



**Manual do Programa
Estadual de Tratamento
Fora de Domicílio
TFD do Amazonas**

Março - 2011

Catálogo da Fonte

Ficha Catalográfica

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde

Manual do Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio. Edição atualizada – Manuais. Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

1. Tratamento Fora do Domicílio.
2. Atenção à Saúde Especializada.
3. Critérios, rotinas e fluxo de atendimento.
 - I. Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde.
 - II. Secretaria Executiva Adjunta de Assistência à Saúde da Capital.
 - III. Coordenação Estadual de Regulação
 - IV. Gerência de Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

CDU 711.455

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA N.º 0457/2011 – GSUSAM.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais; e,

CONSIDERANDO a versão do Manual do TFD é de 2005 que necessita de uma versão atualizada, no que concerne aos princípios e diretrizes gerais, critérios, rotinas e fluxo de atendimento ao usuário, equipe multiprofissional e disposições gerais; **CONSIDERANDO** as justificativas apresentadas na exposição das proposta do Novo Manual de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, pela Coordenadora Estadual de Regulação, enfatizando a necessidade de correção das iniquidades e os equívocos de interpretação na concessão do benefício, Ajuda de Custo, com prioridade ao atendimento de pacientes; **CONSIDERANDO** ainda o que consta na **RESOLUÇÃO CIB n.º 006/2011**, de 21 de fevereiro de 2011, publicado no Diário Oficial do Estado D.O.E. de 18 de março de 2011;

RESOLVE:

APROVAR o novo Manual de Tratamento Fora de Domicílio – TFD do Amazonas, na forma apresentada pela Coordenadora Estadual de Regulação e com a disponibilidade financeira constante na Lei Orçamentária Anual – LOA 2011, especificamente na seguinte programação: 10 302 3076 2171 – Encaminhamento e Remoção de Pacientes em Tratamento de Saúde Fora de Domicílio - TFD.

CIENTIFIQUE-SE, CUMPRA-SE, ANOTE-SE E PUBLIQUE-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE.

Manaus, 15 de abril de 2011.

WILSON DUARTE ALECRIM,
Secretário de Estado de Saúde.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	01
PARTE I DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS.....	03
PARTE II DOS CRITÉRIOS, ROTINAS E FLUXO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....	04
PARTE III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	14
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	16
ANEXOS	17

Apresentação

O Programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) tem sido na construção do SUS no Amazonas uma estratégia importante e privilegiada na assistência a saúde daqueles que não contam com tratamento disponível nos estabelecimentos que integram a rede de serviços especializados da capital e do interior do estado. Responsável pelo deslocamento de usuários do SUS para municípios ou estados de referência, caso o Estado do Amazonas não disponha do tratamento necessário ao restabelecimento da saúde do paciente, o TFD, a despeito das críticas, tem viabilizado tratamento para quase 200 pacientes/mês, em média, os quais com os acompanhantes autorizados pelos seus médicos assistentes comprometem recursos orçamentários e financeiros da ordem de R\$ 6.769.107,37, e destes, 54% são oriundos do tesouro estadual, representando o compromisso do Governo Estadual frente a tão prioritária problemática.

A trajetória histórica do TFD tem demonstrado que os usuários do SUS assim como os órgãos de defesa dos interesses do cidadão ainda manifestam-se confusos com a funcionalidade do Programa, cuja finalidade é provê o deslocamento, após a confirmação do agendamento da consulta ou do exame especializado solicitado, pela Central Nacional de Alta Complexidade (CNRAC), que opera um sistema eletrônico do Ministério da Saúde utilizado, obrigatoriamente, por todos os estados da Federação, quando da necessidade de tratamento. Este somente pode se dá nas especialidades Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Ortopedia, Epilepsia e Gastroenterologia. Em sendo a vaga confirmada, assegura-se então as Passagens e Ajuda de Custo ao paciente e, quando necessário, ao acompanhante.

Como o Estado do Amazonas ainda possui exclusivamente o perfil de estado solicitante e as vagas a serem disponibilizadas compete ao estado de referência, limitado ao seu teto financeiro SUS, sem a possibilidade de qualquer ingerência, dada a autonomia dos estados estabelecida na Constituição Federal, tal situação tem gerado, na maioria das vezes, equívocos de interpretação de uns e constrangimento por parte da SUSAM, ao ser inquirida sobre o assunto e ter questionada a sua competência.

