

**Manual Estadual do  
Tratamento Fora do Domicílio**

**Campo Grande - MS  
2019**

Governador do Estado  
**Reinaldo Azambuja Silva**

Secretário de Estado de Saúde  
**Carlos Alberto Moraes Coimbra**

Superintendente Geral de Gestão Estratégica  
**Edelma Lene Peixoto Tiburcio**

Coordenador Estadual de Regulação da Assistência  
**Ed Carlo Britto Burgatt**

Gerente de Tratamento Fora de Domicílio  
**Luciana Gomes Carmello**

**ELABORAÇÃO:**

Alessandra Vianna Ferreira  
Aucelir Auxiliador Morla  
Daniela Rodrigues de Castro Frigeri  
Ed Carlo Britto Burgatt  
Eloni Basso Rohde  
Fernanda Cristina Rodrigues  
Jesus Francisco de Almeida  
Lilian Hiromi Furuta  
Luciana Gomes Carmello  
Rafaela Aparecida Jardim Fernandes

**COLABORAÇÃO:**

Eloir Prestes Simon  
Guilherme de Pinho Salomao  
Lucimara Miazato  
Ruzymar Campos de Oliveira

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	04
2. DEFINIÇÕES E NORMAS GERAIS .....	04
3. SOLICITAÇÃO DE TFD INTERESTADUAL .....	07
3.1 Documentos necessários para compor o processo de solicitação e autorização de TFD.....	07
3.2 Normas e rotinas para 1ª solicitação e renovação de TFD.....	08
4. PRESTRAÇÃO DE CONTAS DE TFD .....	10
5. AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM DURANTE A VALIDADE DO LAUDO ... ..	10
6. RENOVAÇÃO DE TFD .....	10
7. TIPOS DE TRANSPORTE.....	11
8. AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO E PERNOITE.....	12
9. ACOMPANHANTE PARA TFD .....	12
10. RESSARCIMENTO DE DESPESAS EM CASO DE ÓBITO DO PACIENTE DURANTE O TFD .....	14
11. SOLICITAÇÕES INDEFERIDAS .....	14
12. AUTORIZAÇÃO DE TFD .....	14
13. CONTROLE E AVALIAÇÃO DE TFD .....	15
14. CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (CNRAC) E CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (CERAC)17	
15. PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES .....	18
15.1 Das Secretarias Municipais de Saúde .....	18
15.2 Do Núcleo Regional de Saúde/SES/MS .....	19
15.3 Da Gerência de TFD/SES/MS .....	19
15.4 Da CERA/SGGE/SES/MS .....	20
16. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS .....	22
ANEXOS.....	23

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este Manual tem como finalidade regulamentar e orientar as atividades dos setores responsáveis pelo trâmite da concessão do benefício do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mato Grosso do Sul, que necessitam de atendimento à saúde fora de seu estado de residência.

No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, as ações relacionadas ao TFD estão a cargo da Gerência de TFD/SES, vinculada à Coordenadoria Estadual de Regulação da Assistência (CERA), integrante da Diretoria geral.

A Portaria SAS/MS Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, normatizou as rotinas do TFD no SUS e estabeleceu que as Secretarias Estaduais de Saúde sistematizassem a regulamentação no âmbito estadual por meio de um Manual. Assim, a primeira versão deste Manual foi estabelecida em 2003, com base nas deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MS). Posteriormente, o Manual foi revisado e atualizado conforme a necessidade da época, sendo aprovado por meio da Resolução N. 70/SES/MS, de 26 de outubro de 2010, após deliberação pela CIB/MS.

Recentemente, fez-se necessária nova atualização, consoante os termos a seguir, que foram apresentados e deliberados em reunião da CIB/MS realizada no dia 24 de maio de 2019. Assim, a concessão do benefício do TFD, no estado de Mato Grosso do Sul, passa a ser regulamentada por esta nova versão do Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio.

## **2. DEFINIÇÕES E NORMAS GERAIS**

As rotinas do Tratamento Fora do Domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde foram instituídas por meio da Portaria SAS/MS Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.

Os benefícios do TFD (passagens e ajuda de custo) serão concedidos pelo gestor estadual quando as alternativas de tratamento em Mato Grosso do Sul estiverem ausentes, esgotadas ou insuficientes na rede vinculada ao SUS dentro do estado, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes, de acordo com o Art. 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

Segundo o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à

assistência deve ser efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, destacando-se o estabelecimento de referências entre as unidades com diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados, cabendo à área técnica da regulação do acesso a definição das autorizações para TFD (Brasil, 2017).

No âmbito de Mato Grosso do Sul, as despesas custeadas pelo benefício do TFD são aquelas relativas a transporte aéreo ou terrestre e ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, quando for o caso, desde que residentes e domiciliados no estado.

As despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência devem ser cobradas por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para essa finalidade.

O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede de saúde pública ou vinculada ao SUS, tanto para a solicitação do benefício em estabelecimento do estado como para o tratamento em outra Unidade da Federação. Essa vinculação ao SUS se confirma por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Somente serão autorizados tratamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), desde que não inclusos no Bloco da Atenção Básica.

Não será autorizado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância.

O TFD Intermunicipal compreende deslocamento do paciente (e acompanhante, se for o caso) para tratamento em outro município, porém, dentro do estado de Mato Grosso do Sul. As despesas decorrentes a esse tipo de deslocamento – intermunicipal – são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de residência do paciente. Assim sendo, o deslocamento de paciente para tratamento dentro do estado é de responsabilidade do município em que ele reside.

Cabe às SMS de Mato Grosso do Sul a regulamentação e autorização de TFD Intermunicipal a seus municípios.

