



Manual de Regulação

Tratamento Fora do Domicílio - TFD

Nº 01 | Agosto 2024



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



APRESENTAÇÃO

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de Atenção à
Saúde e Desenvolvimento Regional**
Lauro Vieira Perdigão Neto

**Coordenador da Regulação do
Sistema de Saúde**
Breno Melo Novais Miranda

**Orientador de Célula da Regulação
do Sistema de Saúde**
Felipe Gurgel do Amaral Mota

Elaboração e revisão
Alana Lóssio Couto
Carolaine Honorato de Sousa
José Renan Lacerda Vidal Braga

O Manual de Regulação do TFD foi desenvolvido considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso a tratamentos fora do domicílio quando necessário.

Com foco na descentralização, integralidade e participação comunitária, o manual estabelece critérios e responsabilidades para autorização e fluxo do TFD.

Esse documento orienta profissionais e pacientes sobre o acesso aos serviços de saúde disponíveis, proporcionando qualidade de vida e reduzindo riscos à saúde.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	4
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	5
2. DEFINIÇÕES.....	6
2.1 – Do conceito	6
2.2 – Do pedido	7
2.3 – Da documentação necessária	8
2.3.1 – Para a abertura de Processo TFD Intraestadual/Municipal	8
2.3.2 – Para a abertura de Processo TFD Interestadual - para primeiro atendimento e renovação	8
2.4 - Fluxos para autorização/regulação do TFD.....	9
2.4.1 - Fluxo TFD Intraestadual.....	9
2.4.2 - Fluxo TFD Interestadual.....	10
2.4.3 - Da avaliação médica de regulação estadual.....	12
2.5 – Da regulação/autorização.....	12
2.6 – Da vedação (proibição) de autorização dos benefícios do TFD.....	15
2.7 - Da Central Nacional de Regulação/CNRAC.....	15
2.8 - Do deslocamento e transporte.....	16
2.9 - Do retorno.....	17
2.10 - Da alta	17
2.11 - Do acompanhamento e doador.....	17
2.12 - Ressarcimento de despesas.....	19
2.13 - Ajuda de custo.....	19
2.14 - Da renovação.....	21
2.15 - Encerramento ou desligamento do TFD interestadual.....	21
2.16 - Óbito do paciente.....	22
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS.....	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIB: Comissões Intergestores Bipartite

CNRAC: Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

COREG: Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde do Ceará

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

PAB: Piso de Atenção Básica

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PPI: Programação Pactuada Integrada

SEADE: Secretaria de Atenção à Saúde

SESA/SES: Secretaria de Estado de Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

MS: Ministério da Saúde

TFD: Tratamento Fora de Domicílio

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema Único de Saúde-SUS, pela própria definição constitucional, é um sistema de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de todos e dever do estado, trazendo nas suas diretrizes organizativas a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD), é um programa do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído por meio da Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, consistente na garantia de acesso de pacientes portadores de doenças não tratáveis no Município ou Estado onde moram, por ausência do tratamento de que necessitam, visando garantir o direito à saúde expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.

Na Portaria 055/1999 artigo 5º, informa que caberá às Secretarias de Estado da Saúde propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite - CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.

Em 2002, com a implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS, o Ministério da Saúde, estados e municípios desencadearam diversas atividades de planejamento e adequação dos seus modelos assistenciais e de gestão, resultando na elaboração de um Plano Diretor de Regionalização-PDR, na perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde o mais próximo possível de sua residência, através do estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

Dessa forma, aconteceram avanços significativos na organização e articulação da rede de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de Centrais de Regulação, do fortalecimento do controle e avaliação nos municípios, modificando sobremaneira a rotina do TFD em nível intraestadual.

Nesse contexto, visando alinhar o fluxo de acesso ao TFD, foi elaborado o Manual de Regulamentação de acordo com as especificidades da rede de assistência à saúde do estado do Ceará e de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Ceará, das Coordenações/Supervisões Regionais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e dos usuários, esclarecendo principalmente as definições e responsabilidades entre **TFD Intraestadual(Municipal) e TFD Interestadual(Estadual)**.

O Manual de Regulação para o Tratamento Fora de Domicílio do Ceará, é um instrumento norteador com critérios de autorização, fluxos e rotinas relativas ao TFD, proporcionando aos usuários acesso universal à saúde, promovendo qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Do conceito

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) consiste na assistência em saúde prestada fora do Município/Estado de domicílio do usuário e destina-se, a atender **exclusivamente** a pacientes ambulatoriais da rede SESA/CE, portadores de **patologias consideradas de alta complexidade**¹ e comprovadamente sem resolução assistencial na rede de saúde local.

O benefício do TFD consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial cujo procedimento seja de média ou alta complexidade.

Este deslocamento só será autorizado via TFD, dentre outros critérios quando houver indicação de médico das unidades assistenciais vinculadas ao SUS, desde que o local indicado disponha do tratamento mais adequado à resolução do problema, com a possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

O TFD pode está delineado em duas modalidades com critérios, rotinas e fluxos diferenciados, vejamos:

TFD Intraestadual/Municipal: é de responsabilidade do município, para deslocamento de pacientes dentro do Estado do Ceará, obedecendo a suas referências dentro da Programação Pactuada Integrada - PPI/CE.

O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União ao Fundo Municipal de Saúde para constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

TFD Interestadual : é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e financiado com recursos do Fundo Nacional da Saúde e do Tesouro do Estado, abrangendo todos os procedimentos de Alta Complexidade não realizados dentro do Estado do Ceará.

Essa última modalidade somente será concedida **quando esgotadas** todas as alternativas assistenciais na rede SESA/CE (própria, conveniada ou contratada), desde que haja perspectiva de cura total ou parcial, limitando-se, estritamente, ao período necessário ao tratamento do paciente.

¹ Patologias consideradas de alta complexidade podem ser definidas como aquelas que demandam tratamentos de alta tecnologia e têm custo elevado, não estando acessíveis pelo SUS em todas as Unidades da Federação. Como exemplo, podem ser citadas a terapia oncológica, cirurgias cardíacas, cirurgias para mudança de genitália, transplantes e exames complementares.

Os pacientes candidatos ao TFD interestadual não podem estar em terminalidade de vida ou necessitarem de intervenções em caráter de emergência, tendo em vista que o TFD realiza agendamentos com profissionais/serviços de outros Estados de forma eletiva, gerando uma dependência de liberação para o transporte interestadual, o que envolve trâmites processuais. Ou seja, o paciente de TFD deve poder aguardar pelo encaminhamento assistencial, conforme agendamento.

Logo, por se tratar de assistência de caráter eletivo, o transporte de UTI aérea e outros emergenciais não são custeados, nem previstos pelo TFD.

Ocorre que, quando indicado e autorizado o TFD, a SESA/CE subsidia o paciente e 1 (um) acompanhante (se necessário) com fornecimento de passagem (aérea ou terrestre), transporte comercial, para deslocamento, e, ainda, ajuda de custo para alimentação e hospedagem.

Para qualquer processo de TFD, a autorização para o tratamento em outra Unidade da Federação ocorrerá somente quando estiver assegurada a vaga para atendimento do paciente no serviço de referência executante (município/estado).

