



***MANUAL DE REGULAMENTAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE
DOMICÍLIO/ TFD NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS- PR.***



123



CURITIBA, ABRIL DE 2007

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. CONCEITO.....	3
2. SOLICITAÇÃO DE TFD.....	4
1 Documentos necessários.....	4
2 Competências TFD Interestadual	5
3 Competências TFD Intermunicipal	8
3. CONCESSÃO DO TFD.....	9
1 Condições de deferimento.....	9
2 Situações de indeferimento.....	10
3 Acompanhante	1
4 Outras Situações Relacionadas ao TFD.....	12
4. DESPESAS DO TFD.....	4
1 Responsabilidades.....	14
2 Forma de Pagamento.....	15
5. CERAC.....	15
6. LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	16
7. ANEXOS	17



223



INTRODUÇÃO

Este Manual foi elaborado para regulamentar e orientar as atividades dos setores responsáveis pelo trâmite de liberação de benefício para usuários do Sistema Único de Saúde- SUS do Paraná, que necessitem de tratamento de saúde fora do seu domicílio.

Tem como base legal a Portaria nº 055/99, de 25 de fevereiro de 1999 da SAS/MS.



323



1. CONCEITO

O Tratamento Fora de Domicílio - TFD, é um instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem.

Consiste no custeio do paciente e acompanhante, (se necessário e previsto na legislação), encaminhados para as Unidades de Saúde de outro município ou estado e limitado ao período estritamente necessário, observando que a continuidade de tratamento existente no município/estado devem ser avaliadas pelas equipes regionais responsáveis, quanto à possibilidade de transferência para o município/estado de origem .



423



2. SOLICITAÇÃO DE TFD:

2.1- Documentos necessários para compor o processo de solicitação de TFD:

- ☐ Formulário de Pedido de Tratamento Fora de Domicílio - PTFD, contendo laudo médico, preenchido de forma legível, original e cópia;
- ☐ Cópia da Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou Carteira de Identidade;
- ☐ Cópia da Carteira de Identidade do acompanhante, se houver;
- ☐ Comprovante do agendamento do procedimento a ser realizado;
- ☐ Cópia de resultados de exames, se houver;
- ☐ Laudo de emissão de APAC (autorização para procedimento de alta complexidade), conforme pactuação (TFD intermunicipal).



523



2.2- Competências TFD INTERESTADUAL:

2.2.1- Unidade Solicitante:

3

- ☐ Certificar-se da não existência do serviço no município/ estado;
- ☐ Providenciar junto ao paciente ou interessado os documentos citados no item 2.1;
- ☐ Emitir o Laudo médico em formulário próprio do TFD;
- ☐ Agendar consultas/exames especializados do TFD intermunicipal;
- ☐ Encaminhar a documentação para a instância regional, com 30 (trinta) dias de antecedência no TFD interestadual;
- ☐ Providenciar para que o usuário proceda a devolução dos comprovantes de passagens e encaminhá-las ao nível regional, juntamente com as planilhas de acompanhamento.
- ☐ Alimentar planilha de acompanhamento das solicitações de TFD, conforme modelo anexo, até o 5º dia útil do mês subsequente, com encaminhamentos para o nível regional.



623



☐ Orientar o paciente a providenciar tudo o que for necessário para seu deslocamento, como: fraldas, sondas, cadeiras de rodas, oxigênio ou qualquer outro material necessário, pois a Secretaria de Estado não se responsabiliza pelo fornecimento destes equipamentos ou insumos.

2.2.2 - Regional:



☐ Designar equipe responsável pela análise, aprovação e encaminhamento de TFD;

☐ Montar o processo de TFD;

☐ Providenciar a aquisição de passagens terrestres;

☐ Solicitar passagens aéreas ao nível central- Secretaria de Estado da Saúde- SESA;

☐ Encaminhar relatórios padronizados de TFD ao Nível Central, para regulação de ofertas de serviços, recursos, planejamento e reestruturação de redes assistenciais;

☐ Encaminhar ao nível central- Secretaria de Estado da Saúde, os comprovantes de passagens utilizadas no mês, juntamente com os



723



relatórios, sendo esta, uma condição para aquisição de novas passagens.

2.2.3 Nível Central - SESA:

☐ Designar equipe responsável para análise, aprovação e encaminhamentos de TFD;

☐ Analisar os processos com solicitação de aquisição de passagens aéreas;

☐ Adquirir as passagens aéreas, quando deferido o processo;

☐ Proceder a prestação de contas junto ao Tribunal de Contas do Estado;

☐ Avaliar trimestralmente os instrumentos de acompanhamento do TFD, com a finalidade de redefinir e disciplinar a concessão do benefício, assim como garantir os recursos financeiros para sua efetivação;





823



☐ Repassar às Regionais de Saúde os recursos destinados a despesas do TFD;

☐ Avaliar a necessidade e providenciar transporte em ambulância nos casos em que o paciente depende de equipamentos essenciais à manutenção de vida.