O TFD Interestadual compreende deslocamento do paciente (e acompanhante, se for o caso) residente em Mato Grosso do Sul, para tratamento em outro estado da Federação. As despesas decorrentes a esse tipo de deslocamento – interestadual – são de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

O deslocamento disponibilizado pelo TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul compreende apenas viagens para outros estados da Federação, não sendo autorizado o tratamento fora do país.

O período de permanência fora do estado será limitado ao período estritamente necessário à fase do tratamento.

O TFD só será autorizado quando houver comprovação de atendimento fora do estado, com data e horário definidos previamente em estabelecimentos vinculados ao SUS fora do estado.

O agendamento do tratamento do paciente fora do estado é de responsabilidade da respectiva SMS, exceto os casos descritos no Capítulo 14 deste Manual.

Os transportes aéreos relativos ao TFD Interestadual terão sua saída e retorno preferencialmente no aeroporto de Campo Grande, levando-se sempre em consideração o princípio da economicidade.

Caso o município de destino do paciente não tenha aeroporto, serão avaliadas pela Gerência de TFD/SES/MS as alternativas possíveis e viáveis para deslocamento até o município onde ocorrerá o tratamento.

Os beneficiários do TFD devem cumprir as normas específicas do transporte aéreo e rodoviário, estabelecidas pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e Agência Nacional de Transporte Terrestres (ANTT), quanto à sua responsabilidade em caso de conduta imprópria ou omissão de informação.

O TFD contempla procedimentos de caráter eletivo, desde que não estejam inseridos no bloco de Atenção Básica, sejam descritos no SIGTAP e haja insuficiência ou inexistência de oferta no estado de Mato Grosso do Sul. Contudo, se houver necessidade de TFD para uma situação de urgência (transplante de órgãos, por exemplo), a Gerência de TFD/SES procederá avaliação/autorização da solicitação com base em devida comprovação documental. Neste caso, o paciente deverá ter o seu quadro estabilizado e dispor do agendamento em unidade de destino, conforme normatizado neste Manual.

### **3. SOLICITAÇÃO DE TFD INTERESTADUAL**

#### **3.1 Documentos necessários para compor o processo de solicitação e autorização de TFD:**

- Ofício da SMS para encaminhamento de documentação para Tratamento Fora do Domicílio, conforme Anexo I;
- Formulário de Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD), conforme Anexo II, devidamente preenchido/assinado na SMS de origem do paciente;
- Laudo Médico original, conforme Anexo III, devidamente preenchido/assinado/datado pelo médico vinculado ao SUS de Mato Grosso do Sul, com letra legível, sem rasuras, com todos os campos corretamente preenchidos e contendo as informações que justifiquem o deslocamento para TFD;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade devidamente preenchido/assinado pelo paciente e, quando for o caso, também pelo acompanhante, conforme Anexo IV;
- Cópia de exames atualizados que comprovem as informações do Laudo;
- Cópia legível dos documentos do paciente: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento (para paciente menor de idade que não possua RG), comprovante dos dados bancários (se for o caso de recebimento de Ajuda de Custo);
- Cópia legível do RG, CPF e CNS do acompanhante;
- Cópia de comprovante atualizado de residência do paciente (fatura de água, luz ou telefone) ou declaração de residência do paciente, emitida pelo proprietário do imóvel, em caso de aluguel;
- Cópia do documento de confirmação do agendamento do tratamento em estabelecimento de saúde fora do estado, que pode ser documento da Central de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/SES/MS) ou da instituição que receberá o paciente, sendo este em papel timbrado, contendo data, horário e local específico do atendimento, identificação/assinatura do responsável pelo agendamento e seu contato (telefone e e-mail);
- Parecer atualizado do CER/APAE/Campo Grande confirmando a necessidade de TFD em casos de: seqüela de trauma, lesão medular, seqüela de Acidente Vascular Encefálico, amputações, traumatismo crânio-encefálico, doenças neuromusculares, paralisia cerebral, síndromes genéticas que comprometam o aparelho locomotor, mielomeningocele, malformação congênita, paralisia infantil, neuropatias;

- Parecer atualizado da FUNCRAF/Campo Grande confirmando a necessidade de TFD em casos de deficiências auditivas e fissuras labiopalatais;

**Nota:** O paciente ou seu representante legal e acompanhante deverão apresentar todos os documentos exigidos, conforme acima descrito, sob pena de indeferimento ou cancelamento do benefício.

### **3.2 Normas e rotinas para 1ª solicitação e renovação de TFD:**

- A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente, previamente ao deslocamento, nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS de Mato Grosso do Sul, por meio do Laudo Médico para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, conforme explicitado no capítulo 3.1;
- A documentação referente à solicitação de TFD deve ser entregue pelo paciente/responsável à respectiva SMS, que lhe entregará protocolo específico, avaliará o pedido e adotará as providências cabíveis dentro das normas vigentes;
- Os municípios que fazem parte das Microrregiões de Aquidauana, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas enviarão essa documentação, se for o caso de TFD Interestadual, via ofício (conforme Anexo I), ao respectivo Núcleo Regional de Saúde (NRS), que a encaminhará, via comunicação interna, à Gerência de TFD/SES;
- Os municípios que fazem parte da Microrregião de Campo Grande enviarão essa documentação, via ofício (conforme Anexo I), à SMS de Campo Grande (SESAU), que a encaminhará à Gerência de TFD/SES em caso de TFD Interestadual, via ofício (podendo utilizar como modelo o Anexo I deste Manual);
- Os municípios da Microrregião de Corumbá enviarão essa documentação, se for o caso de TFD Interestadual, via ofício (conforme Anexo I), à Gerência de TFD/SES;
- As solicitações de TFD Interestadual deverão dar entrada na Gerência de TFD/SES (pelos NRS das Microrregiões de Aquidauana, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas e SMS de Campo Grande e Corumbá) com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos à data do agendamento fora do estado, acompanhadas de todos os documentos necessários conforme descrito neste Manual;

