

LEI MUNICIPAL N.º 1.814, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013.

Regulamenta o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), no Município de Indianópolis-MG, e dá outras providências.

PREFEITO MUNICIPAL

Faço saber que a Câmara Municipal de Indianópolis, Estado de Minas Gerais, aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é assegurado ao cidadão, aqui denominado de usuário, no âmbito do Município de Indianópolis-MG.

Art. 2º A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente, nas unidades assistenciais vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e autorizada por comissão nomeada pelo Prefeito Municipal, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Art. 3º As despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do Município de residência são ajuda de custo para alimentação, pernoite e remuneração para o transporte.

§ 1º Quando o usuário necessitar se deslocar em ônibus de carreira, os valores das passagens devem ser pagos de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

§ 2º O auxílio combustível só será permitido quando não houver disponibilidade de transporte próprio do Município e será de acordo com os valores constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

§ 3º O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio Município.

§ 4º O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada ou contratada do SUS.

§ 5º Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro Município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB).

§ 6º Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no Município de referência.

§ 7º Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km (cinquenta quilômetros) de distância.

§ 8º Os valores referentes ao pagamento do TFD serão disponibilizados ao usuário anteriormente à data prevista do atendimento agendado.

Art. 4º São asseguradas ao usuário e ao acompanhante diárias pelo tempo de permanência no local de destino, que compreendem ajuda de custo para alimentação, pernoite e remuneração de transporte.

Parágrafo único. A autorização de transporte aéreo para pacientes e acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Art. 5º Na impossibilidade de o usuário realizar o TFD, este ou seu acompanhante, deverá devolver os valores recebidos dos cofres do Município de Indianópolis, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, sob pena de ser responsabilizado.

§ 1º No ato do recebimento dos valores correspondentes ao TFD, o usuário ou seu acompanhante, deverá assinar compromisso de prestação de contas e ou devolução dos valores recebidos do TFD.

§ 2º A falta de prestação de contas por parte do usuário implica na suspensão de novos benefícios para TFD.

§ 3º Os valores financeiros sem a prestação de contas respectivas deverão ser devolvidos aos cofres municipais, corrigidos pelo Índice da Caderneta de Poupança.

§ 4º A devolução deverá ser realizada mediante depósito em conta da Prefeitura, indicada pela Secretaria Municipal de Saúde, e o recibo da devolução deverá ser encaminhado à SMS.

Art.6º Fica a cargo do usuário ou acompanhante a prestação de contas, quando do retorno da viagem, o que deverá ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias, podendo ser justificado o atraso mediante relatório médico ou documento com firma reconhecida em cartório.

Art. 7º Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS.

Art. 8º A Secretaria Municipal de Saúde deverá organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o Manual Municipal do TFD.

Parágrafo único. Fica aprovada a normatização sistematizada no Manual do TFD do Município de Indianópolis, em anexo, que é parte integrante desta Lei.

Art. 9º A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá proceder cadastramento ou recadastramento das unidades profissionais autorizadas a solicitarem o TFD.

Art. 10. A unidade de saúde que referencia o usuário do TFD deve acompanhar o processo de alta do paciente e informá-la imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 11. O Prefeito Municipal regulamentará esta Lei no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 12. As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta do Orçamento Municipal em vigor.

Art. 13. Ficam convalidadas as ações referentes ao TFD realizadas no exercício de 2013.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Indianópolis-MG, 25 de setembro de 2013.

SERGIO PAZINI
Prefeito Municipal

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

T.F.D



SUS

PROGRAMA MUNICIPAL TFD



SUCESSO EM SEU TRATAMENTO

Secretaria Municipal de Saúde Indianópolis
Rua Getulio Magalhães, nº 382 – Centro
CEP: 38.490-000 – Indianópolis-MG.
Tel.: (34) 3245-2530
E-mail: saude@indianopolis.mg.gov.br

ESTA CARTILHA TEM O OBJETIVO DE ESCLARECER OS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES INSCRITOS NO PROGRAMA MUNICIPAL TFD.