2.3. Competências do TFD- INTERMUNICIPAL

É competência do gestor municipal:

2.3.1 Unidade Solicitante:

- ☐ Certificar-se da não existência do serviço no município;
- ☐ Providenciar junto ao usuário e interessado os documentos citados no item 2.1;
- ☐ Emitir laudo em formulário próprio do TFD;



923



Encaminhar a documentação para a Secretaria Municipal de Saúde.



2.3.2 Secretaria Municipal de Saúde:



Analisar a solicitação de TFD, autorizando ou não;



Providenciar o agendamento do tratamento para a referência mais próxima;



Avaliar a necessidade de providenciar transporte ou ambulância nos casos em que o paciente esteja impossibilitado de utilizar outro tipo de transporte ou dependa de equipamentos essenciais à manutenção da vida;



Providenciar aquisição de passagens e ajuda de custo;



Orientar o paciente a providenciar tudo o que for necessário para seu deslocamento, como: fraldas, sondas, cadeiras de rodas, oxigênio ou qualquer outro material.

3. CONCESSÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

3.1 O TFD poderá ser autorizado, quando atender os seguintes itens:



Pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;



Esgotados todos os meios de tratamento dentro do município/ Estado;



Distância entre Municípios referência e municípios de destino, conforme a legislação vigente;



1023



☐ Garantia do atendimento no município de destino, através do apazamento pela Central de Marcação de Consultas e Exames especializados, pela Central de Regulação de Leitos, ou por documento formal da Instituição que prestará o atendimento;

☐ No caso de transplantes de órgãos fora do Estado, desde que cadastrado em serviço de referência do – SUS;

3.2 O TFD não poderá ser autorizado:

- ☐ Para procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/ SUS;
- ☐ Tratamento para fora do País
- ☐ Para pagamento de UTI aérea;
- ☐ Para pagamento de diárias a pacientes durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
- ☐ Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB);



1123



Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica;



Quando o deslocamento for inferior a 50 Km de distância da cidade de origem e para regiões metropolitanas.

3.3 Acompanhante:



O médico deverá justificar a necessidade de acompanhante no formulário próprio de TFD;



Será autorizado apenas 01 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável



1223



legal pelo paciente. Casos omissos serão avaliados pela equipe responsável pelo TFD;

☐ Para menores de 18 anos será considerado 01(um) acompanhante(pai ou mãe) exceto em casos de lactentes menores de 01(um)ano em que a mãe seja deficiente física ou mental, com incapacidade de expressão ou compreensão será considerada a liberação de um segundo acompanhante, pai ou pessoa a ser indicada;

☐ Pacientes maiores de sessenta anos poderão viajar com acompanhante, pois em conformidade com a legislação em vigor a Portaria nº280/GM/MS, assegura o direito a acompanhante, inclusive durante o período de internação;

☐ Não será permitida a substituição de acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem aérea, salvo em caso de morte ou doença devidamente comprovadas documentalmente e no máximo em 48 horas antes do embarque.

3.4 Outras Situações relacionadas ao TFD

3.4.1Terapia Renal Substitutiva - TRS, em trânsito.

A realização de TRS em transito estará condicionada a definição da unidade destino que prestará o atendimento. Para isto o Serviço assistente do



1323

paciente em seu domicílio, deverá fazer contatos, definir e obter um documento de confirmação da Unidade destino, que contenha o número de sessões e dias de atendimento. Também terá que preencher o relatório de tratamento e formulário específico do TFD.

A Secretaria de Saúde do Município ou da Regional de Saúde de origem, deverá analisar esta documentação, autorizar a saída, se estiver de acordo e manter registros para controle.

Não caberá ao estado o custeio de transporte, estadia ou outros para esta condição tratamento.

2 Transplantes de Órgãos e Tecidos.

No Estado do Paraná, exceto transplante de pulmão, todos os demais tipos de transplante de órgãos e tecidos são realizados. Os casos em que o usuário apresentar agendamento em outro serviço deverão ser analisados pela equipe de TFD em conjunto com a Central Estadual de Transplante.

3 Transportes com acomodações especiais.

 Pacientes que dependam de equipamentos essenciais à manutenção da vida, transporte exclusivo em maca ou que exijam a compra de vários assentos em avião deverão ser transportadas em ambulâncias especiais.

 Em caso de óbito do usuário e/ou acompanhante durante o tratamento fora do domicílio a Secretaria da Saúde do Estado/Município se responsabilizará pelas despesas decorrentes do preparo e remoção do corpo para a localidade de origem.



1423

Obs: As despesas relativas a funerais, túmulo, despesas cartorárias não são cobertas pelo SUS.

4.

DESPESAS DO TFD:



1523



As despesas previstas pelo TFD são aquelas relativas a:

- ☐ Transporte aéreo, terrestre e fluvial;
- ☐ Diárias que inclui alimentação e pernoite, quando necessário;
- ☐ Despesas com preparação e traslado de corpo, em caso de óbito, por intermédio de solicitação de ressarcimento com apresentação dos devidos comprovantes.