- A contagem do prazo (15 dias) para concessão do TFD iniciará a partir do momento da entrada da documentação na Gerência de TFD/SES;
- Em caso de descumprimento do prazo acima, poderá ocorrer indeferimento da solicitação, por falta de tempo hábil para tramitação do processo;
- Em cada deslocamento para TFD Interestadual será necessário apresentar um PTFD (conforme Anexo II) devidamente preenchido e assinado;
- O Laudo Médico para Solicitação de TFD terá validade de 01 (um) ano **a contar da data de emissão**, emitido por médico da rede SUS do estado; caso o paciente necessite do TFD após esse período, deve ser apresentado novo Laudo (conforme Anexo III), sob pena de ter o benefício suspenso ou cancelado;
- Em casos de tratamento prolongado (mais de um ano ininterrupto fora do estado), por ocasião da renovação do Laudo Médico, o paciente deverá apresentar também um relatório consubstanciado da equipe médica responsável pelo TFD do paciente, com o relato da evolução clínica do mesmo;
- Todos os documentos recebidos pela Gerência de TFD/SES não poderão conter rasura, deverão estar legíveis e com todos os campos corretamente preenchidos, seguindo as normas deste Manual, e o seu descumprimento implicará na devolução da documentação;
- A Gerência de TFD/SES não se responsabilizará pelo fornecimento de insumos, materiais e/ou equipamentos para uso do paciente durante o deslocamento e o tratamento fora do estado, tais como sondas, alimentos, oxigênio, fraldas, cadeiras de rodas ou outros;
- Caso o paciente necessite de cadeiras de rodas **durante o deslocamento**, é indispensável que isso seja relatado no PTFD, **para informação prévia à empresa de transporte**;
- O paciente cujo estado de saúde requeira o preenchimento do formulário de informações médicas (MEDIF), conforme normatização da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) para deslocamentos aéreos comerciais deverá entregá-lo, devidamente preenchido/datado/ assinado, à Gerência de TFD/SES, quando solicitado;
- Pacientes de origem estrangeira deverão estar com sua situação legalizada no Brasil, apresentando seus documentos no ato de solicitação do TFD, sendo o CNS imprescindível.

#### 4. PRESTAÇÃO DE CONTAS DE TFD

- O paciente beneficiário do TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul (ou seu responsável), imediatamente após retornar ao município de residência, deverá apresentar à respectiva SMS, documento expedido pela unidade de saúde que prestou o atendimento, onde conste o período de tratamento, bem como, os canhotos das passagens utilizadas, para fins de comprovação do TFD e evitar suspensão/cancelamento do benefício. A SMS procederá ao envio desses documentos à Gerência de TFD/SES;
- Em caso de extravio dos bilhetes/canhotos deverá ser enviada a devida justificativa escrita à Gerência de TFD/SES e comprovante de comparecimento à Unidade de destino fora do estado;
- Caso o embarque não ocorra no dia/horário previsto por motivo pessoal do paciente ou acompanhante, tal situação deverá ser informada imediatamente e por escrito, à Gerência de TFD/SES e, caso seja necessário remarcar as passagens, o paciente e seu acompanhante arcarão com respectivas taxas e tarifas diretamente com a empresa (aérea ou rodoviária).

#### 5. AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM DURANTE A VALIDADE DO LAUDO

- Quando o paciente necessitar retornar ao serviço fora do estado durante o prazo de validade do Laudo (01 ano) deverá apresentar novo PTFD e, o documento de confirmação do agendamento do tratamento em estabelecimento de saúde fora do estado, cumprindo os trâmites de encaminhamento descritos neste Manual.

#### 6. RENOVAÇÃO DE TFD

- Somente terão direito à renovação de TFD (Passagens e Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite), aqueles pacientes estritamente em dia com a prestação de constas descrita no item 4;
- Para renovar o TFD, após expirado o prazo de validade de 01 ano do Laudo, o paciente deverá apresentar os documentos relacionados no item 3.1 deste Manual, **atualizados** e acompanhados do Relatório de Evolução Clínica (conforme Anexo VI

deste Manual), inclusive para os casos de pacientes que permanecem no local de tratamento fora do estado há mais de 01 ano;

- A tramitação do pedido de renovação do TFD cumprirá as normas descritas no item 3.2 deste Manual.

## **7. TIPOS DE TRANSPORTE**

Serão custeadas, preferencialmente, passagens rodoviárias convencionais. Ocasionalmente, poderão ser autorizadas passagens de ônibus tipo leito (devidamente justificadas) e, excepcionalmente, passagens aéreas. Estas últimas somente serão fornecidas para paciente cujo estado de saúde o impeça de realizar o deslocamento via terrestre, mediante apresentação de justificativa detalhada pelo médico assistente, que deverá comprovar, por meio de Laudo (conforme Anexo III) e exames complementares pertinentes, a gravidade do estado de saúde, documentos estes que serão submetidos à rigorosa análise por parte do médico autorizador do TFD, de acordo com o § 1º do Art. 4º da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

A compra de passagens, bem como a efetivação da viagem, muitas vezes depende de condições externas à Gerência de TFD/SES (situação climática, disponibilidade de voos, compra de trechos específicos, companhias aéreas, etc.). Situações de exceção serão avaliadas com o objetivo de disponibilizar a melhor opção possível de atendimento.

