. O quadro de suficiência de oferta dos Estados nas áreas especificadas será definido pela Coordenação Geral de Regulação e Avaliação/DERACES/SAS/MS juntamente com os hospitais consultores.

3.4.3. Relatório de Acompanhamento ou Permanência

É o instrumento que deverá fornecer dados do atendimento realizado nos serviços referenciados da rede SUS. Deve ser emitido em papel com timbre da unidade executante do procedimento, carimbado e assinado pelo médico assistente ou a assistente social. O período de tratamento ambulatorial e o período de internamento do paciente devem constar neste relatório. O encaminhamento deste relatório deve ser realizado através de fax para o setor de TFD do Município de origem ou entregue pelo próprio paciente. É através deste documento que a Comissão TFD terá embasamento para solicitar a ajuda de custo enquanto o paciente e o acompanhante permanecerem em outro Estado e/ou Município.

3.4.4. Relatório de Alta

É o instrumento que informará a liberação do paciente e acompanhante para retorno ao seu Município de origem. Deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção e da necessidade do retorno, se for o caso. Também deve ser emitido em papel com timbre da unidade executante, assinatura e carimbo do médico assistente e/ou assistente social. Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial

Executante encaminhará fax ou entregará ao próprio usuário para que este encaminhe ao setor TFD do Município de origem com o Relatório de Alta, devidamente preenchido.

#### 3.4.5. Responsabilidades da Unidade Executante

Durante o tratamento, a Unidade responsável pela realização do procedimento deverá preencher o Relatório de Acompanhamento, registrando a data de atendimento com carimbo e assinatura. Este deverá ser enviado semanalmente ao TFD de origem para viabilidade do pagamento da ajuda de custo.

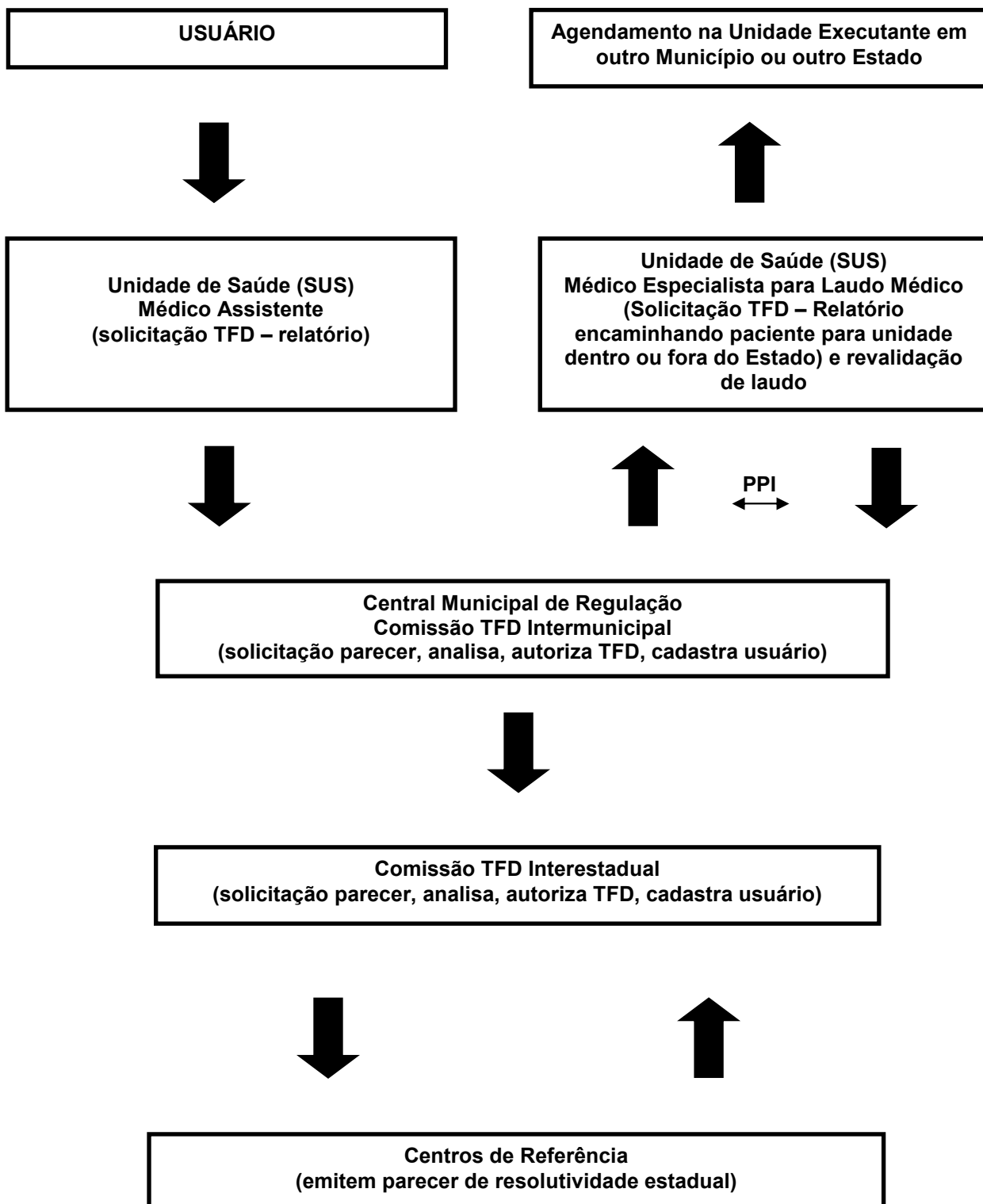
Ao término do tratamento, a Unidade Médico Assistencial encaminhará o paciente ao Órgão origem com o Relatório de Alta, devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado. A solicitação de retorno não significa a obrigatoriedade de novo deslocamento do paciente.