É vedada a autorização de TFD para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB), ou ainda que, restem comprovadas a produção/credenciamento junto ao Ministério da Saúde, conforme art. 15. Portaria SAS nº 688, de 06/04/2017.

2.2. Do pedido

A solicitação de Tratamento Fora de Domicílio deverá ser feita pelo médico assistente do paciente das unidades assistenciais **de referência vinculadas ao SUS**, mediante preenchimento do Laudo Médico, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do beneficiário, os tratamentos já realizados e aquele indicado para tratar o diagnóstico em outro município ou estado.

Deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade na referência/Estado e também, cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (quando houver indicação).

2.3. Da documentação necessária

2.3.1. Para a abertura de Processo TFD Intraestadual/Municipal

Para solicitação de TFD Intraestadual são necessários os seguintes formulários e documentos:

- Ficha de Referência/Laudo de Apac: preenchido pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS descrevendo o histórico da doença, o diagnóstico provável, os tratamentos realizados, a indicação do procedimento a ser realizado, a justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, o tipo de transporte, a necessidade de acompanhante, dentre outros.
- Cópia de Exames Complementares
- Cópia de RG (Carteira de Identidade) e do CPF (obrigatório);
- Cópia da certidão de nascimento em caso de menoridade que não possua RG;
- Cópia de comprovante de residência do paciente ou de seu representante legal – cópia da conta de luz, telefone ou água, de no máximo 3 meses anteriores;

2.3.2. Para a abertura de Processo TFD Interestadual – para primeiro atendimento e renovação

Para abertura de processo para TFD Interestadual deve-se encaminhar um e-mail à Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde do Ceará (TFD/CEREG); (tfd.corac@saude.ce.gov.br), anexando os seguintes documentos:

- Laudo Médico TFD Interestadual: formulário a ser preenchido pelo médico solicitante (médico assistente especialista do paciente em serviço SUS do Ceará) Nele deverá ser preenchido além dos dados pessoais do paciente, o histórico da doença, o diagnóstico provável, os tratamentos realizados, a indicação do procedimento a ser realizado, a justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, o tipo de transporte, a necessidade de acompanhante, dentre outros. Deverá ser digitado ou em letra legível, datado, carimbado e assinado; (obrigatório)
- Comprovante de agendamento na unidade executante do SUS, fora do Estado de Ceará, com timbre da unidade e assinatura do responsável pelo agendamento;
- Digitalização da Carteira de identidade (RG) do paciente e do doador em casos de transplantes;
- Digitalização da certidão de nascimento em caso de menor idade;
- Digitalização do CPF do paciente e doador, quando for o caso;
- Digitalização do Cartão SUS do paciente e do doador, quando for o caso;
- Digitalização de comprovante de residência do paciente ou de seu representante legal – cópia da conta de luz, telefone ou água, de no máximo 3 meses anteriores;
- Digitalização da conta-corrente ou poupança do usuário ou responsável legal e documentos pessoais do dono da conta;

2.4. Fluxos para autorização/regulação do TFD

2.4.1. Fluxo TFD Intraestadual

Os pacientes que precisam acessar médicos especialidades dentro do estado do Ceará, deverão inicialmente passar por uma avaliação na Atenção Primária, mas precisamente das Unidades Básicas de Saúde do seu município de residência, se o médico detectar a necessidade de avaliação com um especialista que não tenha dentro do município, deverá preencher a Ficha de Referência/ou laudo de Apac para procedimentos de alta complexidade, e direcionar o paciente a Secretaria de Saúde do seu Município para inserção no sistema de regulação estadual através do módulo central de procedimentos ambulatorial. Nos casos de urgência, o próprio médico poderá acessar ao sistema para inserção da solicitação através do link <https://saude.fastmedic.com.br/ceara>.

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS de residência do paciente recebe a solicitação do médico assistente, analisa a PPI e agenda a consulta/procedimento para a referência.

A SMS deve procurar os recursos disponíveis para o tratamento das patologias cujos meios para tal se encontrem esgotados no município, obedecendo ao critério de regionalização da assistência (assistência na sua região de saúde, ou na macrorregião mais próxima, sendo a referência estadual a última opção), em conformidade com a capacidade instalada e o estabelecido na PPI e nos termos de Alta Complexidade.

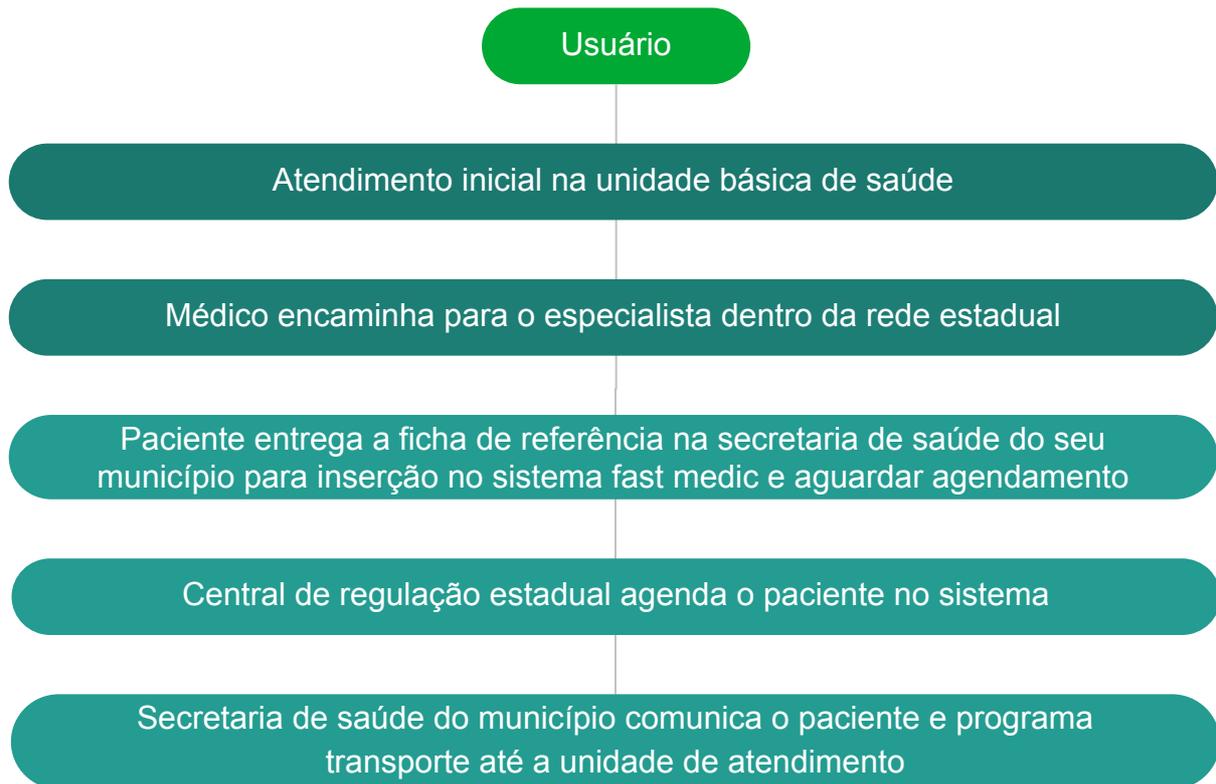
O MÓDULO CENTRAL DE PROCEDIMENTOS é direcionada às solicitações de consultas e exames de usuários atendidos no Sistema Único de Saúde-SUS no estado do Ceará, atendidos inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde com a finalidade de uma regulação especializada e qualificada, obedecendo a priorização de acesso e os fluxos assistenciais assim como é preconizado na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS.