A disponibilização de passagens rodoviárias aos usuários ocorre por meio de envio de localizador/código de reserva ao endereço eletrônico (e-mail) diretamente ao paciente ou por intermédio do respectivo NRS e SMS e entrega dos bilhetes nos guichês das empresas de ônibus, em nome do paciente e acompanhante, se for o caso. Quanto às passagens aéreas, o localizador/código de reserva é informado por meio de endereço eletrônico (e-mail) aos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), SMS ou paciente, conforme o caso, a fim de agilizar a informação com menor risco de equívocos.

Caso ocorra qualquer intercorrência alheia à vontade do paciente/responsável, que impossibilite o embarque, como por exemplo, cancelamento de voo pela companhia aérea, alteração no agendamento do hospital de destino, doença/agravo, internação hospitalar, etc., o paciente ou acompanhante, com a máxima brevidade possível, deverá informar o ocorrido ao respectivo NRS/SMS e encaminhar o documento comprobatório à Gerência de TFD/SES.

## 8. AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO E PERNOITE

- O pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite, somente será autorizado após análise do médico autorizador do TFD, com base nas normas vigentes e valor definido por meio de Portaria do Ministério da Saúde;
- Conforme o § 4º do artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, é vedado o pagamento de Ajuda de Custo (alimentação e pernoite) a paciente encaminhado por meio de TFD que permaneça hospitalizado no município de referência, assim como não é disponibilizada ajuda de custo (alimentação e pernoite) ao acompanhante quando este permanecer junto ao leito do paciente durante a internação hospitalar;
- A ajuda de custo é restrita ao período de deslocamento e de permanência fora do estado;
- Somente será disponibilizada a modalidade de pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite por meio de depósito em conta bancária em nome do paciente ou responsável ou ainda de terceiro, mediante *Autorização para Crédito em Conta Bancária de Terceiro*, conforme Anexo VII, devidamente preenchido e assinado, no qual deverão constar os dados bancários do beneficiário;
- O pagamento de Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite será feito mediante a entrega do *Relatório de Atendimento Fora de Domicílio*, que deverá conter as informações mínimas conforme modelo descrito no Anexo V, anexando-se cópia dos dados bancários;
- O valor a ser pago referente ao procedimento de Ajuda de Custo, definido pela Portaria SAS/MS nº 55/1999 será correspondente ao quantitativo de dias que o paciente (e acompanhante, se for o caso) permanecer fora do estado para TFD, não podendo ser superior a 31 (trinta e um) por mês;

## 9. ACOMPANHANTE PARA TFD

De acordo com o Art. 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, a necessidade de **acompanhante** deverá constar no pedido inicial pelo médico signatário do Laudo Médico para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, com justificativa da impossibilidade de o paciente se deslocar desacompanhado, o que será avaliado pelo médico autorizador do TFD.

Portanto, somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de **acompanhante** nos casos em que houver indicação médica, justificando, no Laudo Médico para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, a impossibilidade de o paciente viajar desacompanhado, inclusive em caso de menores de 18 anos e maiores de 60 anos.

O acompanhante deverá ser parente consanguíneo, parente por afinidade ou pessoa de relação próxima e/ou responsável legal do paciente. Também deverá ser maior de idade e estar apto física e mentalmente para acompanhar o paciente. O acompanhante terá direito a passagens e Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite, observadas as disposições da Portaria SAS/MS nº 55/1999, demais normas afins do Ministério da Saúde e deste Manual.

A solicitação de mais de um acompanhante será rigorosamente avaliada pelo médico autorizador do TFD e deferida conforme cada caso.

Caso o paciente ou seu representante opte por incluir outro indivíduo na viagem, a SES/MS não se responsabiliza por essas despesas.

O acompanhante deverá permanecer no local de tratamento do paciente, fora do estado, ciente de que não pode retornar ao município de origem sem que esse seja liberado pelo médico (alta provisória ou definitiva). A Gerência de TFD/SES não se responsabiliza pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante durante o TFD.

Havendo a intenção de troca de acompanhante, é necessário apresentar à Gerência de TFD/SES o formulário de Solicitação de Troca de Acompanhante (Anexo VIII), juntamente com o comprovante do próximo agendamento, além das cópias do CNS, CPF e RG do novo acompanhante. Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem, exceto em caso de morte ou doença devidamente comprovadas por documento e, no máximo, em 48 (quarenta e oito) horas antes do embarque.

Quando o paciente tem direito a acompanhante durante o período de internação, em conformidade com legislação específica do SUS, como é o caso de menores de idade e idosos, o acompanhante (assim como o paciente) não receberá Ajuda de Custo para Alimentação e Pernoite, haja vista que, no valor da *diária de acompanhante*, custeada por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), estão incluídos a acomodação e o fornecimento das principais refeições.

## **10. RESSARCIMENTO DE DESPESAS EM CASO DE ÓBITO DO PACIENTE DURANTE O TFD**

- a) As despesas passíveis de ressarcimento em caso de óbito do paciente, quando em TFD fora do estado são: preparação do corpo (tanatopraxia), urna e traslado até o município de origem do paciente;
- b) As despesas relativas a flores, túmulo, velório, dentre outros, não estão contemplados no ressarcimento de TFD;
- c) No caso de óbito do paciente durante o TFD, o responsável deverá apresentar à Gerência de TFD/SES os seguintes documentos para solicitação de ressarcimento da(s) despesa(s):
  - Nota fiscal original referente à urna, preparação do corpo e trajeto do traslado;
  - Cópia da Certidão de Óbito do paciente;
  - Declaração emitida pelo responsável ou acompanhante, de próprio punho, datada e assinada, informando: nome do paciente que veio a óbito, trajeto do traslado, data e nome do hospital em que ocorreu o óbito, dados do beneficiário do ressarcimento (CPF/RG/Identificação do Banco/Agência/nº da conta bancária), valor da (s) despesa (s) descrita (s) no item “a” deste capítulo.