Esta versão contém as atualizações propostas às definições estabelecidas no Manual elaborado pela Comissão designada através da Portaria nº. 0022/2003-G SUSAM, de 14 de janeiro de 2003, as quais são submetidas ao consenso da CIB/AM, fórum técnico competente para negociação entre estados e municípios.

Dessa forma esta nova versão do Manual indica as diretrizes para os gestores da esfera Municipal e Estadual sobre os procedimentos do Tratamento Fora de Domicílio, sob a ótica de uma política única, pautada na humanização do atendimento e contempla os princípios e diretrizes gerais; critérios, rotinas e fluxo de atendimento ao usuário; disposições finais; anexo e bibliografia consultada.

PARTE I

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS

A rotina do serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), foi estabelecido pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999) – que dispõe sobre o TFD no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Portaria estabeleceu uma nova organização para a inclusão destes procedimentos específicos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

O TFD é um direito de todos os cidadãos, segundo os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, previsto na Lei Orgânica da Saúde - LOS (Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90), nos instrumentos normativos como as Normas Operacionais Básicas (NOAS – SUS nº. 01/2001 e nº. 01/2002), bem como, nas diretrizes constantes do Plano Diretor de Regionalização - PDR.

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD, constitui-se em uma estratégia de gestão, entendida como definição de responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM e das Secretarias Municipais de Saúde – SMS, para garantia de acesso à assistência à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no Estado do Amazonas, com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos aos tratamentos a serem realizados fora do Estado e/ou Município, pelos gestores, como forma complementar ou excepcional, quando esgotados todos os meios existentes na localidade do domicílio e houver possibilidade de recuperação total e/ou parcial da saúde do paciente.

Esse procedimento assistencial especializado será concedido exclusivamente a pacientes atendidos na rede pública, conveniada e/ou contratada do SUS e garantirá acesso a serviços assistenciais de complexidade diferenciada dos existentes no território do seu domicílio e somente autorizado para outra Unidade Federada – UF, quando houver garantia do atendimento, com horário, data e local previamente definidos.

As despesas decorrentes dessa estratégia de gestão serão custeadas com recursos do Sistema Único de Saúde, na forma estabelecida pela Portaria nº. 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS e através do ressarcimento pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, obedecido o teto financeiro da assistência destinado ao Estado e/ou Município.

PARTE II

DOS CRITÉRIOS, ROTINAS E FLUXO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

1. O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve obedecer às diretrizes estabelecidas no Plano Diretor Regionalizado – PDR e aos limites dos recursos financeiros definidos na PPI do Estado do Amazonas e dos respectivos Municípios.

Nos termos da Portaria Nº 55/99 – SAS/MS, as despesas permitidas pelo TFD, serão aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, ajuda de custo (diárias para alimentação e pernoite) dos pacientes e acompanhantes, sendo autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira dos respectivos gestores da Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

No caso específico do TFD sob responsabilidade do Gestor Estadual, fica definido que o quantitativo para concessão de passagens e ajuda de custo, mensalmente, estará condicionado a 1/12 (um doze avos) dos valores constantes da Programação Pactuada Integrada - PPI com recursos federais e complementada com recursos do Tesouro Estadual, não podendo este montante, ser inferior ao valor comprometido no exercício anterior.

De acordo com as normas vigentes mencionadas neste Manual, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) e referendada pelo Conselho Estadual de Saúde, a concessão do TFD deverá ser precedida de solicitação do médico assistente do paciente, devidamente vinculado à rede assistencial do SUS do domicílio de origem, em formulário próprio e autorizado por Comissão Médica Autorizadora, especificamente designada para este fim, que poderá solicitar exames e/ou documentos que complementem a análise de cada caso.

É vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outra Unidade Federada quando se tratar de portadores de patologias, cujos procedimentos terapêuticos integrem o elenco de procedimentos da Atenção Básica.

O TFD deverá ser solicitado para pacientes na média e alta complexidade em caráter eletivo no contexto do Sistema Único de Saúde do Amazonas para outra Unidade Hospitalar também cadastrada/conveniada ao SUS, em outro Estado da Federação.