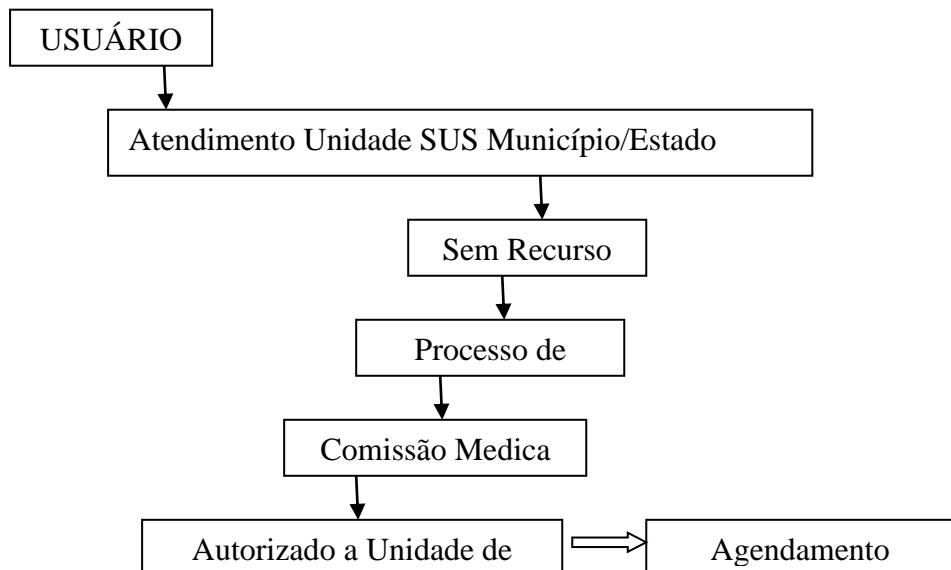


SAIBA O QUE É TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD.

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

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

Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.



O QUE ESTE PROGRAMA OFERECE?

- Consulta, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado;
- Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem;
- Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.

QUANDO O TFD PODE SER AUTORIZADO	
SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none">• Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;• Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;• Somente para municípios referência com distância superior a 50 km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo;• Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos;• Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e• Com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município e na programação Anual do Município/Estado.	<ul style="list-style-type: none">• Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS;• Tratamento para fora do país;• Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;• Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento;• Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio;• Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.

O QUE É PRECISO PARA OBTER O TRATAMENTO?

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

Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:

Originais

- Pedido de Tratamento Fora de Domicílio – PTFD;
- Laudo Médico;
- Termo de Compromisso e Responsabilidade.

Cópias

- Xerox de Exames;
- Xerox de: Certidão de nascimento (paciente menor de idade) ou carteira de identidade (paciente maior de idade); e
- Xerox da carteira de identidade do acompanhante, se houver.
- Comprovante de residência, (paciente, acompanhante e doador);
- CPF (paciente, acompanhante e doador);
- Exames Complementares (quando houver, anexar cópia).
- Cartão Nacional SUS (paciente, acompanhante e doador).

Este laudo será encaminhado à Coordenação do TFD do Estado onde será avaliado por equipe médica especializada, que determinará o local do tratamento, sendo este realizado na localidade mais próxima de origem do paciente.

Compete ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento, de acordo com o caso e as condições do paciente. No entanto, a Comissão Regional poderá indeferir tal necessidade, depois de analisada a justificativa apresentada. A autorização de acompanhamento que não seja imprescindível, poderá estar prejudicando o orçamento necessário à autorização para outros pacientes.

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

CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CNRAC

Instituída pela Portaria GM/SAS n º 2309, de 19 de dezembro de 2001, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, nas áreas de cardiologia, oncologia, traumato-ortopedia, neurocirurgia e exploração diagnóstica e cirurgia para epilepsia. A assistência ambulatorial em alta complexidade se dá única e exclusivamente para o grupo 26 da Hemodinâmica.

Os procedimentos serão financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação/FAEC, por meio da Câmara Nacional de Compensação.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Informações necessárias para inclusão na CNRAC:

Para Epilepsia:

- Idade de início das crises;
- Descrição do(s) tipo(s) de crise(s);
- Freqüência das crises (especificar a freqüência de cada tipo) nos últimos 6 meses;
- Medicações utilizadas e em quais doses;
- Resultados dos exames de investigação:
 - EEG
 - TC
 - RM
 - Outros
- Descrição do exame neurológico;
- Doenças associadas.

Para Neurocirurgia:

- Anamnese com dados neurológicos relevantes (data de início, evolução, etc.);
- Exame neurológico;
- Resultado dos exames complementares que indicam o procedimento.