### **4. Considerações Finais**

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD é um recurso de exceção e somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município e/ou Estado de referência executante, com horário e data definidos previamente pela SMS do Município de origem do usuário.

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

## 5. FLUXOGRAMA DO TFD / SESAB



## **6. Referências**

### **6.1. RESOLUÇÃO Nº. 03/94 DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

“O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE no uso de suas atribuições, e tendo em vista o Processo SESAB N.º0300940027105 da Comissão Intergestora Bipartite, e o decidido pelo Plenário em reunião de 24 de fevereiro de 1994 – RESOLVE: I – Aprovar a Instrução Normativa SUS/Bahia N.º 01/94 para Concessão de Tratamento Fora de Domicílio à clientela do Sistema Único de Saúde“. Homologação publicada no DOE de 11 de março de 1994.

### **6.2. PORTARIA / SAS / Nº. 055 DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999**

“Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do 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.” Publicada no DOU . Nº. 38 de 26 de fevereiro de 1999.

### **6.3. RESOLUÇÃO Nº. 017/1999 DA COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE- CIB- BA**

Aprova o Manual de Tratamento Fora do Domicílio. Publicado na Diário Oficial da União , nº. 38 de 26 de fevereiro de 1999.

### **6.4. PORTARIA SAS Nº. 589 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2001**

"Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com objetivo de organizar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade."

### **6.5 PORTARIA Nº. 968 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002**

"Atualiza, na forma de Anexos I, II, III e IV, os procedimentos de Alta Complexidade e estratégicos do SIA e SIH/SUS."

### **6.6. PORTARIA Nº. 115 DE 19 DE MAIO DE 2003**

"Inclui a Unidade Autorizadora de TFD Isolada (Código 63), na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde/unidade do SUS e do SCNES.

"Altera a denominação do serviço de código 023 - Tratamento Fora de Domicílio da tabela de serviço/Classificação do SUS, para Autorizador de Tratamento Fora de Domicílio."

### **6.7. RESOLUÇÃO Nº. 057/2003 PUBLICADA EM DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO EM 08 DE OUTUBRO DE 2003**

“Aprova os parâmetros para o financiamento do Tratamento Fora de Domicílio Intermunicipal e Interestadual – TFD”.