A Central de Regulação Ambulatorial comporta todos os encaminhamentos realizados pelos médicos da Atenção Primária do Ceará, mais precisamente das Unidades Básicas de Saúde de usuários com necessidades de atenção especializada. A solicitação passa por uma equipe de médicos especialistas onde analisam e qualificam a partir do histórico descrito e exames ou fotos anexadas, com o objetivo de suprir sua demanda seja em unidades de saúde de atenção primária (através de orientações e condutas conjunto ao médico da UBS) ou atenção secundária ou terciária (de acordo com seu perfil), cumprindo critérios de classificação de risco e seguindo protocolos especializados.

O passo inicial de todo encaminhamento, é a inserção do usuário no sistema de Regulação Estadual, para uma análise qualificada e direcionamento adequado, a solicitação. Após inserção da solicitação o paciente seguirá o fluxo de regulação onde o médico regulador especialista regulará, cabendo ao município acompanhar as solicitações diariamente.

Após o agendamento, a Secretaria de Saúde do Município irá comunicar ao paciente e entregar o boleto de agendamento juntamente com a ficha de referência. Nos casos em que o paciente irá percorrer distância superior a 50 km, deverá providenciar o transporte adequado para sua ida a consulta ou exame dentro do território estadual do Ceará, bem como disponibilizar a ajuda financeira.

Fluxograma 1:



2.4.2. Fluxo TFD Interestadual

Nos casos em que a oferta do serviço seja inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado, devendo ser providenciada a abertura de processo Interestadual.

A solicitação de Tratamento Fora de Domicílio deverá ser feita pelo médico assistente **especialista na patologia** do paciente das unidades assistenciais **de referência vinculadas ao SUS**, mediante preenchimento do Laudo Médico TFD Interestadual, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do beneficiário, os tratamentos já realizados e aquele indicado para tratar o diagnóstico em outro município ou estado.

É imprescindível o preenchimento do Campo “Código do Procedimento” SIGTAP. O não preenchimento do campo do Código de procedimento e demais campos do laudo TFD, acarretará devolução à Unidade Solicitante, que deverá proceder o preenchimento e retornar à solicitação ao serviço de TFD.

Deverão ser anexadas cópias dos exames diagnósticos comprovando a situação clínica descrita e o esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade no Estado e também, cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (quando houver indicação).

Quando avaliado e autorizado pela TFD/CEREG, o processo é cadastrado no sistema da TFD/CEREG sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes no País.

O TFD/CEREG agendará o procedimento no serviço de referência indicado pela Especialidade, de acordo com as vagas disponibilizadas pelo Hospital Executante.

Caso não haja a vaga, a TFD/CEREG buscará alternativas em outros serviços, e, se ainda persistir a indisponibilidade de vaga, o paciente deverá retornar ao médico assistente para novas instruções.

Frisa-se que o paciente que necessitar de retorno para uma reavaliação após o procedimento inicial será marcado pelo próprio hospital executante que realizou o procedimento, enviando o agendamento para o e-mail da TFD/CEREG (tfd.corac@saude.ce.gov.br)

Em caso de divergência, a solicitação segue para análise da Junta Médica da Especialidade nos serviços de referência.

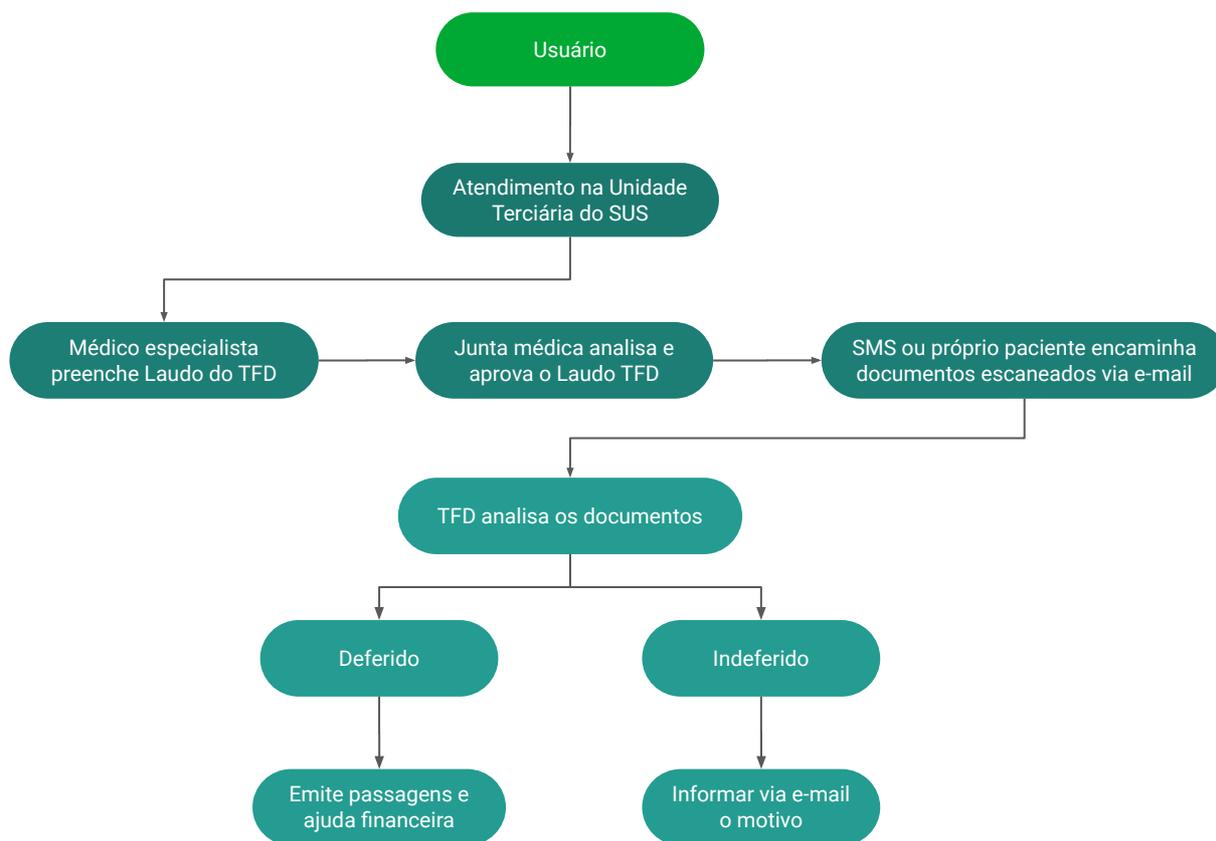
Em casos de indeferimento, o paciente será comunicado pelo TFD/CEREG, sendo-lhe facultado recorrer. O paciente poderá buscar a reavaliação de seu médico assistente, o qual tem a opção de solicitar novo laudo médico, parecer de diferentes especialistas, e ainda exames complementares.