Para Cardiologia:**a) Geral: Diagnóstico**

- Anamnese dirigida e Classe funcional;
- Laudo descritivo ECG;
- Laudo descritivo Teleradiografia tórax;

b) Hemodinâmica:

- Cateterismo: Resultado de teste de avaliação funcional prévio ou impossibilidade de realização de um teste não invasivo.
- Angioplastia coronariana: Laudo descritivo do CAT e laudo descritivo de teste de avaliação funcional.
- Valvuloplastia: Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou do cateterismo com respectivas pressões. Idade acima de 45 anos, laudo descritivo da coronariografia.
- Congênita – Ecocardiograma.

c) Cirurgia:**c.1) Congênita**

- Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou cateterismo.
- Avaliação odontológica.

c.2) Orovalvar

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos ☐ Laudo descritivo da coronariografia.
- Avaliação odontológica.

c.3) Miocardiopatia

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos ☐ Laudo descritivo da coronariografia.

c.4) Revascularização miocárdica

- Laudo descritivo do cateterismo e teste de avaliação funcional sempre que possível.

c.5) Marca-passo

- Laudo descritivo do ECG e/ou HOLTER e/ou Eletrofisiológico.
- Medicação em uso.
- Ecocardiograma - Multi-sítio

d) Estudo Eletrofisiológico/Ablação:

- ECG e/ou HOLTER;
- Ecocardiograma (Defeito estrutural / Função ventricular).

e) Cardioversor e Desfibrilador:

- Estudo eletrofisiológico obrigatório.

Para Ortopedia:**a) Grupo Tratamento Cirúrgico da Coluna Vertebral:**

39.033.02-3 Artrodese da coluna por via anterior torácica

39.034.02-0 Artrodese da coluna por via anterior lombar

39.008.02-9 Descompressão ântero - lateral da medula

39.011.02-0 Osteotomia da coluna

39.017.02-8 Tratamento cirúrgico da pseudo-artrose da coluna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento. Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Quais dados de imagem reforçam a indicação?
- Quadro neurológico (sensibilidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).
- Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?

b) Tratamento Cirúrgico da Escoliose:

- Quais sintomas e sinais influenciaram na indicação?

- Evolução (tempo de doença e operações prévias).

- Dados de imagem para a indicação:

a. Local e tipo de curva

b. Graus da curva (Cobb)

c. Maturidade da coluna (Risser)

- Quadro neurológico (sensibilidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).

- Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?

c) Grupo Tratamento Cirúrgico na Cintura Pélvica V:

39.004.11-2 Desarticulação inter-ilíaco abdominal

GRUPO CIRURGIA NA CINTURA ESCAPULAR III

39.002.04-7 Desarticulação inter-escapulo-torácica

GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE QUADRIL

39.021.12-2 Revisão e/ou reconstrução de quadril

GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE JOELHO

39.025.14-4 Revisão e/ou reconstrução de joelho

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III

39.015.10-6 Transposição dedo

GRUPO RETALHO MICRO CIRÚRGICO

39.001.24-5 Retalho micro cirúrgico

GRUPO REPARAÇÃO DE LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL

39.026.05-1 Reparação de lesão do plexo braquial

GRUPO ENXERTO ÓSSEO VASCULARIZADO

39.002.24-1 Enxerto ósseo vascularizado

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.

- Quais sintomas influem na indicação?

- Que sinais específicos determinam o tratamento?

- Evolução (tempo de doença e operações prévias).

- Quais dados de imagem reforçam a indicação?

d) Grupo Tratamento Cirúrgico da Articulação Escapulo-Umeral IV:

39.003.05-1 Artroplastia da escapulo-umeral

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO COTOVELO IV

39.003.07-8 Artroplastia do cotovelo (com implante)

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III

39.008.10-0 Artroplastia interfalangeana

39.009.10-6 Artroplastia metacarpo-falangeana

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL VI

39.016.12-9 Artroplastia coxo-femural de revisão

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO IV

39.003.14-0 Artroplastia de revisão do joelho

39.022.14-5 Artroplastia total do joelho (com implante)

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
 - a) Perda de movimento - graus?
 - b) Instabilidade - tipo?
- Quais dados de imagem reforçam a indicação?

a) Estado articular

b) Alinhamento anormal graus

c) Perda ósteo-articular

- Existe possibilidade de tratamento conservador ou de reconstrução não protética?