**6.8. PORTARIA Nº.115 DE 19 DE MAIO DE 2003**

“O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais; Considerando a necessidade de adequar a tabela de tipo de estabelecimento de saúde/unidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, e considerando a necessidade de consolidar nesses Sistemas, as informações concernentes a unidades administrativas, que possuem estrutura organizacional para autorizar os procedimentos de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, resolve:

Art. 1º - Incluir na tabela de tipos de estabelecimento de saúde/unidade do SUS e do SCNES, o tipo de estabelecimento de saúde/unidade”.

**6.9. Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007**

Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como determina os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções; auxilia o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave; estabelece regulamento técnico, normas e critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave; e estabelece fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**6.10. 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.”

**6.11. PORTARIA Nº. 1403 DE 27 DE SETEMBRO DE 2011**

“Institui a contrapartida do Estado da Bahia para ajuda de custo destinada aos pacientes inscritos no Programa TFD Interestadual e seus acompanhantes no valor unitário de R\$25,25 (vinte e cinco reais e vinte e cinco centavos)”.


**6.12. MANUAL DE PROCEDIMENTOS TFD TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE**

**6.13. MANUAL DE PROCEDIMENTOS TFD TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA -**



# ANEXOS

TFD INTERMUNICIPAL

	GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	Nº DO PEDIDO <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO LAUDO MÉDICO TFD – INTERMUNICIPAL	

PACIENTE		
*NOME	*CARTÃO NACIONAL SUS - CNS	
*ENDEREÇO		
*TEL	*Nº DO RG	*DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE		
NOME		
ENDEREÇO		
RELAÇÃO C/ O PACIENTE	Nº DO RG	DATA DE NASCIMENTO

*HISTÓRICO ATUAL DA DOENÇA	
EXAME FÍSICO	
*DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	*CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS	
*TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
*NOME DO TRATAMENTO / EXAME INDICADO	
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO	

\*Campo Obrigatório

## LAUDO MÉDICO / T.F.D. INTERMUNICIPAL

\*JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NO ESTADO DA BAHIA

\*JUSTIFICAR EM CASO DE PRIORIDADE

\*JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

\*TRANSPORTE RECOMENDAVEL

\*JUSTIFICAR O TRANSPORTE INDICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\*LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
\*MÉDICO ASSISTENTE - CRM  
Carimbo e Assinatura

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\*LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
\*MÉDICO DA COMISSÃO MUNICIPAL  
Carimbo e Assinatura

\*Campo Obrigatório

TFD INTERESTADUAL




## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO NO TFD INTERESTADUAL

Apresentar original e cópia dos documentos abaixo relacionados:

- 1) Laudo Médico padrão do TFD Interestadual, **QUE DEVE SER REVALIDADO A CADA SEIS MESES** (preenchimento exclusivo em Hospital/Unidade de Saúde credenciado pelo SUS no Estado da Bahia);
- 2) TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – Paciente ou seu responsável deverá completar o preenchimento com seus dados datar, assinar e devolver uma via ao TFD;
- 3) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do paciente, acompanhante e do doador (se houver);
- 4) Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente e doador (se houver);
- 5) Cópia do Comprovante de residência, recente do paciente, acompanhante e doador (se houver) preferencialmente conta de água, luz ou telefone com CEP; Obs: Caso o comprovante de residência não esteja em nome do paciente ou seu responsável legal, deve apresentar uma declaração do titular do comprovante que poderá ser manuscrita e não necessita Reconhecimento de Firma em Cartório;
- 6) Telefones que garantam o contato imediato com o paciente e seu acompanhante;
- 7) Cópia de exames atuais;
- 8) Extrato de Conta Bancária Individual de qualquer banco ou CONTA POUPANÇA SOMENTE da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, em nome do paciente se maior de idade.