O TFD/CEREG se responsabiliza pelo paciente durante o período estritamente necessário ao seu tratamento fora do Ceará, ou seja, até quando o paciente possa ser liberado do serviço de referência para ser acompanhado por equipes da mesma especialidade na rede pública de saúde do Ceará.

O TFD/CEREG não se responsabiliza por intercorrências diferentes daquelas que motivaram o paciente a procurar o TFD. Se for necessário outro tratamento de Alta Complexidade, regulado ou não, durante um procedimento FORA DE DOMICÍLIO, deve-se começar outro processo de TFD, com requerimento por médico da rede pública de saúde do Ceará, e seguindo todos os trâmites anteriormente descritos.

Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema.

Fluxograma 2:



2.4.3. Da avaliação médica de regulação estadual

A avaliação médica do TFD, composta por médico auditor, poderá autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares ao médico assistente, bem como solicitar parecer de especialistas vinculados à rede SESA ou em outras Unidades que dispõem dos serviços no Estado, avaliando rigorosamente também o transporte mais adequado ao estado clínico do paciente dentro dos recursos disponíveis.

2.5. Da regulação/autorização

Considerando as rotinas do Tratamento Fora do Domicílio no SUS estabelecidas na Portaria MS nº 055/99, definiram-se os critérios para concessão do benefício no Estado de Ceará:

- O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado;
- O TFD somente será prestado ao indivíduo residente no Estado de Ceará, atendidas as exigências desta normatização;

Urge mencionar que existe TFD para cada Unidade da Federação e o TFD de uma localidade NÃO PODE ATENDER A PACIENTES DE OUTRA. Caso isso ocorra, o paciente ou o seu responsável legal terá de ressarcir as despesas do TFD da região onde se tratou por engano.

- Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
- O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município/estado de referência, com horário e data definido previamente;
- Excepcionalmente, será permitido o agendamento em Hospital ou Clínica Particular desde que cadastrado/conveniado ao SUS e que o atendimento ocorra por meio do Sistema Único de Saúde. O Hospital ou Clínica Privada nessas condições deverá comprovar que o atendimento para o procedimento solicitado será realizado exclusivamente pelo SUS;
- A solicitação do TFD deverá ser prévia ao deslocamento do paciente e ser realizada por médico assistente que preste serviço em unidades assistenciais próprias e/ou vinculadas ao SUS;
- A autorização para o TFD contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo ao usuário e acompanhante (quando indicado pelo médico assistente), de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município/Estado e com base nos valores da Tabela SIGTAP;
- A presença do acompanhante em TFD só é justificada em caso do paciente encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado, essa justificativa deve ser realizada pelo médico assistente do paciente, exceto para menores de idade e maiores de 60 anos. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e/ou responsável legal;
- A referência de pacientes atendidos pelo TFD Intraestadual deve ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada município e nos Termos de Garantia de Acesso de Alta Complexidade;
- A regulação/autorização de transporte aéreo para paciente/acompanhante será precedida de rigorosa análise dos Gestores Municipais em TFD Intraestadual,
- A troca de acompanhante após a regulação/autorização o processo de TFD passará por uma nova análise rigorosa do médico auditor do TFD interestadual, mediante justificativa clínica/técnica escrita do médico assistente do serviço de referência;
- Em situações de urgência e emergência, o paciente deverá ser encaminhado para atendimento a uma Unidade Hospitalar dentro do Estado do Ceará até a estabilização do quadro clínico. Havendo necessidade de transferência para uma rede terciária, deverá ser inserido no sistema regulação no módulo hospitalar para que seja iniciado a busca por um leito mais adequado ao paciente.

- Em situações de urgência e emergência, o paciente deverá ser encaminhado para atendimento a uma Unidade Hospitalar dentro do Estado do Ceará até a estabilização do quadro clínico. Havendo necessidade de transferência para uma rede terciária, deverá ser inserido no sistema regulação no módulo hospitalar para que seja iniciado a busca por um leito mais adequado ao paciente.
- Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde, os atendimentos via CNRAC são de caráter estritamente eletivo;
- Quando houver pela SES unidades ou centros de referência na especialidade, poderá ser solicitado parecer médico do serviço justificando a necessidade de encaminhamento para fora do Estado;
- O TFD/Estadual não se responsabilizará pelo atendimento e despesas decorrentes quando não houver autorização prévia;
- O usuário do Programa de TFD deve estar com endereço e telefones atualizados, sob pena de não usufruir mais do benefício

ATENÇÃO!

O paciente deve estar ciente que o acesso ao tratamento deferido pelo TFD não dará acesso a outras especialidades não relacionadas ao tratamento referido, devendo retornar à sua origem para iniciar outros tratamentos.

2.6. Da vedação (proibição) de autorização dos benefícios do TFD

Não será autorizado TFD nos seguintes casos:

- Para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB (Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99);
- Para procedimentos de média e alta complexidade que são realizados nas unidades de referência do Estado Ceará ou nas unidades prestadoras de serviços conveniadas e contratadas pelo SESA/CE;
- Para tratamentos de pacientes que pretendam realizar atendimento/procedimentos ambulatorial/hospitalar/cirúrgico em Hospital/Clínica Privada;
- Para paciente que pretenda realizar Tratamento Fora de Domicílio em Hospital/Clínica Privada e ou filantrópicos, cujo atendimento seja efetivado através de qualquer Plano de Saúde ou qualquer outra forma de financiamento que não seja por meio do SUS;
- Quando os procedimentos solicitados no Laudo Médico não constarem da Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – Órteses, Próteses e Materiais do SUS;
- Os tratamentos considerados de caráter experimentais, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, bem como as doenças crônico-degenerativas e inflamatórias sem especificidade terapêutica, não fazem parte do protocolo de abrangência do TFD;
- Quando não houver garantia de atendimento no município de destino, com horário e data definidos previamente, devidamente comprovados com documento da Unidade Hospitalar de referência (destino) informando que o atendimento será por meio do SUS;
- Para deslocamentos menores de 50 km de distância;
- Quando houver divergência entre o “Procedimento Solicitado” e a especialidade médica do profissional solicitante para os casos de TFD para primeiro atendimento;
- Para tratamento fora do Território Nacional;
- Para tratamento de pacientes inseridos na atenção à saúde da população privada de liberdade.

2.7. Da Central Nacional de Regulação/CNRAC

Aqueles casos, nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Epilepsia, Ortopedia, Neurologia conforme procedimentos definidos pela Portaria de 11.12.02 SAS/MS nº 968/2002 e Gastroenterologia/Cirurgia Bariátrica (Portaria SAS nº 492 de 31 de agosto de 2007) que necessitem de atendimento de Alta Complexidade, deverão ser cadastrados pela Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade/COREG, através do TFD/CE, junto a Central Nacional de Regulação/CNRAC para concessão da vaga em local disponível, no território nacional.

Posteriormente, o TFD/CE preencherá o campo específico no formulário do sistema CNRAC onde informará a data de viagem e números de ofícios de autorização de passagem e ajuda de custo.