## **11. SOLICITAÇÕES INDEFERIDAS**

- Os pedidos de TFD indeferidos (1ª solicitação ou renovação) serão devolvidos aos NRS ou SMS, conforme o caso, acompanhadas de comunicação interna ou ofício indicando o motivo da devolução.

## **12. AUTORIZAÇÃO DE TFD**

- O TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul somente será autorizado quando forem cumpridas as normatizações contidas na normatização federal vigente e neste Manual;
- Segundo o SIGTAP, somente o profissional médico poderá autorizar a concessão dos benefícios relacionados ao TFD (ajuda de custo e passagens aéreas ou rodoviárias);

- Todas as solicitações relacionadas ao TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul serão submetidas à avaliação e autorização de profissional médico designado pelo gestor estadual para essa função;
- Sempre que necessário, o médico autorizador do TFD poderá solicitar outros documentos ou exames para subsidiar avaliação/autorização do pedido.

### 13. CONTROLE E AVALIAÇÃO DE TFD

- A Gerência de TFD/SES e outros setores da SES/MS envolvidos manterão arquivo de todos os documentos relacionados ao TFD para que estejam disponíveis aos órgãos de controle e fiscalização do SUS.
- A Gerência de TFD/SES deve orientar aos NRS e SMS quanto à recepção, análise e encaminhamento dos documentos relacionados ao TFD, bem como, dar ampla divulgação deste Manual, com vistas a assegurar pleno controle dos benefícios concedidos.
- Cada paciente que solicitar TFD Interestadual terá uma pasta aberta na Gerência de TFD/SES, para registro histórico de suas demandas de tratamento fora do estado e para instruir as ações de controle e avaliação do serviço.
- A Gerência de TFD/SES efetuará mensalmente a inserção dos dados da Produção Ambulatorial no aplicativo do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Magnético/SIA/SUS) dos procedimentos relativos ao TFD que tiveram a comprovação de realização na competência anterior, segundo descrição definida pelo SIGTAP. Deverão ser considerados os procedimentos relacionados à ajuda de custo e ao transporte aéreo e rodoviário para TFD quando da inserção no BPA, conforme relacionado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Código e nome do procedimento de TFD segundo o SIGTAP.

<b>CÓDIGO NO SIGTAP</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
08.03.01.001-0	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de paciente
08.03.01.002-8	Ajuda de custo p/ alimentação de paciente s/pernoite
08.03.01.003-6	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de paciente (p/tratamento CNRAC)
08.03.01.004-4	Ajuda de custo p/ alimentação /pernoite de acompanhante

08.03.01.005-2	Ajuda de custo p/ alimentação de acompanhante s/pernoite
08.03.01.006-0	Ajuda de custo p / alimentação/pernoite de acompanhante (p/tratamento CNRAC)
08.03.01.007-9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)
08.03.01.008-7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas)
08.03.01.010-9	Unidade de remuneração p/deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 km de distância)
08.03.01.012-5	Unidade de remuneração p/deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km)
08.03.01.013-3	Unidade de remuneração p/deslocamento interestadual de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas) (p/tratamento CNRAC)
08.03.01.014-1	Unidade de remuneração p/deslocamento interestadual de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas) (p/tratamento CNRAC)

Fonte: SIGTAP/DATASUS/Ministério da Saúde, maio/2018.

**Nota:** No SIGTAP consta também a descrição de procedimentos referente à Unidade de Remuneração para deslocamento de paciente e acompanhante por transporte fluvial, porém não serão utilizados em Mato Grosso do Sul, pois não condizem com a realidade do estado.

- Após a inserção dos dados no BPA Magnético/SIA/SUS, a Gerência de TFD/SES emitirá o arquivo do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), ou outro a ser instituído pelo Ministério da Saúde, e encaminhará os respectivos documentos (impressos e por meio eletrônico) à Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria (CECAA/SGGE/SES/MS), acompanhado do Relatório de Controle de Remessa e da relação nominal (em ordem alfabética) dos beneficiários do TFD Interestadual, até o dia 12 de cada mês. Todos esses documentos deverão

conter data, assinatura e carimbo dos responsáveis. Quanto ao BPA-I, deverá ter assinatura e carimbo em todas as páginas;

- A CECAA procederá à revisão/autorização da produção ambulatorial do TFD, segundo as normas vigentes, e fará o processamento no SIA/SUS, para fins de registro histórico e de ressarcimento das despesas efetuadas com a concessão do benefício. Quando houver glosa, será emitido o respectivo Relatório de Glosa e Orientação Técnica, se for o caso, dando a devida ciência à Gerência de TFD/SES;
- Os valores financeiros dos benefícios do TFD (passagens e ajuda de custo), ao paciente e acompanhante (se indicado), estão de acordo com os valores fixados na Tabela SUS e acompanharão os reajustes definidos pelo Ministério da Saúde.