**OBS: A inscrição do paciente no programa está condicionada a avaliação e parecer do médico perito do TFD Interestadual Bahia.**

**Atenção: A falta da apresentação de qualquer documento acima citado impossibilita a inscrição no TFD Interestadual.**

	GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	Nº DO PEDIDO <input type="text"/>
	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/DIREG/SUREGS LAUDO MÉDICO TFD – INTERESTADUAL	Nº DA INSCRIÇÃO <input type="text"/>

PACIENTE		
*NOME	*CARTÃO NACIONAL SUS - CNS	
*ENDEREÇO		
*TEL	*Nº DO RG	*DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE		
NOME		
ENDEREÇO		
RELAÇÃO C/ O PACIENTE	Nº DO RG	DATA DE NASCIMENTO

*HISTÓRICO ATUAL DA DOENÇA	
EXAME FÍSICO	
*DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	*CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS	
*TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
*NOME DO TRATAMENTO / EXAME INDICADO	
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO	

\*Campo Obrigatório

## LAUDO MÉDICO / T.F.D. INTERESTADUAL

\*JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NO ESTADO DA BAHIA

\*JUSTIFICAR EM CASO DE PRIORIDADE

\*JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

\*TRANSPORTE RECOMENDAVEL

- AÉREO  
 TERRESTRE

\*JUSTIFICAR O TRANSPORTE INDICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TIPO DE CONSULTA MÉDICA (Médico Assistente - Bahia)

- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
 OUTROS Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \*LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
 \*MÉDICO ASSISTENTE - CRM  
 Carimbo e Assinatura

\_\_\_\_\_  
 \*CARIMBO DA UNIDADE

\_\_\_\_\_  
 \*DIRETOR / CHEFIA MÉDICO  
 Carimbo e Assinatura





## **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

Pelo presente Termo de Compromisso e Responsabilidade eu, .....  
..... Inscrito no C.P.F.nº.....,RG nº.....,  
responsável por ..... usuário do Sistema Único de  
Saúde – SUS, inscrito no Programa Fora de Domicílio, TFD/BA, assumo voluntariamente,  
perante a SUREGS/ DIREG/TFD, os seguintes compromissos:

- 1) **Renovar a cada 06(seis) meses o Laudo Médico TFD**, preenchido por médico no Estado da Bahia, sob pena de ter suspenso a inscrição neste TFD;
- 2) Solicitar quinzenalmente a Unidade Hospitalar onde será realizado o tratamento, **Declaração de Permanência**, a fim de comprovar os períodos em que estiver realizando tratamento médico, especificando datas de internamento e atendimento ambulatorial;
- 3) **Enviar as Declarações de Permanência ao TFD/BA**, via e-mail ou fax e ligar posteriormente para confirmar o recebimento;
- 4) Apresentar ao TFD/BA, **no máximo sete dias após o retorno ao Estado da Bahia**, os **TICKETS** de embarque (ida e retorno), aéreo ou terrestre, de todas as passagens que forem disponibilizadas pelo Programa TFD.

Fica o usuário, seu representante legal e acompanhante, desde já cientes de que:

- a) **Só poderá ser autorizado TFD para consulta/ procedimento que for realizado através do SUS**, não sendo permitido consulta/procedimento realizado através convênio ou cortesia;
- b) **O acompanhante deve ser maior de 18 anos e menor que 60**, apresentar condições de saúde necessárias para o acompanhamento. Quando acompanhante do sexo feminino, não poderá estar gestante, mesmo que nos primeiros meses de gestação;
- c) **O TFD não se responsabilizará pelo local de hospedagem do paciente em outro Estado**, ficando a critério do paciente a escolha do local de melhor conveniência;
- d) **O paciente e o acompanhante (se houver) terão direito a Ajuda de Custo** no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) para cada um, por dia, durante todo o tratamento, contudo, enquanto o paciente permanecer internado não serão atribuídas diárias;
- e) Não terá direito a **Ajuda de Custo (diárias)**, relativa ao período em que não apresentar prova documental (DECLARAÇÃO), emitida pela Unidade Hospitalar onde o usuário esteve em tratamento médico;
- f) Só será permitida troca de acompanhante por motivos de saúde ou trabalho, sendo necessário apresentar declaração justificando o motivo da troca e designando o novo acompanhante;