Fica vedado ao paciente, familiares, responsáveis ou terceiros, o agendamento prévio para tratamento diretamente nos estabelecimentos credenciados. Essa providência é de responsabilidade exclusiva da equipe do TFD e da Representação do Estado do Amazonas em São Paulo.

O TFD não será autorizado:

- ◆ para tratamento fora do país
- ◆ para pagamento de UTI aérea

2. A OPERACIONALIZAÇÃO DO FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PELO PROGRAMA TFD

I - Solicitação pelo Médico Assistente

O Tratamento Fora do Domicílio será sugerido pelo médico assistente e confirmado pela Comissão Autorizadora do TFD mediante Laudo Médico (LM), preenchido em 02 (duas) vias, sem rasuras, inclusive contendo o CPF do médico solicitante, em cujo documento deverá ficar bem caracterizada a situação médica do beneficiário, de acordo com o artigo 6º da Portaria SAS/MS nº 055/1999. Laudo deverá vir digitalizado do EAS solicitante e terá validade de um ano podendo ser periodicamente renovado pelo médico assistente do paciente, desde que comprovada a necessidade de continuação do tratamento (Anexo 1).

Usuário somente dará entrada ao processo de TFD quando portar todos os documentos exigidos, incluindo o Laudo digitalizado. O prazo mínimo exigido para tramitação regular do processo administrativo é de 15 dias, devendo estar expresso nas orientações entregues ao paciente.

Na solicitação deverão ser anexadas:

- ♦· cópias dos exames diagnósticos comprovando que houve intenção de realizar e foram esgotadas as possibilidades de atendimento de baixas e médias complexidades no Estado;
- ♦· cópias do RG, CPF e Cartão Nacional do SUS do paciente e acompanhante, se houver;
- ♦· comprovante de residência do paciente.

Esse benefício deverá ser solicitado exclusivamente por pacientes atendidos na rede de serviços de saúde de média e alta complexidade e em caráter eletivo no contexto do Sistema Único de Saúde do Amazonas para outra Unidade Hospitalar também cadastrada/conveniada ao SUS, em outro Estado da Federação.

De posse da documentação exigida, o paciente será orientado a dirigir-se ao setor de protocolo do Complexo Regulador/Gerência do TFD, para que seja formalizado processo administrativo, recebendo o comprovante da entrada do seu pedido.

II-Avaliação pela Comissão Autorizadora

O processo administrativo contendo todas as informações e documentação sobre o paciente será - obrigatoriamente – submetido à apreciação da Comissão Autorizadora, designada para este fim pelo Gestor Estadual, em ato específico, composta por 01 médico cardiologista, 02 médicos clínicos e 03 assistentes sociais que funcionará nas dependências do TFD. Para fundamentar avaliação criteriosa e comprovação da inexistência do tratamento no Estado do Amazonas, a Comissão poderá contar com o apoio de outros profissionais médicos lotados nos estabelecimentos de saúde da rede vinculada ao SUS, credenciados como referência nas especialidades de Oftalmologia, Oncologia, Neurologia, Ortopedia, Cardiologia e Gastrolenterologia, e outras que, por ventura, seja contemplada pela política nacional de TFD.

III – Autorização do Tratamento

“O deslocamento do paciente somente será autorizado pelo TFD quando o estabelecimento de saúde de referência, confirmar a vaga, data e horário de atendimento para o paciente, através de documento comprobatório ou via CNRAC”

A afirmação acima contempla a finalidade do Programa TFD.

De posse da documentação contendo a confirmação da necessidade de TFD, registrada e enviada pela Comissão Autorizadora à Gerência de TFD, a equipe do TFD se responsabilizará em tomar as medidas cabíveis, observando para isso, se:

- a) Procedimentos contemplados na CNRAC: após a avaliação e confirmação da necessidade de TFD, em se tratando dos procedimentos contemplados pela CNRAC (cardiologia, neurocirurgia, epilepsia, oncologia e ortopedia), os dados do paciente e solicitação são lançados no SISCNRAC. A CNRAC faz a análise dos requisitos que estabelecem a condição do Estado solicitante e dos Laudo Eletrônicos e indicam a opção assistencial mais adequada para os pacientes, acionando o Estado do Amazonas quando da confirmação da vaga para realização do procedimento para que seja providenciado seu agendamento junto ao estabelecimento executante.
- b) Procedimentos não Contemplados pela CNRAC: as solicitações de TFD para outros Estados, cujos procedimentos não estão contemplados na CNRAC, como as especialidades em Oftalmologia, Hematologia, Cabeça e Pescoço e Transplantados entre outros, deverão obedecer aos mesmos critérios quanto a confirmação de vaga, data e horários agendados pelo estabelecimento de saúde de destino em outra Unidade da Federação, que realizará atendimento ao paciente.
- c) Para controle das avaliações efetuadas pela Comissão Autorizadora, será solicitado ao Ministério da Saúde criação de código específico no SISREG-Consulta Avaliação TFD- cujo perfil de solicitante será disponibilizado à Gerência do TFD, que agendará as referidas consultas de acordo com a Agenda disponibilizada pelos profissionais especialistas de cada estabelecimento de referência identificado. A autorização será entregue ao paciente já contendo o agendamento marcado.

IV – Concessão de Passagens e Ajuda de Custo

As passagens e Ajuda de Custo serão disponibilizadas para paciente e acompanhante.

A concessão de passagens aéreas deve obedecer à política estadual para sua aquisição que inclui a utilização do Sistema de Controle de Diárias e Passagens (SCDP), coordenado pela Secretaria de Administração (SEAD), que não permite a escolha da companhia aérea e nem de horário de vôo sendo, obrigatoriamente, cotada pela menor tarifa do dia, observada a compatibilidade com o estado de saúde do paciente e, eventualmente do acompanhante, devidamente informada pela Comissão Autorizadora e previamente informada pela Gerência do TFD, via sistema, à SEAD.

As providências necessárias à inclusão do paciente em Relação de Ajuda de Custo deve obedecer ao critério de 15 (quinze) diárias por deslocamento, não constituindo isso a obrigatoriedade da quantidade total prevista. Em caso de haver necessidade expressa pela Comissão Autorizadora de maior tempo de permanência em tratamento poderá ser solicitado o pagamento mensal ou ainda o ressarcimento de diárias, mediante comprovação das despesas efetuadas.

A Ajuda de Custo a ser concedida ao paciente corresponderá ao valor definido em Portaria do Gestor Estadual, será paga em parcela única, por ocasião da autorização do deslocamento para o tratamento, com validade para o período acima estabelecido. Caso haja necessidade de prorrogação da continuidade do tratamento e na dependência da avaliação da Comissão Autorizadora, poderá ser autorizada nova ajuda de custo, de período e valor igual, observada a justificativa técnica apresentada. Para garantir o recebimento desta SEGUNDA ajuda de custo é necessário que o Serviço Social do Hospital ou o Médico que faz o tratamento envie documento informando que o paciente continua em tratamento, ainda sem previsão de alta. Este procedimento deverá ser repetido a cada 30 dias do recebimento da ajuda de custo, durante o tempo de permanência do paciente no local de tratamento.

A Ajuda de Custo será paga por processo administrativo individual, cabendo ao Gestor Estadual liberar o montante de recursos necessários segundos os critérios de concessão estabelecidos neste Manual.

No caso dos municípios, o valor da Ajuda de Custo deverá ser definido pelo Gestor Municipal, aprovado no Conselho Municipal de Saúde, obedecido o pacto da PPI.

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

- a) depósito em conta corrente;
- b) ordem bancária em favor do paciente ou de seu representante legal.

V - Pedidos Indeferidos

Os Pedidos de TFD indeferidos não serão devolvidos aos solicitantes e ficarão arquivados no Setor de TFD pelo período de seis meses. Findo este prazo, serão destruídos.

VI - Renovação do Laudo

Os pacientes cadastrados no Setor de TFD poderão renovar, periodicamente, seus Laudos Médicos, para continuar o tratamento. Os Laudos Médicos terão validades de um ano, podendo ser preenchidos pelo médico assistente da Unidade de Destino que estiver prestando atendimento ao paciente, ou pelo médico da localidade de origem que encaminhou o paciente para TFD. O paciente ou seu representante legal apresentarão todos os documentos solicitados pela Comissão Autorizadora/TFD dentro do prazo hábil, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios.