#### **14. CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (CNRAC) E CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (CERAC)**

- A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) faz parte da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e seu Regulamento Técnico foi reformulado por meio da Portaria SAS/MS nº 688, de 6 de abril de 2017. Segundo esse novo Regulamento Técnico, a CNRAC tem por objetivo intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade, considerando o caráter eletivo do atendimento e o elenco de procedimentos definido pela Tabela SUS com atributo CNRAC, providenciando o agendamento fora do estado por meio de um sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde;
- Os casos passíveis de agendamento pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), redefinidos por meio da Portaria SAS/MS nº 688/2017 (Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Traumatologia e Ortopedia e os procedimentos cirúrgicos relativos à Cirurgia Bariátrica), devem ser cadastrados na Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/SES), sendo que a Gerência de TFD somente procederá à liberação do benefício após a confirmação desse agendamento;
- A Portaria SAS/MS 688/2017 também reformulou as regras para a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), instituída no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e que tem por objetivo planejar e organizar o fluxo assistencial de usuários que necessitam de procedimentos de alta complexidade com atributo

CNRAC. A CERAC deve ser uma unidade operacional do Complexo Regulador Estadual e, no desempenho de suas funções, atuará como solicitante e/ou como executante;

- Em Mato Grosso do Sul, a CERAC está vinculada à Coordenadoria Estadual de Regulação da Assistência (CERA) e desempenha as atribuições estabelecidas por meio da Portaria SAS/MS nº 688/2017 em âmbito estadual, fazendo interface com a CNRAC;
- As solicitações de TFD para procedimentos de alta complexidade com atributo CNRAC só serão analisadas/autorizadas após entrega à Gerência de TFD/SES de documento oficial da CERAC/SES (com assinatura, carimbo, nome legível e matrícula do servidor responsável) informando a data e local de atendimento fora do estado.

## **15 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES**

### **15.1 Das Secretarias Municipais de Saúde:**

- Regulamentar, na esfera municipal, as ações relacionadas ao TFD, podendo criar setor específico de TFD na área de atuação da Regulação Municipal, que fará interface com a respectiva instância estadual, visando agilidade no atendimento ao paciente com essa indicação;
- Receber, protocolar e analisar as solicitações de TFD de seus municípios;
- Garantir o TFD Intermunicipal, responsabilizando-se pelo custeio das despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para os tratamentos dentro do estado;
- Certificar, se for o caso, a inexistência/insuficiência do tratamento requerido, dentro do Estado;
- Providenciar agendamento do TFD Interestadual, exceto para procedimento de alta complexidade, com atributo CNRAQ ;
- Encaminhar a documentação referente ao TFD Interestadual, via ofício, ao respectivo NRS ou à Gerência de TFD/SES, conforme definido neste Manual, e acompanhada da relação de pacientes em ordem alfabética, especificando cada documento anexado e constando se é pedido novo ou renovação;

- Encaminhar ao respectivo NRS ou à Gerência de TFD/SES, conforme o caso, os comprovantes dos deslocamentos para TFD (passagens, relatórios, declarações), sendo esta uma condição para concessão de novos benefícios de TFD;
- Orientar ao paciente/responsável/acompanhante, de que deverá providenciar todos os insumos, materiais e/ou equipamentos necessários durante o deslocamento, tais como sondas, alimentos, oxigênio, fraldas, cadeiras de rodas ou outros;
- Providenciar ambulância apropriada em caso de paciente impossibilitado de utilizar outro tipo de transporte, conforme Laudo Médico, até o local do TFD;
- Acompanhar a situação dos processos de TFD de seus municípios.

## **15.2 Do Núcleo Regional de Saúde/SES/MS**

- Receber e analisar a documentação referente às solicitações de TFD Interestadual encaminhadas pelos municípios da área de abrangência;
- Reconhecer a autenticidade das cópias dos documentos, apondo assinatura, carimbo, nome legível e matrícula do servidor responsável;
- Encaminhar à Gerência de TFD/SES, após análise, a documentação referente às solicitações de TFD encaminhada pelos municípios, via CI e acompanhada da relação de pacientes em ordem alfabética, especificando cada documento anexado e constando se é pedido novo ou renovação;
- Encaminhar à Gerência de TFD/SES os comprovantes dos deslocamentos para TFD (passagens, relatórios, declarações), sendo esta uma condição para concessão de novos benefícios de TFD;
- Apoiar aos municípios na operacionalização do TFD e a Gerência de TFD/SES na função de orientar as SMS e usuários a respeito das normas deste Manual, receber a documentação correta e validar cópias com assinatura, carimbo, nome legível e matrícula do servidor no momento do recebimento da mesma, entregando via protocolada ao usuário/SMS.

## **15.3 Da Gerência de TFD/SES/MS**

- Regulamentar as ações relacionadas ao TFD Interestadual e propor revisão/atualização das normas e rotinas no âmbito estadual, quando necessário;

- Operacionalizar o TFD Interestadual, informando ao NRS ou SMS sobre concessão ou recusa do benefício;
- Emitir e analisar relatórios gerenciais com o objetivo de subsidiar a CERA/SGGE/SES na implementação do Serviço, na avaliação dos gastos, na prestação de contas e no planejamento anual;
- Receber e analisar a documentação referente às solicitações de TFD Interestadual encaminhadas pelos NRS e SMS;
- Abrir e acompanhar o processo administrativo individualizado de TFD Interestadual;
- Submeter cada processo de TFD Interestadual à avaliação/autorização do médico autorizador;
- Disponibilizar as passagens rodoviárias em nome do paciente e acompanhante nos guichês das agências de transporte;
- Solicitar a aquisição das passagens aéreas em nome do paciente e acompanhante, quando deferido o processo e enviar, por e-mail, os dados dos voos;
- Solicitar o pagamento de ajuda de custo ao paciente e acompanhante, conforme autorizado;
- Registrar mensalmente os dados da Produção Ambulatorial no aplicativo do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Magnético/SIA/SUS) dos procedimentos relativos ao TFD, emitir o BPA I e a relação nominal dos beneficiários;
- Encaminhar a documentação referente à Produção Ambulatorial do TFD à CECAA/SGGE/SES/MS nos prazos estabelecidos.