- g) **Não poderá permanecer no Estado onde realizou o tratamento após a Alta Hospitalar/Ambulatorial**, devendo enviar o Relatório Médico ao TFD Interestadual para solicitar a liberação das passagens de retorno ao estado da Bahia, imediatamente após o último procedimento realizado;
- h) **Quando for agendado consulta/procedimento num prazo inferior a 30 (trinta) dias, o paciente e seu acompanhante devem permanecer no Estado de destino**, só retornando ao Estado de origem quando for agendado retorno para um prazo maior que 30 (trinta) dias;
- i) **Caso o paciente ou seu representante legal não apresente no TFD os Tickets das passagens**, fica vetado o direito à liberação de próximas viagens pelo Programa TFD até a regularização de entrega.
- j) Os pacientes e familiares que optarem, por quaisquer motivos, em fixar residência no município/estado em que realizam o tratamento, não mais receberão ajuda de custo ou deslocamento do programa TFD, o qual se destina à pacientes **em deslocamento** para procedimentos médicos fora do seu município/estado de residência, conforme Portaria SAS nº 055/1999.
- k) **Caso ocorra a reemissão de passagem por motivo de perda de voo fica o paciente ou seu responsável legal e seu acompanhante cientes de que arcarão com a taxa cobrada pela reemissão** e diferença no valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a companhia aérea ou no caso de passagem terrestre diretamente com a empresa rodoviária correspondente.

Salvador,.....de .....de.....

---

*Assinatura do Paciente*

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

Código CNES:
Estabelecimento Solicitante:

**Identificação do paciente**

CNS:	Nome:
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nome da mãe:	
Endereço:	
Nº:	Complemento:
Bairro:	Município de residência:
CEP:	Estado:

**Informe os telefones de contato do paciente**

Residencial:	Móvel:
Comercial:	E-mail:

**Justificativa da internação**

Principais sinais e sintomas clínicos:	
Condições que justificam a internação:	
Principais resultados e provas diagnósticas:	
CID: <input type="text"/>	Descrição:

**Procedimento solicitado**

Clínica:	Código do procedimento:
Nome do procedimento:	

**Médico solicitante**

CPF:	Nome:
Tel. 01:	Tel. 02:

(O Médico solicitante deve estar cadastrado no CNES e com vínculo ao Estabelecimento Solicitante)



## **REEMBOLSO DE PASSAGEM - AÉREA OU TERRESTRE**

Só terá direito ao reembolso quem viajou para realizar procedimento contemplado na SIA/SIH/SUS, não disponibilizado no Estado da Bahia, tendo sido solicitado por uma unidade credencia SUS neste Estado e a ser executado em unidade credenciada SUS fora da Bahia.

### **ORIENTAÇÕES:**

- 1) O paciente ou seu representante deve apresentar Declaração Original, expondo os motivos que levaram à compra das passagens com recursos próprios, datar e assinar;
- 2) Apresentar os TICKETS das passagens originais legíveis, (trazer colados numa folha de papel em branco);
- 3) Anexar à Declaração e aos Tickets, Cópia dos documentos abaixo relacionados, do usuário, do seu acompanhante, do favorecido e do doador (se houver):
  - Extrato de Conta do favorecido ou cópia do cartão bancário (conta poupança só da CAIXA ECONÔMICA);
  - Carteira de Identidade e CPF do paciente, acompanhante, favorecido e doador (se houver);
  - Cartão do SUS do paciente e do doador (se houver);
  - Comprovante de residência do paciente, acompanhante, favorecido e doador, (se houver);
  - Relatório de permanência e de alta, fornecido pelo médico da Unidade Hospitalar onde foi atendido fora do Estado;
  - Caso o paciente não disponha do tickets do embarque, deverá apresentar nota fiscal emitida pela empresa prestadora do serviço constando o valor, a data e o destino da passagem.

Após dar entrada no Setor de Protocolo da SUREGS ou SESAB com toda esta documentação, guardar o número do processo recebido para verificar posteriormente o andamento do mesmo através do site [www.portaldoservidor.ba.gov.br](http://www.portaldoservidor.ba.gov.br) (clicar no link Tramitação de Processo e depois em Consulta Geral).

# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SESAB