VII- Retornos

Ao retornar para o estado de origem, o paciente/acompanhante deverá obrigatoriamente, comparecer ao setor de TFD até uma semana após o retorno da viagem, munido do Relatório Médico de Alta (Anexo 2) onde constem as informações sobre o tratamento realizado, apresentando os canhotos dos bilhetes utilizados, assim como o Relatório de despesas de viagem (Anexo 3) para comprovação das despesas realizadas, cujos documentos servirão para acompanhamento do processo, controle e

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

- ♦ Os pacientes residentes na área de competência da Regional do Amazonas que viajarem para outros Estados deverão apresentar o relatório de atendimento e/ou alta e os canchotos das passagens diretamente ao setor de TFD.
- ♦ Os residentes nos municípios do interior do Estado deverão apresentar o relatório de atendimento e/ou alta e os canchotos das passagens ao seu respectivo município, que os encaminhará ao setor de TFD respectivo.

Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de TFD (passagens e ajuda de custo para alimentação e pernoite) aqueles pacientes estritamente em dia com a documentação, ou seja, relatório de atendimento e/ou alta e demais documentos pertinentes solicitados pelo setor de TFD.

Com base na demanda atendida, cada paciente terá direito a três retornos, ressalvados os casos excepcionais que apresentarem justificativa técnica comprovando maior necessidade. Na hipótese de um novo retorno ao local de tratamento, em consonância com os critérios acima mencionados, o mesmo deverá ocorrer em um prazo mínimo de 30 dias da data de chegada do paciente ao local de origem. Caso seja agendado um novo retorno pelo médico com data inferior a 30 dias o paciente deverá permanecer no local de tratamento e solicitar nova ajuda de custo.

As consultas de retorno que não vierem previamente agendadas no relatório de alta seguirão os mesmos critérios do item III Autorização do Tratamento, inclusive os processos cuja especialidade for contemplada pela CNRAC.

VIII- Acompanhante

A necessidade de acompanhante deverá ser devidamente justificada no pedido inicial pelo médico signatário do Laudo Médico (LM) que será julgado e autorizado pela Comissão Autorizadora, de acordo com os termos do artigo 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

Identificada a necessidade de acompanhante, este deverá ter vínculo familiar com o paciente e/ou, excepcionalmente, ser amigo da família, com autorização escrita para assumir as responsabilidades pertinentes ao tratamento.

Caso o paciente necessite realizar a troca de seu acompanhante, esta deverá ser feita com antecedência mínima de uma semana antes da data da viagem.

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

Nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, os pacientes menores de idade terão o direito de viajar com acompanhante.

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

Os pacientes portadores de deficiência física ou mental poderão viajar com acompanhante, desde que seu grau de deficiência o impeça de viajar desacompanhado.

Quando se tratar de menor de idade ou idoso, durante o período de internação, a Unidade Hospitalar indicada oferecerá refeição e acomodação ao acompanhante, sendo ressarcida desses gastos através da AIH.

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

♦IX - Casos em que o TFD pode ser interrompido ou cancelado:

- ♦Fraude comprovada;
- ♦Documentos adulterados;
- ♦Não apresentação dos documentos que comprovem a realização do tratamento (relatórios de alta e despesas, bilhetes aéreos utilizados, etc.)
- ♦Mudança definitiva de residência;
- ♦Desistência, abandono ou óbito do paciente

X- Faturamento

A Gerência de TFD efetuará, mensalmente o faturamento eletrônico das atividades mediante a apresentação do Relatório Mensal do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que será encaminhada a Coordenação de Controle e Avaliação da Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas, para fins de ressarcimento das despesas efetuadas com o benefício TFD no Estado. Deverão ser considerados procedimentos de cobrança, via BPA, o transporte aéreo, rodoviário e ajuda de custo para alimentação e pernoite.

XI- Despesas

As despesas decorrentes da concessão de auxílio para TFD serão custeadas pelo Ministério da Saúde e Governo do Estado, através da Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas mediante a abertura de processos específicos para a compra de passagens aéreas e pagamento de ajuda de custo para custeio de alimentação e pernoite de pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora de Domicílio (Portaria SAS/MS nº 055/1999).