Estão previstas para paciente e acompanhante (quando indicado) devendo ser autorizadas de acordo com a portaria SAS nº055/99.

Considerando o artigo 4º da referida Portaria, fica estabelecido o valor de 3% do salário mínimo nacional e limitado ao valor de 05 diárias por deslocamento.

Em caso de haver necessidade comprovada de maior tempo de permanência em tratamento ambulatorial poderá ser solicitado o ressarcimento de diárias, mediante comprovação.

1 Responsabilidade pelas despesas:

As despesas decorrentes da concessão de auxílio para tratamento fora do domicílio serão custeadas pelas:

- ☐ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná quando interestadual; e
- ☐ Secretaria Municipal de Saúde quando intermunicipal, conforme a legislação vigente.



1623



2 Forma de Pagamento:

O pagamento das diárias poderá ser efetuado de duas formas:

☐ Depósito em conta corrente, ou

☐ Emissão de ordem de pagamento em favor do paciente ou de seu representante legal.

5.CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE DO PARANÁ – CERAC

A Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade-CERAC-Pr que está em processo de reestruturação para adequar-se as portarias Ministeriais GM 2309/01, SAS 589/01 e SAS 039/06 responderá pela regulação do acesso do paciente que necessita de procedimentos de alta complexidade fora de seu estado de origem, nas especialidades:

☐ Cardiovascular,

☐ Neurocirurgia,

☐ Oncologia,

☐ Epilepsia e

☐ Traumato-ortopedia,

Os casos não previstos nas especialidades anteriormente referidas, deverão ser submetidos a avaliação do nível central da Secretaria de Estado da Saúde, desde que esgotadas todas as possibilidades terapêuticas no nível de atendimento, ou quando houver oferta menor que a demanda.



1723



6.LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA:

 Portaria MS/SAS 055 de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do TFD/SUS com inclusão de procedimentos específicos na tabela SIA/SUS e dá outras providências.

 Portaria MS/GM nº 2309 de 19 de dezembro de 2001, Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência A Saúde/SAS, A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referencia interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.

 Portaria MS/SAS nº 589 de 27 de dezembro de 2001. implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com o objetivo de organizar a referencia interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.

 Portaria MS/SAS nº039 de 06 de fevereiro de 2006, institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC.



1823



ANEXOS

ANEXO I
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Secretaria de Estado da Saúde

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

LAUDO MÉDICO

Paciente:

Nome: _____

_____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Cidade de Origem: _____

Estado: _____

_____ Regional de Saúde:

Local de Encaminhamento: _____

Motivo do Encaminhamento:

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Carimbo de Assinatura: _____

Anexo II

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde-SESA
Sistema único de SAÚDE-SUS

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Nome do Paciente:

Endereço:

Documento de Identidade:

Tipo:

Cidade:

Estado:

C.E.P.:

Telefone:

Profissão:

Data de Nascimento: __/__/__

Nome do Acompanhante:

Documento de Identidade:

Tipo:

Relação com o Paciente:

Primeiro Encaminhamento: () SIM () NÃO

Retorno: () SIM () NÃO

DADOS MÉDICOS:

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos- LETRA LEGÍVEL

1-Histórico da Doença Atual:

2-Exame Físico:

3-Diagnóstico Provável:

4- CID:

5-Exame(s) Complementar(es) Realizado(s):
Anexar Cópias

6-Tratamento(s) Realizado(s):

7-Tratamento(s)/Exame(s) Indicado(s):

8-Duração Provável do Tratamento:

10-Citar razões que impossibilitam a realização do Tratamento/Exame na Cidade/Estado de origem.

11-Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

12-Necessidade de Acompanhante: ()SIM ()NÃO

Justificar, em caso positivo, dentro das normas explicitadas no Manual de TFD

13-Tipo de Transporte recomendável

Justificar,em caso positivo,dentro das normas do Manual de TFD

Paciente: () deambula

() cadeira de rodas

() maca

() uso de equipamentos,respiradores,monitores cardíacos,etc

() TERRESTRE

TIPO: () Ônibus Convencional

() Ônibus leito

() Ambulância

() UTI móvel

() Automóvel

() AÉREO

Justificar como também, em casos especiais de cuidados necessários durante viagem terrestre (ônibus ou avião), enviar comunicado técnico para as respectivas Companhias solicitando atenção especial e/ou cuidados, alimentação adequada e etc.

Observar normas do Manual do TFD

Local/Data:

Nome do Médico Assistente:

Endereço:

Telefone para Contato:

Assinatura e Carimbo

Campos de preenchimento obrigatório

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do Gestor Local (SMS ou Regional de Saúde)

Encaminhado a:

Local/Data _____

Nome: _____

Assinatura do Médico/Carimbo:

Necessidade de retorno: () SIM () NÃO

Data provável do retorno: ____/____/200 .

Local _____ DATA ____/____/ 200

Assinatura e Carimbo do Responsável _____