O TFD/CE após a liberação de senha pela CNRAC entrará em contato com usuário e Unidade Executante para finalizar a regulação e ficará acompanhando todo o processo do paciente até a sua internação na Unidade Fora do Estado.

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

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

2.8. Do deslocamento e transporte

Para deslocamentos em TFD Interestaduais serão fornecidas, passagens de ida e volta será por meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente e também, para o acompanhante quando autorizado.

Em regra, distâncias até 800km são percorridas por via terrestre.

As passagens aéreas somente serão fornecidas para os casos em que o estado de saúde do paciente o impeça de utilizar outro tipo de transporte, quando o tempo de deslocamento traga risco a sua saúde, ou quando a distância inviabiliza o transporte de ônibus rodoviário convencional. Estes pedidos deverão ser solicitados pelo médico assistente no laudo médico com justificativa clínica/técnica, o qual será submetido à análise por parte da equipe técnica administrativa e médico auditor do TFD.

O deslocamento do paciente e acompanhante (quando necessário) será emitido de acordo com a data do agendamento do TFD, não sendo permitida a escolha da companhia e nem do horário ou dia do deslocamento.

O deslocamento do paciente e acompanhante para outra Unidade da Federação por meio de transporte aéreo será nominal, com trajeto definido. Não sendo permitido: mudança do trajeto; desmembramento dos trechos das passagens; mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio, salvo em casos de extrema necessidade, devidamente comprovados e autorizados pelo médico auditor do TFD.

O programa de TFD visa garantir a maior comodidade para os pacientes e acompanhantes do programa, efetuando a compra das passagens rodoviárias ou aéreas, de acordo com a proximidade da residência e da Unidade Hospitalar de destino. Entretanto não estão compreendidas as despesas com o deslocamento do aeroporto até a Unidade Hospitalar, devido à impossibilidade de firmar contrato/convênio com empresas de ônibus circulares e/ou frotas de táxi e, o pagamento de ajuda de custo é destinado para a alimentação do programa de TFD, segundo os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS n° 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria SAS/MS n° 1230/1999.

Na utilização da passagem fora do período compatível com o tratamento, o paciente perderá o direito à solicitação de TFD.

No caso de embarque que requeira Autorização Médica (MEDIF - Formulário de Informações para Passageiros com Necessidades Especiais) – para aqueles passageiros com necessidades especiais, o referido formulário deverá ser entregue ao setor de TFD do Município de origem com 20 (vinte) dias de antecedência à consulta. Tal preenchimento do MEDIF deve ser efetuado de forma urgente pelo médico responsável solicitante, o qual deverá ser enviado à companhia Aérea para análise e autorização do embarque.

2.9. Do retorno

Os retornos Intraestaduais serão efetuados pela Unidade em que o paciente estiver sendo assistido mediante boleto de agendamento e deverá ser comunicado à Secretaria de Saúde do Município para providenciar o transporte adequado para sua ida a consulta ou exame dentro do território estadual do Ceará.

Os agendamentos de retornos Interestaduais serão efetuados pela Unidade em que o paciente estiver sendo assistido mediante solicitação do médico juntamente com o Comprovante De Viagem fornecido ao paciente pelo TFD para ser entregue a Unidade Prestadora. O comprovante de viagem é um documento obrigatório que deve ser preenchido, assinado e carimbado pelo responsável.

Apresentar a data de reagendamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, juntamente com o comprovante de agendamento da Unidade Executante, sob pena da solicitação não ser atendida por inviabilidade de tempo hábil para processamento.

2.10. Da alta

Quando da alta hospitalar, fora do estado, a Unidade que estiver assistindo o paciente deverá encaminhar relatório ao setor de passagens do TFD Estadual, para que o mesmo providencie a liberação das passagens. O Relatório de Alta deverá ser enviado para o e-mail (passagens.sesa@saude.ce.gov.br). Este Relatório e/ou Declaração de Alta deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção.

Na alta hospitalar, dentro do estado, a Unidade deverá encaminhar Relatório e/ou Declaração de Alta à SMS de residência do paciente que será responsável pelo seu deslocamento.

2.11. Do acompanhante e doador

Conforme o artigo 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, será permitido o pagamento de diárias para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. A justificativa deverá ser inserida no Laudo Médico pelo médico assistente do paciente e será julgada pelo médico auditor do TFD.

A autorização para o acompanhante é competência exclusiva da avaliação médica da regulação estadual do TFD/CE, que toma decisão pautada nas recomendações dos médicos assistentes, obedecendo à legislação vigente e às seguintes condições:

- 1.Cirurgia de médio e grande porte;
- 2.Paciente menor de 18 anos ou acima de 60 anos de idade;
- 3.Paciente incapaz, por doença inata ou adquirida;
- 4.Paciente com problemas relativos à doença de base;
- 5.Pacientes com transtorno mental;
- 6.Pacientes com baixo ou nenhum grau de escolaridade;
- 7.Pacientes com indicação médica de acompanhante, com a devida justificativa para o motivo de sua necessidade

Havendo a necessidade de acompanhante, deve-se fazer a indicação nominal no e encaminhar por e-mail (tfd.corac@saude.ce.gov.br) com prazo mínimo de 30 (trinta) dias junto com os documentos pessoais; cópia da RG, CPF e Cartão do SUS.

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 60 (sessenta) anos documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e responsável legal, não podendo o mesmo residir no Município de destino.

Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os pacientes são os próprios lactentes) e portadores de deficiência física ou mental, por dificuldades em auxiliar o paciente, não poderão ser acompanhantes de usuários em TFD.

O acompanhante deverá retornar a localidade de origem, com o meio de transporte de menor custo, em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando, a critério médico, a sua permanência for aconselhada.

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

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

Os pacientes menores de idade só poderão viajar acompanhados por representante legal.

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

A troca de acompanhante é possível, porém **restringe-se ao intervalo entre as consultas e enquanto o paciente estiver no Ceará. O novo acompanhante terá que encaminhar ao TFD/CE no mínimo 30 dias antes** da próxima viagem do paciente, portando cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, Cartão do SUS e justificativa por escrito do paciente/responsável legal que autoriza a troca.

Sempre que a presença do doador for necessária e solicitada por meio de documento médico do serviço responsável pelo tratamento, o TFD/CE custeará a passagem e a ajuda de custo do doador.

2.12. Ressarcimento de despesas

A Administração Pública, em consonância com a Portaria SAS/MS nº 055/1999, não dispõe de amparo legal para que se efetue o ressarcimento por quaisquer serviços de saúde não contemplados na tabela de procedimentos do SUS, ou de despesas com transporte, alimentação e hospedagem, **quando pagas por livre escolha do paciente.**

Não serão fornecidas passagens de volta, ajuda financeira ou ressarcimento de quaisquer despesas para aqueles pacientes que viajaram por meios próprio para outro estado, sem um cadastro prévio no TFD;

Não serão ressarcidas despesas com hospedagem e alimentação, visto que há previsão de ajuda de custo, com diárias determinadas em legislação.

Se o paciente já tiver obtido as passagens para seu deslocamento, sem autorização da TFD/CE terá de se responsabilizar pelos custos/taxas relativos à eventual alteração na viagem.