XII – Óbito de pacientes ou acompanhantes

Nos casos em que houver óbito do paciente ou acompanhante em TFD, a Unidade Federada de origem (Estado/Município), responsabilizar-se-á pelas despesas decorrentes do translado do corpo. É necessária, para a realização desse serviço, a autorização da Gerência do TFD à empresa prestadora do serviço. A comunicação sobre o óbito poderá ser efetuada em qualquer dia da semana, incluindo feriados. De segunda a sexta-feira, deve ser informado pelo telefone **0800 0951800**. Nos finais de semana e feriados, pelo telefone **3632-2538**, informar ao Segurança de plantão do Complexo Regulador: nome do paciente, local de ocorrência do óbito e dados da pessoa para contato.

PARTE III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O TFD não se responsabilizará por despesas adicionais indevidas realizadas pelo paciente/acompanhante fora das normas aqui instituídas. Nos casos em que o paciente, por não liberação das passagens em tempo hábil da consulta marcada, e, em virtude da falta de recursos financeiros, decidir financiar a viagem com recursos próprios, ou, ainda, optar por não esperar pela liberação dos recursos financeiros, tendo em vista a prioridade estabelecida pela Comissão Autorizadora, deverá informar desta sua decisão e opção à Gerência de TFD.

- a) Havendo tramitação de processo junto ao TFD com o respectivo registro de agendamento da consulta, poderá ser solicitado o ressarcimento dos gastos.
- b) Caso contrário, não caberá recurso ou qualquer outra espécie de ressarcimento por parte do Gestor.

No caso do paciente comprar sua passagem e do acompanhante no trecho de ida, por conta própria, fica na responsabilidade do TFD – SUSAM, autorizar e emitir apenas o retorno do paciente e acompanhante, bem como liberação de ajuda de custo, em caso de não recebimento prévio da mesma, desde que haja uma comunicação prévia da decisão à Gerência do TFD e que seja assinado Termo de Responsabilidade pelo paciente ou seu representante legal, conforme Anexo 4, já existente no setor de Serviço Social do TFD.

O acompanhante deverá assumir a responsabilidade de permanecer até o término do tratamento do paciente, ciente de que não pode retornar a cidade de origem sem que o mesmo esteja liberado pelo Médico nos casos de alta provisória ou definitiva. Em casos excepcionais só poderá haver troca de acompanhante por duas vezes mediante os seguintes critérios: casos de doença, falecimento de algum familiar, todos devidamente comprovados.

O paciente deverá assumir inteira responsabilidade por taxas e multas de alterações efetuadas junto às empresas fornecedoras de passagens aéreas, fora das normas do TFD tais como: não viajar na data estabelecida na solicitação de passagens emitidas, não viajar por perda de horário de voo, assim como trocar de acompanhante

após a emissão de passagens.

- ♦O paciente deverá informar a Gerência do TFD qualquer intercorrência que houver, tais como: alteração do agendamento pelo hospital, internações do paciente e casos de doenças;
- ♦Caso o paciente e/ou o acompanhante não embarquem comunicar à Gerência do TFD do ocorrido;
- ♦Manter atualizado endereço e telefone e documentos;

Todo e qualquer documento entregue pelo usuário não poderá conter nenhuma rasura, sob qualquer pretexto, implicando na não aceitação do documento.

Se por ventura o paciente estiver internado durante o prazo da consulta agendada é necessário que familiares solicitem ao médico do Hospital que acompanha o paciente Declaração de que o mesmo tem condições de viajar em avião comercial.

Os pacientes que forem de origem estrangeira deverão apresentar documentos legalizados, tipo Carteira de Identidade e Cadastro de Pessoa Física ou Passaporte.

O TFD não se configura como um serviço para atendimento de urgência e emergência, e sim, para tratamentos eletivos em medicina interna e quaisquer outros procedimentos especializados e reabilitadores.

Ficará assegurada, sempre que possível, uma reserva financeira de contingência para os processos que requeiram agendamento do paciente e acompanhante, durante o período do fechamento do exercício financeiro.

Os casos omissos serão dirimidos pela Gerência de TFD.

Manaus, 18 de março de 2011.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio. Edição Atualizada. Secretaria de Estado de Saúde, 2005.

Manual Estadual de Tratamento Fora do domicílio. Amazonas. 2002.

Portaria/SAS/MS nº. 055 de 24 de fevereiro de 1999.

Resolução SES nº. 1899, de 18 de setembro de 2002. RJ.

Consulta internet e Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC.

