



Prefeitura de
MANDIRITUBA



Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANDIRITUBA

TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO

MANDIRITUBA – PR

NOVEMBRO/2023



Prefeitura de
MANDIRITUBA



Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITO MUNICIPAL

Luis Antonio Biscaia

VICE-PREFEITO MUNICIPAL

Manoel Airton Cruz

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Daniele dos Santos

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Joceli do Rocio Ribas Rodrigues

COORDENADORA ADMINISTRATIVA

Isabelle Maria Cerino Campos

MANDIRITUBA – PR

NOVEMBRO/2023



1. Apresentação

Considerando que o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é oferecido aos usuários do Sistema Único de Saúde que necessitem de atendimento e procedimentos em saúde não disponíveis em seu município e desde que este atendimento médico especializado seja em outras unidades de Saúde cadastradas/conveniadas pelo SUS, em outras cidades do próprio Estado de origem do paciente ou nos demais Estados do País;

2. Objetivos

Este Manual foi elaborado para regulamentar e orientar as atividades dos setores responsáveis pelo trâmite de liberação de benefício para usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do Paraná, que necessitem de tratamento de saúde fora do seu domicílio.

3. Solicitação TFD

Secretaria municipal de saúde

Documentos necessários para compor o processo de solicitação de TFD:

- Formulário de Pedido de Tratamento Fora de Domicílio - PTFD, contendo laudo médico, preenchido de forma legível, original e cópia;
- Cópia da Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou Carteira de Identidade;
- Cópia da Carteira de Identidade do acompanhante, se houver; Comprovante do agendamento do procedimento a ser realizado; · Cópia de resultados de exames, se houver;
- Laudo de emissão de APAC (autorização para procedimento de alta complexidade), conforme pactuação (TFD intermunicipal).

Regional de Saúde

- Designar equipe responsável pela análise, aprovação e encaminhamento de TFD;
- Montar o processo de TFD;
- Providenciar a aquisição de passagens terrestres;



- Solicitar passagens aéreas ao nível central Secretaria de Estado da Saúde - SESA;

- Encaminhar relatórios padronizados de TFD ao Nível Central, para regulação de ofertas de serviços, recursos, planejamento e reestruturação de redes assistenciais;

- Encaminhar ao nível central I - Secretaria de Estado da Saúde, os comprovantes de passagens utilizadas no mês, juntamente com os relatórios, sendo esta, uma condição para aquisição de novas passagens.

Nível central SESA

- Designar equipe responsável para análise, aprovação e encaminhamentos de TFD;

- Analisar os processos com solicitação de aquisição de passagens aéreas;

- Adquirir as passagens aéreas, quando deferido o processo;

- Proceder a prestação de contas junto ao Tribunal de Contas do Estado;

- Avaliar trimestralmente os instrumentos de acompanhamento do TFD, com a finalidade de redefinir e disciplinar a concessão do benefício, assim como garantir os recursos financeiros para sua efetivação; 823 8

- Repassar às Regionais de Saúde os recursos destinados a despesas do TFD;

- Avaliar a necessidade e providenciar transporte em ambulância nos casos em que o paciente depende de equipamentos essenciais à manutenção de vida.

4. Concessão TFD

Pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;

- Esgotados todos os meios de tratamento dentro do município/ Estado;

- Distância entre Municípios referência e municípios de destino, conforme a legislação vigente; 1023 10

- Garantia do atendimento no município de destino, através do aprazamento pela



Central de Marcação de Consultas e Exames especializados, pela Central de Regulação de Leitos, ou por documento formal da Instituição que prestará o atendimento;

- No caso de transplantes de órgãos fora do Estado, desde que cadastrado em serviço de referência do - SUS;

5. Acompanhante

- O médico deverá justificar a necessidade de acompanhante no formulário próprio de TFD;

- Será autorizado apenas 01 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável 1223 12 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;

- Pacientes maiores de sessenta anos poderão viajar com acompanhante, pois em conformidade com a legislação em vigor a Portaria nº280/GM/MS, assegura o direito a acompanhante, inclusive durante o período de internação;

- Não será permitida a substituição de acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagem aérea, salvo em caso de morte ou doença devidamente comprovadas documentalmente e no máximo em 48 horas antes do embarque.

6. Anexos

ANEXO I SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Secretaria de Estado da Saúde
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO LAUDO MÉDICO Paciente:

Nome: _____

_____ Data de Nascimento: ___/___/___

Sexo: _____ Cidade _____ de

Origem: _____ Estado: _____

_____ Regional de Saúde: Local de



Encaminhamento: _____

Motivo do

Encaminhamento:

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Carimbo de

Assinatura: _____



Anexo II

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde-SESA
Sistema único de SAÚDE-SUS

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Nome do Paciente:

Endereço:

Documento de Identidade:

Tipo:

Cidade:

Estado:

C.E.P.:

Telefone:

Profissão:

Data de Nascimento: __/__/__

Nome do Acompanhante:

Documento de Identidade:

Tipo:

Relação com o Paciente:

Primeiro Encaminhamento: () SIM () NÃO

Retorno: () SIM () NÃO

DADOS MÉDICOS:

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos- LETRA LEGÍVEL

1-Histórico da Doença Atual:



2-Exame Físico:

3-Diagnóstico Provável:

4- CID:

5-Exame(s) Complementar(es) Realizado(s):

Anexar Cópias

6-Tratamento(s) Realizado(s):

7-Tratamento(s)/Exame(s) Indicado(s):

8-Duração Provável do Tratamento:

10-Citar razões que impossibilitam a realização do Tratamento/Exame na Cidade/Estado de origem.

11-Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

12-Necessidade de Acompanhante: ()SIM ()NÃO

Justificar, em caso positivo, dentro das normas explicitadas no Manual de TFD

13-Tipo de Transporte recomendável

Justificar, em caso positivo, dentro das normas do Manual de TFD

Paciente: () deambula

() cadeira de rodas

() maca

() uso de equipamentos, respiradores, monitores cardíacos, etc



TERRESTRE

TIPO: Ônibus Convencional

Ônibus leito

Ambulância

UTI móvel

Automóvel

AÉREO

Justificar como também, em casos especiais de cuidados necessários durante viagem terrestre (ônibus ou avião), enviar comunicado técnico para as respectivas Companhias solicitando atenção especial e/ou cuidados, alimentação adequada e etc.

Observar normas do Manual do TFD

Local/Data: _____

Nome do Médico Assistente: _____

Endereço: _____

Telefone para Contato: _____

Assinatura e Carimbo _____

Campos de preenchimento obrigatório

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do Gestor Local (SMS ou Regional de Saúde) _____

Encaminhado a: _____

Local/Data _____

Nome: _____

Assinatura do Médico/Carimbo: _____

Necessidade de retorno: SIM NÃO

Data provável do retorno: ____/____/200__

Local _____

DATA ____/____/200__

Assinatura e Carimbo do Responsável _____