2.13. Ajuda de custo

A ajuda de custo consiste em uma quantia fixa, em dinheiro, autorizada pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, desembolsada pela SESA/CE ao paciente não internado, seu acompanhante e/ou doador.

A ajuda de custo tem a finalidade de auxiliar nas despesas com alimentação, deslocamento e hospedagem do paciente e seu acompanhante ao serviço de referência.

O pagamento de Ajuda de Custo para alimentação e pernoite do TFD fora do Estado, segundo os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 1.230/1999, será intermediado pela SESA/CE.

Os valores a serem pagos pela SESA/CE referentes à ajuda de custo são vigentes à época da realização da despesa, sendo iguais para paciente, acompanhante e seu doador.

A quantia referente à ajuda de custo deferida é depositada em conta corrente do paciente ou de seu representante legal.

Em geral, esta solicitação é encaminhada, em forma processual, para os setores autorizadores encarregados de aprovar a dispensa da verba. O processo é instruído, por via eletrônica, 15 (quinze) dias antes do deslocamento do paciente. Ocorre que, os prazos e datas de pagamento são estipulados pela Diretoria Financeira e independe do TFD/CE-COREG.

É vedado o pagamento de ajuda de custo aos pacientes enquanto hospitalizados, tendo em vista que os hospitais provêm o alojamento e a alimentação.

O paciente não internado recebe ajuda de custo enquanto for necessária sua permanência no local de tratamento, comprovada por relatórios médicos atualizados até o último dia de permanência. O acompanhante tem direito à diária completa, desde que sua permanência seja justificada por escrito pelo serviço que assiste o paciente.

Tipos de ajuda de custo:

Diária Completa: alimentação e pernoite de paciente com ou sem acompanhante;

Diária Incompleta: alimentação sem pernoite de paciente ou acompanhante.

Quando o paciente recebe alta hospitalar, porém o médico assistente solicita a permanência fora do Estado de origem, por tempo indeterminado, a ajuda de custo volta a ser devida, desde que, seja encaminhado ao TFD/CE relatório com a justificativa da necessidade de permanência do paciente.

Caso o tratamento se prolongue por mais de 30 (trinta) dias, o centro de referência deverá enviar ao TFD/CE um relatório mensal comprovando a condição clínica que impossibilite o paciente de retornar a origem e necessidade de permanência no serviço de referência, para atualização dos depósitos ao paciente.

Se o paciente for realizar um tratamento que exija cuidados prolongados (cirurgia de transplante, por exemplo), estabelece-se inicialmente a concessão de ajuda de custo, de acordo com o período previsto de tratamento.

Nos casos em que o paciente/acompanhante retorne ao CE no mesmo dia, é emitida apenas a ajuda de custeio para deslocamento e alimentação, o que equivale à metade da ajuda de custo completa, quer seja diária incompleta.

Caberá ao TFD/CE solicitar complementação da ajuda de custo na medida em que receber comprovação de permanência em documento oficial da unidade executante no destino.

Após o tratamento, o beneficiário ou representante legal deverá realizar prestação de contas até 05 dias úteis após seu retorno no setor de TFD. Após este prazo o paciente ficará sob pena de não usufruir mais deste benefício.

2.14. Da renovação

O processo de TFD terá validade de 02 (dois) anos para atendimento dentro da mesma patologia, considerando a data do laudo médico como referência. Após esse período, se o paciente permanecer em tratamento fora do domicílio, o médico assistente de origem deverá renová-lo, justificando a necessidade da permanência em TFD.

O número do pedido de TFD deve permanecer o mesmo, devendo ser mantido o ano de abertura do processo e o ano de renovação.

O paciente ou seu representante legal deverá apresentar documentação exigida para nova avaliação, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios. Será necessário para renovação, anexar cópia do processo anterior autorizado e o agendamento futuro com a garantia de atendimento pelo SUS, com horário e data definido previamente em documento oficial da unidade executante no destino.

Nos casos em que for necessária a permanência do paciente fora de domicílio para continuidade do tratamento, deverá ser encaminhado, a cada 30 dias, relatório de contrarreferência preenchido pelo Hospital de Referência onde o paciente está sendo assistido.

Paciente com débito de algum documento ou comprovante solicitado não terá seu benefício renovado.

Nos casos em que o processo é autorizado pela Avaliação Médica de Regulação Estadual apenas para um deslocamento, torna-se necessário para permanência do benefício, relatório médico da unidade onde o paciente será assistido, justificando a necessidade de continuidade no serviço.

Conforme os serviços forem disponibilizados/habilitados no Estado, TFD/CE poderá solicitar nova avaliação das Unidades antes da renovação do processo, para verificar a possibilidade de continuidade do tratamento dentro do Estado.

2.15. Encerramento ou desligamento do TFD interestadual

O encerramento ou desligamento do cadastro no TFD interestadual do Ceará deverá ocorrer nos seguintes casos:

1. Alta da unidade de tratamento;
2. Quando o paciente possa ser liberado do serviço de referência para ser acompanhado por equipes de mesma especialidade dentro do Estado;
3. Desistência, abandono ou óbito;
4. Mudança de domicílio para outro Estado ou para o Estado do tratamento;
5. Falsificação de documentos, malversação de fundos do TFD.

Caracteriza desistência ou abandono, o paciente que após iniciado tratamento deixa de comparecer às consultas subsequentes por 3 remarcações, sem razão justificável.

Caso o paciente do TFD/CE se mude para o local onde já realiza o tratamento ou seja comprovado que o paciente bem como seu(s) familiar(es) dispõe de residência própria ou possuem vínculo empregatício ou educacional, e/ou atividades que comprovem a necessidade de residir no local onde o paciente está em tratamento, independente da questão atrelada ao tratamento médico, deverá encerrar o processo existente no TFD/CE.

Se o paciente de outro estado/município, onde é beneficiário do TFD, se mudar para o CE, terá de relatar a mudança de domicílio ao TFD de origem, para que possa ser reiniciado para ele novo processo de TFD, agora no Ceará e seguindo os trâmites anteriormente descritos.

2.16. Óbito do paciente

Acaso sobrevenha óbito do paciente no local de tratamento, o TFD/CE se responsabiliza pelas despesas de preservação e conservação do corpo, traslado e urna especial. Sendo necessário o hospital enviar um relatório/certidão de óbito do paciente para o e-mail do TFD (tfd.corac@saude.ce.gov.br) para que seja feito os trâmites necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD é um recurso de exceção e somente será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do usuário e houver garantia de atendimento no Município e/ou Estado de referência executante.

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

As situações não previstas na normatização do presente Manual serão avaliadas individualmente pela Secretaria Estadual de Saúde, por equipe técnico/administrativa e/ou Comissão Médica da Regulação Estadual para concessão do benefício.

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. Portaria de Consolidação Nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre atenção especializada à saúde. Brasília, 2022.