Consulta aos anexos da Programação Pactuada Integrada – PPI – Amazonas.

Anexo I



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (LM)

EAS SOLICITANTE		
<input type="text"/>		
PACIENTE		
NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CPF	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO SUS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONE	CEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RESIDÊNCIA		
<input type="text"/>		
PROFISSÃO		
<input type="text"/>		
ACOMPANHANTE		
NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CPF	RELAÇÃO COM O PACIENTE	CEP
<input type="text"/>	>> Selecione << ▼	<input type="text"/>
RESIDÊNCIA		
<input type="text"/>		
1 - Histórico da doença atual		
<input type="text"/>		
2 - Exame Físico		
<input type="text"/>		
Diagnóstico provável		CID
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Exame(s) complementar(es) realizado(s). Anexar cópias		
<input type="text"/>		
Tratamento(s) realizado(s)		
<input type="text"/>		
Tratamento / exame / procedimento indicado		
<input type="text"/>		
Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento / exame na localidade		
>> Selecione << ▼		<input type="text"/>
Justificar em caso de necessidade de acompanhante		
<input type="text"/>		
Transporte recomendável: Aéreo		
Outras anotações		
<input type="text"/>		
Local	<input type="text"/>	
Médico	<input type="text"/>	
CRM	<input type="text"/>	CPF <input type="text"/>
Gerar Laudo		Cancelar

Anexo II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO - T.F.D - MANAUS /AM
RELATÓRIO DE ALTA

NOME DO HOSPITAL:.....

CIDADEESTADO.....

NOME DO PACIENTE:

N.º DO PRONTUÁRIO:.....

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO E/OU TRATAMENTO REALIZADO:

COMPLEMENTOS:.....

Ambulatorial () Data da Internação:/...../.....

Hospitalar () Data da Alta:/...../.....

Especialidade:

Exames Realizados:

HISTOPATOLÓGICO:.....

CONDIÇÃO ATUAL DO PACIENTE:.....

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA CIRURGIA:.....

Há Necessidade de Retorno: Sim () Não ()

Há Necessidade de Retorno com acompanhante: Sim () Não ()

Justificar o motivo do retorno, especificando que tipo de tratamento deverá ter continuidade e/ou se não há possibilidade de algum acompanhamento no município de origem.....

Data prevista para o retorno:/...../.....

Assinatura do Médico/Carimbo:

OBS: Enviar este relatório p/fax (3631-3196) ou (3631-3753) para retornar à Manaus e devolver o original p/ o Serviço Social do TFD-MANAUS.

N. de telefone p/ contato c/ paciente no local de tratamento_0_()_____

Anexo III

RELATÓRIO DE DESPESAS DE VIAGEM

PACIENTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
RESIDÊNCIA EM MANAUS:	
TELEFONE P/ CONTATO:	
ACOMPANHANTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
RESIDÊNCIA EM MANAUS	
TELEFONE PARA CONTATO:	
LOCAL DA CONSULTA(Hospital): _____	
ESTADO: _____	
SAÍDA DE MANAUS: ___/___/___ RETORNO Á MANAUS: ___/___/___.	
HOSPEDAGEM:	
Nome do Local: _____ Fone _____.	
Endereço: _____	
Responsável: _____	
Valor dia: R\$ _____ Total Gasto: R\$ _____	
Período de Permanência no local onde ficou hospedado: ___/___/___ á ___/___/___	
TRANSPORTE:	
Tipo Ônibus : Indicar valor unitário passagem _____	
Táxi : Indicar trajeto e valor pago _____	
Metrô : Indicar valor unitário passagem _____	
ALIMENTAÇÃO	
Total das despesas: R\$ _____	

Assinatura do Paciente/Acompanhante.

Anexo IV



SUSAM



**Secretaria de Estado da Saúde
Central de Regulação de Sistemas e TFD**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que assumo inteira responsabilidade pelas despesas, com passagens aéreas de ida para paciente e acompanhante, requerendo: passagens de volta para acompanhante e paciente e ajuda de custo, conforme previsto no Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio (TFD Versão Atualizada/2011) Parte III, das disposições gerais.

Manaus, ___/___/___

Paciente ou Responsável

Rg . N. _____

C.P.F _____

Testemunho: _____

Endereço/Telefone: _____

Rg N. _____