OBS. Em caso de revisão de artroplastia informar as condições atuais da prótese, tempo decorrido e atos operatórios após a artroplastia primária e motivo da falha.

e) Grupo Tratamento Cirúrgico do Fêmur IV:

39.001.13-0 Alongamento do fêmur

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA Perna IV

39.002.15-2 Alongamento dos ossos da perna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Dados de imagem

a) Medidas do escanograma

b) Estado articular do quadril e joelho

c) Eixo mecânico ou anatômico dos membros inferiores

• Mensurações

a) Distância espinha ilíaca ântero-superior – maléolo medial

b) Distância espinha ilíaca ântero-superior – linha articular medial do joelho

c) Distância cicatriz umbilical - maléolo medial

f) Grupo Tratamento Cirúrgico na Articulação do Joelho IV:

39.043.14-2 Tratamento cirúrgico de ruptura de ligamento do joelho por ligamentoplastia

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Sinais de instabilidade

a) Bocejo em extensão e flexão de 30°

b) Graus de translação (Lachman)

c) Graus de ressalto ("Pivot shift")

- Dados de imagem (estado articular do joelho em relação a presença de artrose, subluxação lateral e eixo anatômico ou mecânico)

g) Grupo Ressecção de Tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais):

39.003.23-0 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

39.703.23-1 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

- Diagnóstico clínico e radiográfico

• Tem biópsia? Qual resultado?

• Classificação e estadiamento do tumor

- Evolução (tempo de doença e operações prévias)

Para Oncologia:

1 - Justificativa do procedimento:

1.1 - Localização do tumor primário com CID 10

1.2 - Diagnóstico cito/histopatológico datado

1.3 - Grau histopatológico

1.4 - CID 10 morfologia

1.5 - Estádio (UICC ou outro sistema)

1.6 - Linfonodos regionais invadidos (sim, não, não avaliáveis)

1.7 - Localização da(s) metástase(s)

2 - Tratamentos anteriores:

2.1 - Data de início e descrição

3 - Performance status PS:

Classificar pelas cinco alternativas:

• Zero - Paciente completamente ativo,

desempenhando atividades prévias a doença sem restrições.

• 1 - Paciente restrito em atividades físicas vigorosas, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves e sedentárias.

• 2 - Paciente está deambulando e realiza o cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; paciente passa fora da cama mais de 50% do dia útil.

• 3 - Paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal; confinado à cama ou cadeira de rodas mais de 50% do dia útil.

• 4 - Paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais; completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.

IMPORTANTE: O Paciente para ter direito ao TFD deve ser atendido EXCLUSIVAMENTE na rede referenciada SUS.

Como deve ser preenchido o Laudo Médico Estadual de TFD?

RESPOSTA: O laudo médico do TFD Interestadual deverá ser preenchido pelo médico assistente, vinculado ao SUS e deve ser renovado a cada 06 meses quando necessário.

Nele estão prescritas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), histórico da doença, diagnóstico provável, tratamento realizado, duração do tratamento, justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, justificativa da urgência, justificativa do tipo de transporte, entre outros.

Deverá ser carimbado e assinado pelo médico assistente do paciente.

OBSERVAÇÃO: O laudo médico será submetido à análise do médico da Comissão Estadual TFD e pode ser negado caso não esteja de acordo com as legislações que regem o TFD.

FIQUE ATENTO PARA A VALIDADE DE SEU LAUDO

IMPORTANTE: O Laudo TFD Interestadual só será aceito com assinatura e carimbo do médico assistente, CID 10 da doença, assinatura e carimbo do diretor da unidade de saúde, além do carimbo da unidade onde o laudo foi preenchido.



IMPORTANTE: O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento na unidade de destino, com horário e data definidos previamente. O agendamento para continuidade do tratamento deve estar em papel timbrado da unidade executante, com data precisa (dia, mês e ano),



QUAIS DESPESAS PODEM SER PAGAS PELO TFD?

Aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD;

A Secretaria de Estado da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Regional de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente.

DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELO CUSTEIO DO TFD?

A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será, via de regra, atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios.

Entretanto, quando o deslocamento for realizado a partir de um município não habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto é, esteja habilitado apenas na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a competência para a concessão do benefício é da Regional de Proteção Social/SESPA a qual o município está vinculado.

Já a responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos interestaduais será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

REGRAS PARA RECEBIMENTO DA AJUDA DE CUSTO PELO ACOMPANHANTE.

Somente será admitido o custeio das despesas com acompanhante nos casos de cirurgia de médio e grande porte nos casos de paciente menor de idade, de idosos acima

de 60 anos ou paciente impossibilitado em razão da doença, de adotar por seus próprios meios as providências necessárias ao seu tratamento.

O acompanhante deverá ser membro da família, estar em pleno gozo da saúde, ser maior de 18 anos e menor de 60 anos, e ter disponibilidade para permanecer acompanhando seu paciente até o término do tratamento. Caso não seja necessária a permanência do acompanhante, este deverá retornar à localidade de origem após a internação do paciente, e quando da alta do paciente se houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o órgão de TFD de origem providenciará o deslocamento do mesmo.

O acompanhante também terá direito à diária quando o paciente estiver com o processo de TFD na Regional e encontrar-se hospitalizado Belém, muito embora, o paciente NÃO tenha esse direito.

O eventual acompanhante terá direito a ajuda de custo no pagamento das despesas com transporte, pernoite e alimentação conforme Tabela SIA/SUS;

IMPORTANTE: Apesar de competir ao médico da Unidade, analisar e justificar a necessidade do acompanhamento, de acordo com o caso e as condições do paciente, a Comissão Regional pode indeferir tal necessidade depois de analisada a justificativa apresentada, pois a autorização de acompanhamento que não seja imprescindível, poderá prejudicar o orçamento necessário à autorização de outros pacientes devido à limitação dos recursos orçamentários destinados ao TFD.

O PACENTE PRECISA SE DESLOCAR PARA REQUERER O TFD?

Não. O paciente formaliza o pedido junto à Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde, e esta encaminha os processos de TFD à Regional de Proteção Social - RPS competente, acompanhado de ofício, através de malote, ou responsável, não havendo, deste modo, necessidade do paciente ou acompanhante de comparecer na Regional.

CONHEÇA OS CAMINHOS PELOS QUAIS SEGUIRÁ O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DO TFD.

O processo (pedido acompanhado dos demais documentos necessário) deverá ser encaminhado à Regional em até 10 (dez) dias antes de sua consulta marcada.

A resposta ao pedido de TFD (autorizado ou negado) será enviada ao órgão de origem, através de ofício, fax ou por telefone.

Em casos especiais (urgência/emergência), o Diretor ou Responsável pela Unidade Mista deverá solicitar autorização de TFD por telefone e contatar com a Comissão Regional na qual o mesmo deverá informar todos os itens do laudo Médico em questão. Após análise da Comissão Regional, o mesmo terá o prazo de 48 horas para encaminhar o processo.

Caso haja necessidade do paciente ser tratado fora do Estado, a Comissão Regional informa a Central de TFD/DDASS, ficando esta responsável pela análise e providências.

O VALOR DAS DIÁRIAS:

Os Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, os valores a serem pagos a título de TFD, conforme tabela a seguir:

Código	Descrição	Valor (em R\$)
423-5	Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante	100,00
425-1	Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 60 km de distância por paciente/acompanhante	40,00
428-6	Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio.	50,00
429-4	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e Acompanhante.	280,00
437-5	Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.	25,00
441-3	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.	140,00

Como proceder após a alta do paciente com retorno a cidade de origem?

Resposta: Após alta do usuário TFD, com liberação do mesmo para retorno à sua cidade de origem, enviar Relatório de Alta com especificação sobre a liberação **do retorno do paciente à sua cidade de origem** a fim de que o TFD providencie as passagens de retorno, entrar em contato nos tels: (34) 3245-2530 e Fax: (34) 3245-2000, para confirmação do recebimento do documento.



Como proceder em relação ao TFD após retorno á sua cidade de origem?

RESPOSTA: Após chegar ao Município o paciente deve encaminhar a Secretaria de Saúde, os ticktes (recibos) de embarque das passagens de ida e volta, as notas fiscais (refeições e hospedagem, quando houver) num prazo de 07 (sete) dias, conforme Termo de Compromisso e Responsabilidade sendo entregue na Secretaria de Saúde. Pois, o não cumprimento acarretaria recusa de auxílios futuros.

TERMO DE COMPROMISSO
Tratamento Fora do Domicílio – TFD

Eu _____

Nacionalidade _____ Estado Civil _____

Portador da Carteira de Identidade nº _____ CPF nº _____

Residente e Domiciliado à Rua/Av. _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Estado _____ Com processo de TFD/SUS/INDI, NA SMS-INDIANÓPOLIS, assumo a inteira responsabilidade de cumprir as normas do Sistema Único de Saúde, em especial da portaria SMS/SUS-INDI nº*****, de ***** de 2013, das quais tenho pleno conhecimento.

Assumo, ainda, o cumprimento apresentado ao TFD/SUS/INDI localizado à Rua Getúlio Magalhães, 380, Bairro Santana, Indianópolis-MG, para prestação de contas no tempo hábil de 7 dias.

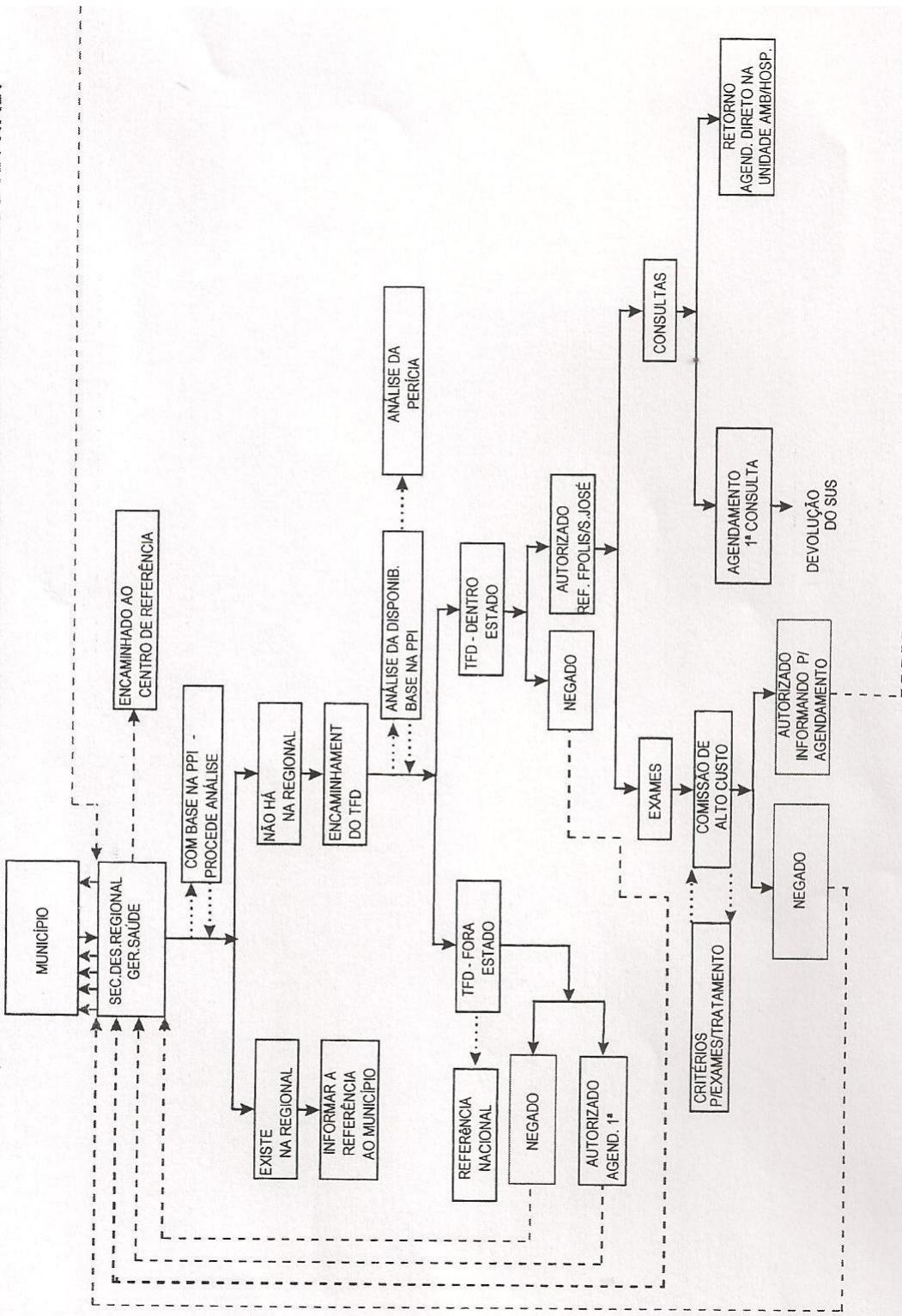
Documentos relacionados ao anexo I da citada portaria que passa à fazer parte constante deste Termo de Compromisso.

Indianópolis _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO USUÁRIO E/OU RESPONSÁVEL

FLUXOGRAMA

* ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES PARA CONSULTAS / EXAMES / TRATAMENTOS VIA T.F.D. *





SUCESSO EM SEU TRATAMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE INDIANÓPOLIS/MG