____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada>.

ANEXOS

1. Laudo médico de tratamento fora de domicílio interestadual
2. Termo de compromisso e responsabilidade
3. Termo de consentimento para tratamento de dados pessoais e sensíveis
4. Termo de responsabilidade do acompanhante
5. Comprovante de viagem
6. Declaração de residência – TFD/CE
7. Ajuda financeira - Paciente TFD
8. Cadastro de credor do estado - Pessoa física
9. Solicitação de deslocamento para tratamento fora do domicílio



ANEXO 1
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO INTERESTADUAL

ÓRGÃO EMITENTE DO LAUDO:	CNES:
--------------------------	-------

NOME DO PACIENTE:		DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
GRUPO SANGUÍNEO:	PESO:	ALTURA:
IDENTIDADE (RG):		CPF:
CARTÃO DO SUS:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE/CELULAR: ()		TELEFONE/CELULAR: ()
EMAIL:		

HISTÓRICO DA DOENÇA (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):	
EXAME FÍSICO:	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAR CÓPIAS): : (Para diagnóstico de Parkinson e Epilepsia descrever EEG/ RNM ou ENMG)	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:	CID10:
TRATAMENTOS REALIZADOS:	



ANEXO 1
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO INTERESTADUAL

MEDICAMENTOS EM USO E DOSE (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):	
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	
JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NA LOCALIDADE ATRAVÉS DO SUS.	
JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE.	
JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE.	
TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: RODOVIÁRIO () AÉREO () JUSTIFICAR: (EM CASO DE TRANSPORTE AÉREO E AMBULÂNCIA, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA)	

<p>_____, ____ / ____ / ____ LOCAL E DATA</p> <p>_____ CARIMBO DA UNIDADE</p>	<p>_____ CPF: _____ MÉDICO ASSISTENTE ASSINATURA E CARIMBO – CRM</p> <p>_____ DIRETOR / CHEFIA MÉDICO ASSINATURA E CARIMBO – CRM</p>
---	---

Em caso de dúvidas entrar em contato com TFD/CE (85) 31015240
ou encaminhe sua solicitação através do e-mail tfd.corac@saude.ce.gov.br

ANEXO 2
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador da cédula de identidade RG _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____, usuário do Sistema Único de Saúde - SUS, CNS nº _____, assumo ter conhecimento das normas e rotinas do Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD/CE.

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

Do Pedido

1. Laudo Médico TFD Interestadual só terá validade se preenchido por médico assistente especialista da patologia em serviço do SUS no Estado de Ceará.
2. Só poderá ser autorizado TFD para consulta/procedimento que for realizado através do SUS, não sendo permitido atendimento realizado por convênio **ou qualquer outra forma de financiamento que não seja por meio do SUS.**
3. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município/estado de referência, com horário e data definido previamente.
4. Os agendamentos deverão ser apresentados/enviados à TFD/CE com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, levando em consideração a data do atendimento interestadual. Apenas nos casos de convocação de urgência, transplante e/ou com justificativa médica adequada este prazo poderá ser inferior ao proposto.

Do Acompanhante e Doador

1. O acompanhante deve ser maior de 18 anos e menor que 65, apresentando condições de saúde necessárias para o acompanhamento.
2. Só será permitida troca de acompanhante por motivos de saúde/trabalho, sendo necessário apresentar declaração justificando o motivo da troca e designando o novo acompanhante;

Do Deslocamento e Transporte

1. Para deslocamentos em TFD Interestaduais serão fornecidas, passagens de ida e volta será por meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente para o acompanhante quando autorizado.
2. Em regra, distâncias até 800 km são percorridas por via terrestre.
3. As passagens aéreas somente serão fornecidas para os casos em que o estado de saúde do paciente o impeça de utilizar outro tipo de transporte, quando o tempo de deslocamento traga risco a sua saúde, ou quando a distância inviabilize o transporte de ônibus rodoviário convencional.
4. O TFD não se responsabilizará pelo local de hospedagem do paciente em outro Estado, ficando a critério do paciente a escolha do local de melhor conveniência.

Da Ajuda de Custo

1. O paciente e o acompanhante (se houver) terão direito a Ajuda de Custo com pernoite ou sem pernoite, para cada um, por dia, durante todo o tratamento, contudo, enquanto paciente permanecer internado não serão atribuídas diárias;

ANEXO 2
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

2. Não terá direito a Ajuda de Custo (diárias), relativa ao período em que não apresentar prova documental (Relatório ou Declarações), emitida pela Unidade Hospitalar onde o usuário esteve em tratamento médico;
3. O paciente que encontra-se em longa permanência fora do estado do Ceará deverá solicitar mensalmente a Unidade Hospitalar onde será realizado o tratamento, relatório médico ou declaração de permanência, a fim de comprovar os períodos em que estiver realizando tratamento médico, especificando datas de internamento e atendimento ambulatorial;
4. Enviar relatório e/ou as Declarações de Permanência ao TFD/CE, via email, e ligar posteriormente para confirmar o recebimento, ou presencial através de algum familiar, no prazo de até 60 dias, após o retorno, ou permanência fora;

Do Retorno

1. Quando for agendado consulta/procedimento num prazo inferior a 15(quinze) dias, o paciente e seu acompanhante devem permanecer no Estado de destino, só retornando ao Estado de origem quando for agendado retorno para um prazo maior que 30 (trinta) dias;

Da Alta

1. Não poderá permanecer no Estado onde realizou o tratamento após a alta Hospitalar/Ambulatorial, devendo manter contato telefônico com o setor de passagem para solicitar a liberação das passagens de retorno ao estado da Ceará, imediatamente/ou dia útil seguinte, após o último procedimento realizado.
2. Ao solicitar passagem de retorno ao TFD, tem até 72 horas para emissão da mesma.

Da Renovação

1. Renovar a cada 02 (dois) anos o Laudo Médico TFD, preenchido por médico especialista no Estado de Ceará.

Do Encerramento ou Desligamento do TFD interestadual

1. O paciente que estiver em longa permanência, sem comprovação, o TFD pode solicitar seu desligamento e/ou seu retorno de imediato.
2. Os pacientes e familiares que optarem, por quaisquer motivos, em fixar residência no município/estado em que realizam o tratamento, não mais receberão ajuda de custo ou deslocamento do programa TFD.

Do Óbito do Paciente

1. Acaso sobrevenha óbito do paciente no local de tratamento, enviar um certidão de óbito do paciente para o e-mail do TFD (tfd.corac@saude.ce.gov.br) para que seja feito os trâmites necessários.
- 2.

.....dede.....

Assinatura do Paciente ou Representante legal



ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS

Eu, _____, inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº _____ por ocasião do programa **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** registro minha manifestação livre, informada e inequívoca, a concordância com o tratamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, a fim de possibilitar a efetiva execução do programa e seus desdobramentos, em observância aos princípios da publicidade e da transparência que regem a Administração Pública e nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e alterações posteriores.

CLÁUSULA PRIMEIRA – Dados:

- a) Dados pessoais - qualquer informação que possa tornar uma pessoa física identificada ou identificável: nome completo, CPF, data de nascimento, dados de contato, endereço residencial.
- b) Dados sensíveis - Qualquer dado pessoal que diga respeito a origem racial ou étnica, convicção religiosa, filosófica ou política, bem como dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico.