#### **15.4 Da CERA/SGGE/SES/MS**

- Coordenar o processo de normatização e operacionalização do TFD Interestadual em Mato Grosso do Sul;
- Aprovar a revisão e atualização das normas referentes ao TFD no âmbito estadual e dar ampla divulgação às mesmas;
- Garantir a concessão dos benefícios do TFD Interestadual;
- Propor ao gestor estadual, quando necessário, a designação de profissionais médicos para comporem equipe de autorização do TFD Interestadual;

- Analisar os relatórios emitidos pela Gerência de TFD/SES, com o objetivo de orientar e redefinir, quando necessário, a concessão do benefício, garantir os recursos financeiros para sua execução e subsidiar o planejamento e reorganização da rede de atenção à saúde do estado, se for o caso.

## **16. DISPOSIÇÕES FINAIS**

As situações não previstas neste Manual serão avaliadas pela Coordenadoria Estadual de Regulação da Assistência/SGGE/SES/MS.

Este Manual, bem como os demais documentos relacionados ao TFD Interestadual, encontram-se disponíveis na página eletrônica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, no endereço: [www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999*. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 688, de 6 de abril de 2017*. Reformula o Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVI*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo XXVI*. Institui no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP. *Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada>*. Acesso em: 14 nov 2018.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução N. 56/SES/MS, de 31 de maio de 2010*. Dispõe sobre o Manual Estadual de Normatização do Setor de Tratamento Fora de Domicílio, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução N. 070/SES/MS de 26 de outubro de 2010*. Aprova o Manual do Tratamento Fora do Domicílio, 2010.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

*(papel timbrado da SMS de origem do paciente)*

Ofício nº *(a ser encaminhado ao NRS, à SESAU/Campo Grande, Corumbá ou à Gerência de TFD/SES, conforme o caso, segundo o item 3.2 do Manual do TFD/MS)*

Assunto: Encaminhamento de solicitação para TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

Encaminhamos a documentação do (a) paciente \_\_\_\_\_, para avaliação da solicitação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme Laudo e demais anexos, após devidamente analisados no âmbito desta Secretaria e informamos:

O tratamento requerido não é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, por isso o paciente necessita se deslocar para outro estado.

O tratamento requerido é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, porém há fila de espera para atendimento em média de \_\_\_\_\_ (tempo) no (s) serviço (s) de referência.

O paciente iniciou o tratamento em outro estado e necessita acompanhamento e esse atendimento continua com oferta inexistente/ insuficiente em Mato Grosso do Sul, sendo necessária a continuidade do TFD.

Outro motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Setor de TFD/Regulação/SMS de xxxx

\_\_\_\_\_  
Secretário (a) Municipal de Saúde



ANEXO III

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

OBS.: O Laudo deve ser legível, conforme determinam a Resolução CFM 1931/2009 e a Portaria SAS/MS 1011/2014.

UNIDADE SOLICITANTE:

CNES Nº:

PACIENTE:	NOME COMPLETO			CNS	
	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO ( ) F ( ) M	DOC. IDENTIDADE	CPF	
	ENDEREÇO			Nº	
	MUNICÍPIO			CEP	TELEFONE:
	NOME DA MÃE				
1. HISTÓRICO DETALHADO DA DOENÇA (principais sinais e sintomas clínicos, anamnese, exame físico):					
2. DIAGNÓSTICO INICIAL:					
3. CID-10:					
4. PESO:					
5. ALTURA:		6. TIPO SANGUÍNEO:		7. FATOR RH:	
8. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (anexar cópias):					
9. TRATAMENTOS REALIZADOS:					
10. TRATAMENTO / ATENDIMENTO INDICADO FORA DO DOMICÍLIO:					
11. JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO/ESTADO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE:					
12. JUSTIFICAR EM CASO DE ENCAMINHAMENTO URGENTE DO PACIENTE:					

13. NECESSITA DE ACOMPANHANTE: ( ) SIM ( ) NÃO			
JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:			
ACOMPANHANTE:	NOME COMPLETO		CNS
	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO ( ) F ( ) M	DOC. IDENTIDADE
	ENDEREÇO		Nº
	MUNICÍPIO	CEP	TELEFONE:
	NOME DA MÃE		
DADOS ADICIONAIS:			
14. TIPO DE TRANSPORTE RECOMENDADO:		JUSTIFICAR SE TRANSPORTE AÉREO:	
<input type="checkbox"/>	RODOVIÁRIO CONVENCIONAL		
<input type="checkbox"/>	RODOVIÁRIO LEITO		
<input type="checkbox"/>	AÉREO		
<input type="checkbox"/>	OUTRO:		
15 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

LOCAL E DATA

ASSINATURA/CARIMBO/ CRM E CNS DO MÉDICO

SOLICITANTE

<b>PARA USO DO SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE TFD</b> (Gerência de TFD/SES)	1. Com base na avaliação da documentação apresentada e nos recursos financeiros disponíveis: <input type="checkbox"/> Autorizada a solicitação de TFD <input type="checkbox"/> Indeferida a solicitação de TFD
	2. Passagem autorizada: <input type="checkbox"/> Aérea <input type="checkbox"/> Rodoviária Convencional <input type="checkbox"/> Rodoviária Tipo Leito
	3. Código do procedimento(s) autorizado(s), conforme SIGTAP: <input type="checkbox"/> 08.03.01.007-9 <input type="checkbox"/> 08.03.01.008-7 <input type="checkbox"/> 08.03.01.010-9 <input type="checkbox"/> 08.03.01.012-5 <input type="checkbox"/> 08.03.01.013-3 <input type="checkbox"/> 08.03.01.014-1
	Data: ____/____/____
	Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS

## ANEXO IV

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu (nome do paciente ou responsável), \_\_\_\_\_, residente e domiciliado \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_, com o(s) telefone(s) \_\_\_\_\_ para contato \_\_\_\_\_, solicito a concessão do benefício do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) à Gerência de TFD/SES/MS, e declaro estar ciente e de acordo com o disposto na **Portaria SAS/MS n.º. 55, de 24/02/1999**, bem como, no **Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio de Mato Grosso do Sul e normatizações subsequentes, disponíveis para consulta no endereço eletrônico.**

Conforme justificativa médica, no Laudo Médico Para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, **designo** a pessoa abaixo identificada para ser meu (minha) acompanhante, anexando a este Termo cópia de seus documentos pessoais (RG, CPF e CNS), de acordo com a Portaria SAS/MS n.º. 55/1999 e o Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio, que normatizam a concessão de benefícios para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação e justificativa médica:

#### **Designo como Acompanhante:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidade N.º \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, Cartão Nacional de Saúde N.º \_\_\_\_\_,  
residente à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, N.º \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, no  
Município de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_. Telefone (s) p/ contato: \_\_\_\_\_

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Local e data: \_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do acompanhante (se houver)

## ANEXO V

(em papel timbrado da Unidade de saúde, fora do estado de MS, onde o paciente realizou o TFD)

### RELATÓRIO DE TFD PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO (informações mínimas necessárias)

Informamos que o (a) paciente: \_\_\_\_\_ foi atendido (a) neste estabelecimento de saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme abaixo:

O atendimento foi: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Ambos ( )

Data/período do atendimento ambulatorial: \_\_\_\_\_ Data/período da internação hospitalar: \_\_\_\_\_.

Se houve internação, o acompanhante permaneceu junto ao paciente durante esse período, no Hospital? Sim ( ) Não ( )

A(s) área(s)/especialidade(s) envolvida(s) no atendimento foram: \_\_\_\_\_

Município/UF e data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do (a) Assistente Social  
Telefone/E-mail

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável

**OBS:** Este Relatório deverá ser enviado à Gerência do TFD/MS, com a finalidade de comprovar o TFD e solicitar Ajuda de Custo.

Se necessário, entrar em contato com a Gerência de TFD/SES/MS: Telefone (67) 3378-3540, FAX (67) 3378-3568 e e-mail [tfd@saude.ms.gov.br](mailto:tfd@saude.ms.gov.br)

\_\_\_\_\_  
**Para uso da Gerência do TFD/MS:**

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao paciente: \_\_\_\_\_

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao acompanhante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS

**ANEXO VI**

*(em papel timbrado da Unidade de saúde, fora do estado de MS, onde o paciente realizou o TFD)*

**RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA**

*(favor preencher todas as lacunas)*

Informamos que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Prontuário N° \_\_\_\_\_, foi atendido(a) nesta  
Instituição para TFD. O diagnóstico do paciente é  
\_\_\_\_\_, CID-10 \_\_\_\_\_. O(s) procedimento(s)  
e/ou tratamento(s) realizado(s) foi (foram):

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

Informações complementares/exames: \_\_\_\_\_

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

Estado geral atual do paciente: \_\_\_\_\_

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

Há necessidade de retorno do paciente a esta Instituição? NÃO ( )

SIM ( ) Justificar a necessidade do retorno, especificando qual tratamento deverá ter  
continuidade na Instituição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico assistente  
(carimbo com CNS)

## ANEXO VII

### Autorização para Depósito em Conta Bancária de Terceiro

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente ou responsável) autorizo a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul a depositar o valor para Ajuda de Custo referente ao Tratamento Fora de Domicílio de

\_\_\_\_\_ (nome do paciente) para o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_ (nome da pessoa autorizada a receber o crédito), conforme os dados abaixo:

Banco: \_\_\_\_\_, Agência nº: \_\_\_\_\_ Conta bancária nº: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

Observação: Anexar cópia do comprovante bancário, CPF e RG do beneficiário do crédito.

## ANEXO VIII

### Solicitação de Troca de Acompanhante

*(Obs: Conforme o Capítulo 9 do Manual do TFD/MS, “não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem, exceto em caso de morte ou doença devidamente comprovadas por documento e, no máximo, em 48 (quarenta e oito) horas antes do embarque”)*

Eu \_\_\_\_\_ (nome do paciente/responsável), portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_ solicito a troca do acompanhante \_\_\_\_\_ (nome do acompanhante inicialmente informado), pelo(a) Sr. (a) \_\_\_\_\_ (nome do(a) novo(a) acompanhante), portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ e CNS \_\_\_\_\_, referente ao Tratamento Fora de Domicílio de \_\_\_\_\_ que será realizado no Hospital/Unidade \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ (Município/UF), no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro que o novo acompanhante está ciente das normas vigentes para o TFD Interestadual de Mato Grosso do Sul, disponíveis no endereço eletrônico.

Local e data: \_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do novo acompanhante

\*Anexar a esta solicitação:

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido e assinado pelo paciente e novo acompanhante.
- Cópia legível do RG, CPF e CNS do novo acompanhante.