

6 – ANEXOS

ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DO PEDIDO DE TFD



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

MUNICÍPIO DE ORIGEM:				REGIONAL DE SAÚDE:			
Nº Cartão do SUS:				PEDIDO Nº		DATA:	
Nome Paciente:				Nome da Mãe:			
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade:	Município de Nascimento:			UF:	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Altura: (centímetros)		Peso: (gramas)			
Endereço:				Nº	Bairro		
Município:		Complemento:		CEP:		UF:	
E-mail:		Telefone:		Telefone Celular:			
Identidade:		Órgão Emissor:	UF:	Data	da	Expedição:	
CPF:		Certidão de Nascimento: (Anexar Cópia)					
PACIENTE: <input type="checkbox"/> 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)							
TFD REGIONAL JUSTIFICATIVA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ Secretaria Municipal de Saúde </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ Gerência Regional de Saúde </div> </div>							
PARECER DA COMISSÃO MÉDICA DE REGULAÇÃO: <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO							
JUSTIFIQUE: _____ Comissão Médica / Data				_____ Servidor/Carimbo/Matrícula			

OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.

ANEXO 2 – LAUDO MÉDICO INTERESTADUAL



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL

NOME DO PACIENTE:		PESO:	TIPO SANGUÍNEO:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):		
DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID 10:		
CARÁTER DO ATENDIMENTO : () HOSPITALAR <input type="checkbox"/> URGÊNCIA () AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> ELETIVO			
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO SOLICITADO (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):			
4 – PRINCIPAIS RESULTADOS/EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO/CONSULTA:			

7 – DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:

CLASSE FUNCIONAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (NYHA) (OBRIGATÓRIO CNRAC) -

FUNÇÃO VENTRICULAR (OBRIGATÓRIO CNRAC) -

PADRÃO RESPIRATÓRIO -

FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA -

ESTADO NEUROLÓGICO SUMÁRIO -

8 – MEDICAMENTOS EM USO E DOSE (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):

9 – ESTADO NUTRICIONAL (IMC E OUTROS):

10 – CARACTERIZAÇÃO DE EVENTUAL URGÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

11 – HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL SIGNIFICATIVA, ESPECIALMENTE QUANTO AO USO E ALERGIA A MEDICAMENTOS, BEM COMO ALERGIA A CONTRASTES ANESTÉSICOS E ANTI-SÉPTICOS:

12 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAMES NA LOCALIDADE:

13 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

14 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: **EM CASO DE TRANSPORTE: ÔNIBUS LEITO, AÉREO E AMBULÂNCIA, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CLÍNICA.**

ÔNIBUS CONVENCIONAL () ÔNIBUS LEITO () AÉREO () AMBULÂNCIA ()

DESCREVER ABAIXO A JUSTIFICATIVA CLÍNICA QUE IMPEÇA O PACIENTE DE VIAJAR VIA ÔNIBUS CONVENCIONAL:

LOCAL E DATA:

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:

CPF:

Nº CNES:

ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nº CNS DO MÉDICO

TELEFONE:

CELULAR:

OBIS: O LAUDO DEVE SER PREENCHIDO COM LETRA LEGÍVEL E CLAREZA DOS TERMOS, CONFORME PORTARIA SES 808 DE 31/07/2009. NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DA PORTARIA, O PROCESSO PODERÁ SER DEVOLVIDO PARA AJUSTES.

ANEXO 3 – LAUDO MÉDICO INTRAESTADUAL



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTRAESTADUAL

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:	
CARÁTER DO ATENDIMENTO		() HOSPITALAR	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	
		<input type="checkbox"/> ELETIVO	
<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL			
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA:			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO:			
4 – EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S): ANEXAR CÓPIA(S)			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – PROCEDIMENTO/TRATAMENTO SOLICITADO:			
7 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/ EXAME NA LOCALIDADE:			
8 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:			
9 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: (JUSTIFICAR EM CASO DE TRANSPORTE: ÔNIBUS LEITO, AÉREO E AMBULÂNCIA, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CLÍNICA.)			
<input type="checkbox"/> ÔNIBUS CONVENCIONAL () <input type="checkbox"/> ÔNIBUS LEITO () <input type="checkbox"/> AÉREO () <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA ()			
DESCREVER ABAIXO A JUSTIFICATIVA CLÍNICA QUE IMPEÇA O PACIENTE DE VIAJAR VIA ÔNIBUS CONVENCIONAL:			

LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:	
CPF:		ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:	

OBS: O LAUDO DEVE SER PREENCHIDO COM LETRA LEGÍVEL E CLAREZA DOS TERMOS, CONFORME PORTARIA SES 808 DE 31/07/2009. NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DA PORTARIA, O PROCESSO PODERÁ SER DEVOLVIDO PARA AJUSTE

ANEXO 5 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
Gerência Regional de Saúde DE “

Of. xxxx/aa

Local e data.

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos pagamento a título de reembolso de ajuda de custo referente ao paciente cadastrado no Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD:

Paciente: nome do paciente / acompanhante;

Período: (dd/mm/aa a dd/mm/aa);

Valor: R\$

O depósito deverá ser efetuado conforme os dados bancários abaixo:

NOME:

CPF:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA (COM DIGITO):

BANCO:

Informamos que os valores foram conferidos pelo setor de tratamento fora do domicílio desta Gerência, com base na documentação anexa, como bilhetes de passagens e comprovantes de agendamento do paciente na unidade hospitalar.

Justificar o motivo pelo qual o paciente não recebeu o recurso: “

Atenciosamente,

Gerente Regional de Saúde
Carimbo e assinatura

Ilmo Sr.
Gerente de Regulação Ambulatorial

ANEXO 6 – FORMULÁRIO DE REEMBOLSO



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
Gerência Regional de Saúde DE “ ”

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PARA OS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Data do Agendamento:	
Período (data) de Permanência Ambulatorial:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$
Transporte utilizado no deslocamento:	
Data da Internação (se houver):	
Período (data) de internação:	

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Período (data) de Permanência:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$

INFORMAÇÕES REFERENTE AO EMPENHO:

Data do empenho anterior:
Data do fechamento da prestação de contas:
Data da nova solicitação:

Gerente Regional de Saúde
Carimbo e assinatura

ANEXO 07 - RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL

Informamos que este relatório é de extrema importância para a manutenção/continuidade do tratamento do paciente fora do Domicílio.

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Nome da Unidade que o atende: _____

Local: Cidade: _____ Estado: _____

Paciente esteve em tratamento ambulatorial na seguinte data: _____

Paciente esteve internado na seguinte data: _____

As seguintes PATOLOGIAS estão sendo (foram) acompanhadas: _____

Para MONITORAMENTO destas patologias, o paciente:

() necessita retornar () vezes por ano.

() não necessita retornar continuamente.

() O paciente poderá ser acompanhado no seu Estado de origem.

Justificar: _____

Citar exames e procedimentos dos tratamentos realizados nesta última consulta: _____

Descrição sumária do plano terapêutico e do acompanhamento clínico para as próximas consultas: _____

Na UBS do Município de origem do paciente, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este paciente: _____

Data da próxima consulta: _____ / _____ / _____ Horário: _____

Procedimento que será realizado nesta próxima consulta: _____

Transporte recomendável para o próximo atendimento: RODOVIÁRIO () AÉREO () AMBULÂNCIA ()

Justificativa: _____

ATENÇÃO: Em casos de transporte aéreo e ambulância deve ser obrigatória a justificativa clínica médica, pois conforme consta no manual de TFD de Santa Catarina, as passagens aéreas e os deslocamentos por ambulância somente serão fornecidos 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.

Telefone e email de contato para uso do médico regulador: _____

Assinatura carimbo e CRM do médico da Unidade Executante:

Local e Data do atendimento:

ANEXO 8 - DECLARAÇÃO PARA PACIENTES DO PROGRAMA TFD INTERESTADUAL



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DECLARAÇÃO PARA PACIENTES DO PROGRAMA TFD INTERESTADUAL

Declaro junto ao Programa Tratamento Fora do Domicílio, que fui orientado (a) nesta data, e estou ciente e de acordo com as normas e rotinas referentes aos direitos e deveres do usuário (paciente, acompanhante, doador) conforme previsto na Portaria/SAS 055 de 24/02/99 e Manual de TFD do Estado de Santa Catarina aprovado em deliberação da CIB nº 30/2017, sob pena de não usufruir do benefício, que:

- Deverei apresentar a data de agendamento e reagendamento com antecedência de 30 (trinta) dias, juntamente com o comprovante de agendamento da Unidade Executante;
- Deverei informar com antecedência, qualquer motivo que impeça o comparecimento à consulta;
- A troca de acompanhante e/ou a pessoa responsável deverá ser feita em 30 (trinta) dias antes e com apresentação de cópia da RG e Cartão do SUS. Não será autorizada troca de acompanhante sem justificativa prévia;
- Não havendo atendimento médico o paciente deverá informar imediatamente ao setor de TFD de sua região;
- O usuário receberá ajuda de custo por no máximo 15 dias durante o mês, caso fique em tratamento ambulatorial por período maior, deverá solicitar à Unidade Executante declaração comprovando o período que está sendo acompanhado. Pacientes internados não serão contemplados pela ajuda de custo, apenas seu acompanhante (se for o caso), que também deverá apresentar declaração da Unidade Executante comprovando o período;
- Para verificar a liberação de recursos o responsável deverá ligar 05 dias úteis antes da viagem ao setor de TFD de sua região;
- Paciente com débito de algum documento ou comprovante solicitado não viajará pelo programa;
- Na perda de passagens ou do relatório médico de atendimento o pagamento deverá ser assumido pelo paciente. Em caso de autorização de transporte aéreo, NÃO será feita troca de passagens após a emissão dos bilhetes;
- Após o tratamento, o beneficiário ou representante legal deverá realizar prestação de contas até 05 dias úteis após seu retorno no setor de TFD de sua região. Após este prazo o paciente ficará sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- Fico ciente que em caso de não utilização do recurso ou parte dele terei que devolver o valor da ajuda de custo ao setor de TFD de minha região, que tomará as devidas providências, sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- O usuário que viajar sem processo de TFD autorizado NÃO será reembolsado;
- Fico ciente de que este processo de TFD autorizado possui validade por um período de 01 (hum) ano contando da data do laudo médico e que, se necessário, deverei renová-lo em tempo hábil;
- Havendo necessidade de permanecer em tratamento fora do período previsto, o paciente deverá imediatamente informar ao setor de TFD da sua região com comprovante médico da Unidade onde está realizando o tratamento para que seja efetuado o complemento do pagamento da ajuda de custo. O usuário que permanecer fora por conta própria não terá direito a reembolso em hipótese alguma.
- O usuário do Programa de TFD deve estar com endereço e telefones atualizados.

Horário de atendimento ao público: (cada Regional de Saúde ou Município deve preencher de acordo com a sua realidade).

Informações sobre liberação de passagens, solicitação de complementação de ajuda de custo, prestação de contas entrar em contato através do telefone: (cada Gerência Regional de Saúde ou Município deve preencher de acordo com a sua realidade).

Em caso de óbito do paciente entrar em contato através dos telefones 48 99156 8727 / 99154 9239.

Assinatura do responsável: _____

CPF: _____

Data: _____ de _____ 20_____

ANEXO 9 - TERMO DE COMPROMISSO – AJUDA DE CUSTO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO - AJUDA DE CUSTO

Eu,.....

.....,

(NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

portador do documento de identidade nº, sou responsável pela solicitação de ajuda de custo feita à Secretaria de Estado da Saúde - SES.

Estou ciente que pacientes internados não estão contemplados pela ajuda de custo, apenas seu acompanhante.

Estou ciente que o valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) conforme consta na Portaria do Ministério da Saúde MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação sem pernoite	R\$ 8,40
08.03.01.004.4	Ajuda de custo para alimentação com pernoite	R\$ 24,75

_____/_____/_____
Local Data

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL / FAVORECIDO

ANEXO 10 – PORTARIA/SAS/Nº 055 DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria/SAS/Nº 055 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.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município;

Considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada, e

Considerando a Portaria SAS/MS/Nº 237, de 09 de dezembro de 1998, publicada no Diário Oficial nº 238-E, de 11 de dezembro de 1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos – GAP, como instrumento para pagamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

§ 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

§ 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS.

§ 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

§ 4º- Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.

§ 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.

Art. 2º - O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definido previamente.

Art. 3º - A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município.

Art. 4º - As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.

§ 1º A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Art. 5º - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/SES 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.

§ 1º A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência desta portaria, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS/MS, para conhecimento.

Art. 6º - A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Art. 7º - Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Art. 8º - Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Art. 9º - Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes.

Art. 10 – Criar nas Tabelas de Serviço e Classificação do SIA/SUS o serviço de TFD e sua classificação:

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
--------	-----------

23	Tratamento Fora de Domicílio – TFD.
----	-------------------------------------

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TFD

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
00	Serviço sem classificação.

Art. 11 – Incluir na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os seguintes procedimentos:

423-5 – Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

425-1 – Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

427-8 – Unidade de remuneração para transporte fluvial a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

428-6 – Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

429-4 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

437-5 – Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

441-3 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade profissional 00

Art. 12 – Fixar os valores dos procedimentos ora criados:

CÓDIGO	SP	ANEST	OUTROS	TOTAL
423-5	0,00	0,00	100,00	100,00
425-1	0,00	0,00	3,00	3,00
427-8	0,00	0,00	2,00	2,00
428-6	0,00	0,00	10,00	10,00
429-4	0,00	0,00	30,00	30,00
437-5	0,00	0,00	5,00	5,00
441-3	0,00	0,00	15,00	15,00

Art. 13 – O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre e fluvial ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

Art. 14 – Os valores relativos aos códigos 423-5, 425-1 e 427-8 são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

Art. 15 – Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS.

Art. 16 – As Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o Manual Estadual de TFD.

Art. 17 – As SES/SMS deverão proceder o cadastramento/recadastramento das unidades autorizadas de TFD, observando a codificação de Serviço/Classificação criados.

Art. 18 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de março de 1999.

RENILSON REHEM DE SOUZA

\\SERVER-SAS\GERAL-SAS\Sala720\Portarias\Rotina TFD.doc