CLÁUSULA SEGUNDA - Finalidade do tratamento de dados:

- a) Cumprir as obrigações legais e regulatórias do **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** em razão de suas atividades;
- b) Execução de seu programa e prestação de serviços (atualização de cadastro, histórico de exames, agendamento de consultas, transporte Interestadual etc.)
- c) Gerenciar informações a respeito da sua saúde, visando ao compartilhamento de informações e conteúdo com as equipes especializadas.
- d) Realizar a comunicação oficial pela **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD**, por meio de quaisquer canais de comunicação (telefone, e-mail, WhatsApp, etc.).
- e) Geração de indicadores, visando ao aprimoramento de nossos serviços;
- f) A realização de produção científica derivada de análises obtidas de dados e indicadores de saúde internos.

Estou ciente que o **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** poderá tomar decisões automatizadas com base em meus Dados Pessoais, sendo garantido a mim o direito de solicitar a revisão dessas decisões.

CLÁUSULA TERCEIRA: Compartilhamento de Dados:

O **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** fica autorizado a compartilhar os dados pessoais e dados pessoais sensíveis com as demais unidades de saúde, para fins de garantir uma melhor prestação do serviço assistencial, assegurando os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS

CLÁUSULA QUARTA - Responsabilidade pela Segurança dos Dados:

Estou ciente do compromisso assumido pela **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** de tratar os meus Dados Pessoais de forma sigilosa e confidencial, mantendo-os em ambiente seguro e não sendo utilizados para qualquer fim que não os descritos acima.

CLÁUSULA QUINTA - Término do Tratamento dos Dados:

Declaro e concordo que os meus Dados Pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o término do tratamento – inclusive após a revogação do consentimento –, para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD** ou desde que tornados anônimos.

CLÁUSULA SEXTA - Direito de Revogação do Consentimento:

Estou ciente que, a qualquer tempo, posso retirar o consentimento ora fornecido, hipótese em que as atividades desenvolvidas pela **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD**, no âmbito de nossa relação, poderão restar prejudicadas.

Por fim, declaro ter lido e ter sido suficientemente informado sobre o conteúdo deste Termo e concordo com o tratamento dos meus Dados Pessoais aqui descrito de forma livre e esclarecida, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e às demais normativas sobre proteção de Dados.

.....dede.....

Assinatura do Paciente ou Representante legal

ANEXO 4
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ACOMPANHANTE

Eu, _____,
portador da cédula de identidade RG _____ e inscrito(a) no CPF
sob nº _____, venho através deste, formalizar minha responsabilidade
em acompanhar, e dar suporte necessário ao paciente,
_____, em viagem
para consulta/internamento no dia ____/____/____ no(a) Hospital
_____ em _____.

Estou ciente de que só posso retornar junto com o paciente após a alta médica, pois a troca de
acompanhante não é permitida, exceto em caso de problemas de saúde, mediante
apresentação de relatório médico.

_____, de _____ de _____ .
Local e data

Declarante / CPF



ANEXO 5
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
COMPROVANTE DE VIAGEM

PACIENTE:

LOCAL: _____ **DATA:** ____/____/____.

Solicitamos do Médico Assistente as seguintes informações:

01. Qual o diagnóstico? E o CID?

02. Resumo do quadro clínico atual:

03. Descrever o tratamento que está sendo realizado neste Hospital. Incluindo medicamentos em uso e se há programação cirúrgica. ()Clínico ()Cirúrgico ()Oncológico ()Transplante ()

Outros: _____

04. Nesta consulta foram realizados exames complementares? Quais? (descrever ou anexar laudos)

05. É necessário retorno a este hospital? () Não () Sim Data da próxima consulta: ____/____/____
Se sim, para qual finalidade?

06. Qual transporte recomendável? Justificar.

07. Precisa de acompanhante? Justificar.

08. O paciente poderá manter acompanhamento em ambulatório da mesma especialidade na origem?
Quais as orientações?

Portaria SAS/MS nº 55/99; O Tratamento Fora de Domicílio – TFD será concedido, exclusivamente a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio estado/município, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Logo; após finalizado tratamento proposto ao paciente, o mesmo deverá retornar acompanhamento em local de origem.

Assinatura e Carimbo do Médico - CRM



ANEXO 6
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA – TFD/CE

Eu, _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente e domiciliado no Endereço: _____, CEP: _____, Município _____, DECLARO para os devidos fins, que o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____, reside o mesmo endereço acima citado.

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

_____, de _____ de _____ .
Local e data

Assinatura do Declarante



ANEXO 7
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
AJUDA FINANCEIRA - PACIENTE TFD

Solicitamos providenciar com celeridade o pagamento de AJUDA FINANCEIRA para possibilitar o deslocamento do (a) paciente/acompanhante abaixo discriminados, a fim de realizar tratamento de saúde através do Programa Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Ressaltamos a necessidade de priorizar esse pagamento, considerando tratar-se de pessoa carente e com enfermidade grave.

TFD/CERSI/CORAC/SEVIR/SESA

Paciente: _____

Processo Inicial: _____

Local de Tratamento: _____

Data da Viagem: _____

SOLICITANTE/AJUDA DE CUSTO:

Nome: _____

Identidade (RG): _____ Órgão Expedidor: _____

CPF.: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Município: _____ Estado: _____

Banco: _____ Conta Corrente: _____ Agência: _____

Poupança: _____ Agência: _____

Fortaleza/CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) solicitante



ANEXO 8
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
CADASTRO DE CREDOR DO ESTADO - PESSOA FÍSICA

NOME:		CPF:	
NOME DA MÃE:		DATA DE NASCIMENTO:	
E-MAIL:		ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:			
NÚMERO:		TELEFONE:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:	ESTADO:
CARGO:		FUNÇÃO:	

DOMICÍLIO BANCÁRIO

CONTA ATIVA		CONTA ANTERIOR
BANCO Nº:	NOME DO BANCO:	BANCO Nº:
AGÊNCIA Nº:	NOME DA AGÊNCIA:	AGÊNCIA Nº:
CONTA CORRENTE/DÍGITO Nº:		CONTA CORRENTE/DÍGITO Nº:

ASSINATURA DO CREDOR

LEIA COM ATENÇÃO!

1. NOME OU RAZÃO SOCIAL - Preencher todos os campos com os dados da Pessoa Física ou Jurídica. Não é permitido seu preenchimento contendo abreviaturas no início e final do nome.

2. TELEFONE PARA CONTATO:

_____.

3. NOME DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO DO CADASTRAMENTO:

_____.

_____, ____/____/____.
Local e Data



ANEXO 9
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD
SOLICITAÇÃO DE DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

MUNICÍPIO DE ORIGEM:	REGIONAL DE SAÚDE:
NOME PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE:
LAUDO INICIAL ____/____/____	ÚLTIMA RENOVAÇÃO: ____/____/____
ESPECIALIDADE:	PATOLOGIA:
TRATAMENTO PROPOSTO:	
ORIGEM:	DESTINO:
<input type="checkbox"/> 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)	
PARA USO DA COMISSÃO ESTADUAL DE TFD/CE	
<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO	
JUSTIFICATIVA: _____ _____ _____	
_____ MÉDICO - TFD/CE	
DATA DO PARECER MÉDICO TFD: ____ / ____ / ____	LAUDO VÁLIDO ATÉ: ____ / ____ / ____



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE