PREFEITURA MUNICIPAL DA LAPA
PREFEITURA MUNICIPAL DA LAPA | PARANÁ
CNPJ - 76.020.452/0001-05
PRAÇA MIRAZINHA BRAGA 87 - CENTRO
CEP 83750-000 - (41) 3547-8000
www.lapa.pr.gov.br

Ofício nº 165/GAB/PROC

Lapa, 24 de Novembro de 2015.

Senhor Presidente:

Encaminho, para apreciação, Projeto de Lei nº 105/2015, que institui o Sistema de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio - TFD no Município da Lapa-PR e dá outras providências.

Sem outro motivo, subscrevo-me,

AGIR COMO PRAXE
27/11/2015
ARTHUR VIDAL
PRESIDENTE

Cordialmente

Leila Aubrift Klenk
Prefeita Municipal

Camara Municipal da Lapa
Protocolo **0000001806 / 2015** 26/11/2015
Leila Aubrift Klenk
Projeto de Lei
ANTONIOR 16:56:12

Exmo. Sr.
ARTHUR BASTIAN VIDAL
DD. Presidente da Câmara Municipal
Nesta

PROJETO DE LEI Nº 105, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2015.

Súmula: Institui o Sistema de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio - TFD no Município da Lapa-PR e dá outras providências.

A Prefeita Municipal da Lapa, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, apresenta à consideração da Câmara Municipal o seguinte Projeto de Lei:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, autorizado a arcar com as despesas, a título de auxílio, para tratamento de pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS –, fora do domicílio do Município da Lapa-PR, nos termos das Portarias do Ministério da Saúde e das Deliberações da Comissão de Intergestores Bipartite do Paraná.

Art. 2º - O auxílio permitido para tratamento fora de domicílio se refere ao fornecimento de transporte terrestre, passagens rodoviárias, bem como locais para realização de alimentação, hospedagem e higiene pessoal de paciente e acompanhante, somente podendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município.

Parágrafo único - Fica condicionado o benefício previsto no *caput* deste artigo a somente um acompanhante por paciente.

Art. 3º - Os valores destinados ao auxílio para tratamento fora do domicílio não poderão ultrapassar aqueles previstos nas Portarias do Ministério da Saúde e nas Deliberações da Comissão de Intergestores Bipartite do Paraná, respeitados os limites de recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde do Município.

Art. 4º - O auxílio estabelecido por esta Lei somente poderá ser concedido a pacientes que:

I – apresentarem patologias cujas necessidades diagnosticadas e/ou terapêuticas não sejam oferecidas naquele momento no Município da Lapa-PR;

II – prioritariamente necessitem de tratamentos que sejam essenciais para a sua sobrevivência e/ou cura, cuja necessidade seja comprovada mediante laudo e/ou relatório médico detalhado.

Art. 5º - Somente será prestado auxílio ao paciente e acompanhante para tratamento fora do domicílio com recomendação e justificativa médica, após análise de cada caso e autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

PROJETO DE LEI Nº 105, DE 24.11.15

Art. 6º. - O pagamento do auxílio de que trata esta Lei poderá ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança em nome do paciente ou do seu representante legal.

Art. 7º. - Para atendimento às necessidades dos pacientes e acompanhantes, fica o Poder Executivo Municipal autorizado a firmar convênio e/ou parcerias com asilos, albergues, pensão, casas de apoio, entre outros, e que sejam pertencentes a entidades assistenciais declaradas de utilidade pública no Município onde se dê o tratamento do paciente.

Parágrafo único - A celebração do convênio e/ou parceria acarretará ao Poder Executivo o pagamento das despesas para com a entidade conveniada.

Art. 8º. - Para a consecução dos objetivos delineados por esta Lei, o Município poderá executar diretamente os serviços de deslocamento de usuários, adquirir passagens de transporte coletivo intermunicipal ou contratar a prestação de serviços habituais ou esporádicos, observada a Lei de Licitações e demais normas pertinentes.

Art. 9º. - O Município manterá controle e registro dos deslocamentos de usuários para TFD, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo.

Art. 10. - Para fazer face às despesas desta Lei, fica autorizado o Poder Executivo Municipal a utilizar-se dos recursos oriundos de classificação orçamentária própria, previstos na Lei Orçamentária Anual, suplementadas se necessário for.

Art. 11. - Demais normas necessárias ao cumprimento da presente Lei serão regulamentadas no prazo de trinta dias após a publicação desta Lei pelo Poder Executivo Municipal.

Art. 12. - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício da Prefeitura Municipal da Lapa, em 24 de Novembro de 2015.

Leila Aubrift Klenk
Prefeita Municipal

JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 105, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2015.

Senhor Presidente, Senhores Vereadores:

Apresento à consideração desse Egrégio Poder Legislativo o presente Projeto de Lei que Institui o Sistema de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio - TFD no Município da Lapa-PR e dá outras providências.

A União tem legitimidade para dispor sobre as regras gerais acerca da proteção à saúde e, para tanto, editou a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

E, a fim de regulamentar referida norma legal, em especial implantar as diretrizes traçadas em seu art. 7º, incisos II e XI, a União, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, expediu a Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS.

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD, como o próprio nome diz, trata-se de um benefício que tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde – SUS a serviços assistenciais de outro Município/Estado, desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir.

Trata-se, assim, de um programa responsável por custear o tratamento de pacientes que não detém condições de arcar com as suas despesas, isto é, que dependam exclusivamente da rede pública de saúde, possibilitando-lhes requisitar junto ao Município ou ao Estado onde residem o auxílio financeiro necessário para procederem ao tratamento de saúde.

Segundo o art. 4º da Portaria do Ministério da Saúde, as despesas abrangidas por esse benefício são aquelas relativas a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), diárias para alimentação e, quando necessário, pernoite para paciente e acompanhante, sendo certo ainda que abrange também as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

A norma sob análise, em seu art. 5º, prevê, ainda, que *"caberá às 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."*

Diante disso, no Estado do Paraná, consoante depreende-se da Deliberação nº 34/99, da Comissão Intergestores Bipartite, a responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será, via de regra, atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios.

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

Quanto à aplicação das referidas normas aos Municípios Paranaenses já decidiu o C. STJ:

> *"PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE PASSAGENS PARATRATAMENTO DE SAÚDE EM OUTRO MUNICÍPIO. REGULAMENTAÇÃO PELADELIBERAÇÃO 34/1999 DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ EPELA PORTARIA 55/1999 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. PEDIDO*

CERTO. 1. Se o pleito da inicial for claro, no sentido de que a concessão de transporte a doentes está condicionada aos termos da legislação infraconstitucional, "bem como da deliberação 34/99 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná e da Portaria 55/99 do Ministério da Saúde", que estabelecem os requisitos para o fornecimento, não há falar em pedido genérico ou inexeqüível. 2. Recurso Especial provido." (STJ , Relator: Ministro HERMAN BENJAMIN, Data de Julgamento: 10/05/2011, T2 - SEGUNDA TURMA) Grifo nosso

Diante do exposto, *a priori*, o Município é o responsável pelo pagamento de despesas relativas a transporte, diárias para alimentação e, quando necessário, pernoite para paciente e acompanhante, nos casos de deslocamentos intraestadual, ou seja, para outros municípios paranaenses, desde que presentes todos os requisitos constantes da Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

Deste modo, a fim de viabilizar de forma transparente a implantação desse Sistema é que se apresenta o presente Projeto.

Assim, por tratar-se de projeto que vem ao encontro dos anseios da população, espero que o mesmo receba a aprovação unânime dos nobres vereadores, pelo que desde já agradeço.

Edifício da Prefeitura Municipal da Lapa, em 24 de Novembro de 2015.

Cordialmente

Leila Aubrift Klenk
Prefeita Municipal

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereirode 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.

§ 3° - 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.

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

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

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

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

Art. 4° - 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.

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

Art. 5° - 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.

§ 1° 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. 6° - 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. 7° - 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. 8° - Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Art. 9° - 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

	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

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.

§ 1º Os valores relativos aos códigos 423-5, 425-1 e 427-8 são individuais, referentes ao

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 autorizadoras de TFD, observando a codificação de Serviço/Classificação criados.

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

RENILSON REHEM DE SOUZA

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

MANUAL DE REGULAMENTAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO/ TFD NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS- PR.

123

CURITIBA, ABRIL DE 2007

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 3

1. CONCEITO 4

2. SOLICITAÇÃO DE TFD 4

1 Documentos necessários 5
2 Competências TFD Interestadual 8
3 Competências TFD Intermunicipal 9

3. CONCESSÃO DO TFD 9

1 Condições de deferimento 10
2 Situações de indeferimento 1
3 Acompanhante 12
4 Outras Situações Relacionadas ao TFD 4

4. DESPESAS DO TFD 14

1 Responsabilidades 15
2 Forma de Pagamento 15

5. CERAC 16

6. LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA 17

7. ANEXOS

INTRODUÇÃO

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.

Tem como base legal a Portaria nº 055/99, de 25 de fevereiro de 1999 da SAS/MS.

1. CONCEITO

O Tratamento Fora de Domicílio - TFD, é um instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem.

Consiste no custeio do paciente e acompanhante, (se necessário e previsto na legislação), encaminhados para as Unidades de Saúde de outro município ou estado e limitado ao período estritamente necessário, observando que a continuidade de tratamento existente no município/estado devem ser avaliadas pelas equipes regionais responsáveis, quanto à possibilidade de transferência para o município/estado de origem .

2. SOLICITAÇÃO DE TFD:

2.1- 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).

2.2- Competências TFD INTERESTADUAL:

2.2.1- Unidade Solicitante:

Certificar-se da não existência do serviço no município/ estado;

- Providenciar junto ao paciente ou interessado os documentos citados no item 2.1;
- Emitir o Laudo médico em formulário próprio do TFD;
- Agendar consultas/exames especializados do TFD intermunicipal;
- Encaminhar a documentação para a instância regional, com 30 (trinta) dias de antecedência no TFD interestadual;
- Providenciar para que o usuário proceda a devolução dos comprovantes de passagens e encaminhá-las ao nível regional, juntamente com as planilhas de acompanhamento.
- Alimentar planilha de acompanhamento das solicitações de TFD, conforme modelo anexo, até o 5º dia útil do mês subsequente, com encaminhamentos para o nível regional.

623

- Orientar o paciente a providenciar tudo o que for necessário para seu deslocamento, como: fraldas, sondas, cadeiras de rodas, oxigênio ou qualquer outro material necessário, pois a Secretaria de Estado não se responsabiliza pelo fornecimento destes equipamentos ou insumos.

2.2.2 - Regional:

- 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- Secretaria de Estado da Saúde, os comprovantes de passagens utilizadas no mês, juntamente com os

723

relatórios, sendo esta, uma condição para aquisição de novas passagens.

2.2.3 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;

- 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.

2.3. Competências do TFD- INTERMUNICIPAL

É competência do gestor municipal:

2.3.1 Unidade Solicitante:

- Certificar-se da não existência do serviço no município;
- Providenciar junto ao usuário e interessado os documentos citados no item 2.1;
- Emitir laudo em formulário próprio do TFD;

- Encaminhar a documentação para a Secretaria Municipal de Saúde.

2.3.2 Secretaria Municipal de Saúde:

- Analisar a solicitação de TFD, autorizando ou não;
- Providenciar o agendamento do tratamento para a referência mais próxima;
- Avaliar a necessidade de providenciar transporte ou ambulância nos casos em que o paciente esteja impossibilitado de utilizar outro tipo de transporte ou dependa de equipamentos essenciais à manutenção da vida;
- Providenciar aquisição de passagens e ajuda de custo;
- Orientar o paciente a providenciar tudo o que for necessário para seu deslocamento, como: fraldas, sondas, cadeiras de rodas, oxigênio ou qualquer outro material.

3. CONCESSÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

3.1 O TFD poderá ser autorizado, quando atender os seguintes itens:

- 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

- 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;

3.2 O TFD não poderá ser autorizado:

- Para procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/ SUS;
- Tratamento para fora do País
- Para pagamento de UTI aérea;
- Para pagamento de diárias a pacientes durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
- Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB);

1123

- Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica;
- Quando o deslocamento for inferior a 50 Km de distância da cidade de origem e para regiões metropolitanas.

3.3 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

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.

3.4 Outras Situações relacionadas ao TFD

3.4.1Terapia Renal Substitutiva - TRS, em trânsito.

A realização de TRS em transito estará condicionada a definição da unidade destino que prestará o atendimento. Para isto o Serviço assistente do

paciente em seu domicilio, deverá fazer contatos, definir e obter um documento de confirmação da Unidade destino, que contenha o número de sessões e dias de atendimento. Também terá que preencher o relatório de tratamento e formulário específico do TFD.

A Secretaria de Saúde do Município ou da Regional de Saúde de origem, deverá analisar esta documentação, autorizar a saída, se estiver de acordo e manter registros para controle.

Não caberá ao estado o custeio de transporte, estadia ou outros para esta condição tratamento.

2 Transplantes de Órgãos e Tecidos.

No Estado do Paraná, exceto transplante de pulmão, todos os demais tipos de transplante de órgãos e tecidos são realizados. Os casos em que o usuário apresentar agendamento em outro serviço deverão ser analisados pela equipe de TFD em conjunto com a Central Estadual de Transplante.

3 Transportes com acomodações especiais.

□Pacientes que dependam de equipamentos essenciais à manutenção da vida, transporte exclusivo em maca ou que exijam a compra de vários assentos em avião deverão ser transportadas em ambulâncias especiais.

□Em caso de óbito do usuário e/ou acompanhante durante o tratamento fora do domicílio a Secretaria da Saúde do Estado/Município se responsabilizará pelas despesas decorrentes do preparo e remoção do corpo para a localidade de origem.

Obs: As despesas relativas a funerais, túmulo, despesas cartorárias não são cobertas pelo SUS.

4. DESPESAS DO TFD:

1523

As despesas previstas pelo TFD são aquelas relativas a:

- Transporte aéreo, terrestre e fluvial;
- Diárias que inclui alimentação e pernoite, quando necessário;
- Despesas com preparação e translado de corpo, em caso de óbito, por intermédio de solicitação de ressarcimento com apresentação dos devidos comprovantes.

Estão previstas para paciente e acompanhante (quando indicado) devendo ser autorizadas de acordo com a portaria SAS nº055/99.

Considerando o artigo 4º da referida Portaria, fica estabelecido o valor de 3% do salário mínimo nacional e limitado ao valor de 05 diárias por deslocamento.

Em caso de haver necessidade comprovada de maior tempo de permanência em tratamento ambulatorial poderá ser solicitado o ressarcimento de diárias, mediante comprovação.

1 Responsabilidade pelas despesas:

As despesas decorrentes da concessão de auxílio para tratamento fora do domicílio serão custeadas pelas:

- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná quando interestadual; e
- Secretaria Municipal de Saúde quando intermunicipal, conforme a legislação vigente.

2 Forma de Pagamento:

O pagamento das diárias poderá ser efetuado de duas formas:

- Depósito em conta corrente, ou
- Emissão de ordem de pagamento em favor do paciente ou de seu representante legal.

5.CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE DO PARANÁ – CERAC

A Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade-CERAC-Pr que está em processo de reestruturação para adequar-se as portarias Ministeriais GM 2309/01, SAS 589/01 e SAS 039/06 responderá pela regulação do acesso do paciente que necessita de procedimentos de alta complexidade fora de seu estado de origem, nas especialidades:

- Cardiovascular,
- Neurocirurgia,
- Oncologia,
- Epilepsia e
- Traumato-ortopedia,

Os casos não previstos nas especialidades anteriormente referidas, deverão ser submetidos a avaliação do nível central da Secretaria de Estado da Saúde, desde que esgotadas todas as possibilidades terapêuticas no nível de atendimento, ou quando houver oferta menor que a demanda.

1723

6.LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA:

- Portaria MS/SAS 055 de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do TFD/SUS com inclusão de procedimentos específicos na tabela SIA/SUS e dá outras providências.
- Portaria MS/GM nº 2309 de 19 de dezembro de 2001, Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência A Saúde/SAS, A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referencia interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.
- Portaria MS/SAS nº 589 de 27 de dezembro de 2001. implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com o objetivo de organizar a referencia interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.
- Portaria MS/SAS nº039 de 06 de fevereiro de 2006, institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC.

1823

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 Ecaminhamento:_____

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 ( ) NÂO

Retorno: ( ) SIM ( ) NÂO

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) Complemetar(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 necessáriosdurante 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_____

Anexo III

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DEO ESTADO

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO ESTADO

Nome do Paciente	Data	Destino	Especialidade	DESPESA				Acompanhante	
				Valor da Passagem	Nº de Diárias	Valor das Diárias	Despesa Total	S	N
Total de Pacientes									
Data e Assinatura									

Deliberação CIB/PR nº034/99

Deliberação CIB/PR nº034/99 - Dispõe sobre a normatização do TFD no Paraná

CIB/PR	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ COSEMS/PR

DELIBERAÇÃO Nº 034/99

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em 11/05/99 no município de Curitiba, considerando a necessidade de:

I Disciplinar os encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio, em todo o Estado, adaptando a norma vigente à realidade atual.

I Normatizar os encaminhamentos, adequando-os à atual capacidade instalada.

I Otimizar a utilização dos recursos disponíveis evitando encaminhamentos desnecessários

APROVA a presente Normatização para encaminhamento de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio TFD

Tratamento Fora do Domicílio TFD

1. CONCEITO: O Tratamento Fora do Domicílio é o meio que permite aos usuários do SUS o acesso a atendimentos de que necessitam, não disponíveis em seu município de origem e desde que esgotadas todas as possibilidades locais de tratamento.

O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definidos previamente.

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

2. OPERACIONALIZAÇÃO: Caracterizada a necessidade do tratamento em local definido pelo gestor, através da Programação Pactuada Integrada, devem ser adotadas as seguintes medidas

2.1 Atribuições do Médico Assistente

a) Preencher o Formulário Solicitação/Autorização Tratamento Fora do Domicílio (Anexo I) em duas vias, nos seguintes campos:

- Identificação do paciente

- Laudo médico completo com informações precisas que permitam à Chefia da Unidade, identificar a necessidade do encaminhamento do paciente.

b) Anexar exames complementares já realizados (cópias dos laudos).

c) Encaminhar o paciente e/ou responsável à Chefia da Unidades.

2.2 Atribuições da Chefia do Posto/Centro de Saúde

a) Analisar a solicitação

b) Verificar se não existem no município serviços que permitam o atendimento do paciente.

c) Preencher o formulário destinado à informação constante do item b (Anexo II).

d) Autorizar ou não o encaminhamento do paciente.

e) Providenciar, se autorizado, o agendamento da consulta ou do SADT a ser realizado.

f) Notificar o interessado, entregando ao mesmo as duas vias da solicitação de TFD, com indicação do local, hora e consulta/tratamento a ser realizado.

g) Providenciar, se for o caso, o transporte do paciente na data da consulta/exame/serviço.

2.3 Atribuições do Setor de Transporte

a) Remover o paciente/acompanhante na data determinada, ao local de atendimento agendado.

Obs.: Quando o agendamento de atendimento for realizado em outro município do Estado, a responsabilidade pelo transporte é do município de origem do paciente, quando este não tiver condições para fazê-lo

3. ATENDIMENTOS A SEREM REALIZADOS FORA DO ESTADO: Quando o paciente necessitar do atendimento fora do Estado, deverão ser tomadas as seguintes medidas

3.4 O Médico Assistente solicita no Formulário Solicitação/Autorização Tratamento Fora do Domicílio (Anexo I) o atendimento, justificando o motivo do encaminhamento para fora do Estado, bem como se houver serviços no Estado, o porque da necessidade de atendimento em outro centro. Anexa exames complementares já realizados (cópias dos laudos).

3.5 Esta referência é encaminhada à Regional de Saúde a que o município pertence.

3.6 Atribuições da Regional de Saúde

a) A Regional de Saúde analisa a solicitação ratificando ou não a necessidade de encaminhamento para fora do Estado. Preenche o Anexo II.

b) Agenda o atendimento no centro indicado, fornecendo ao paciente/responsável as informações sobre local, data e hora da consulta/atendimento.

c) Encaminha o paciente/responsável para o Serviço Social, para entrevista, com vistas a levantar a situação sócio-econômica do mesmo, bem como para que seja a avaliada a necessidade de acompanhante.

d) Se após esta análise ficar comprovada a impossibilidade do paciente custear a sua despesa com transporte e permanência local, em data próxima à consulta, fornece

passagem terrestre e diárias para o mesmo e seu acompanhante se for o caso.

e) Quando não for possivel o transporte rodoviário, dadas as condições fisicas do paciente, esta necessidade deverá ser justificada pela Regional de Saúde, bem como analisado a necessidade de acompanhante. Esta solicitação deverá constituir um processo que após juntada todas as informações e formulários já citados é encaminhado à DSS com 30 dias de antecedência da data marcada para o atendimento. Indicar na solicitação a data e o horário do vôo.

f) A DSS analisará e encaminhará para o fornecimento ou não das passagens e diárias.

g) Mensalmente a Regional de Saúde deve encaminhar à DSS/DPA, relatório de todos os encaminhamentos realizados para fora do Estado, conforme modelo constante do Anexo III.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.7 Entende-se por transporte a concessão de passagens através de meios de transporte coletivo indicados para o caso ou, excepcionalmente, através de ambulância do SUS/PR, quando devidamente comprovada a necessidade.

4.8 O transporte de ida e volta do paciente será sempre fornecido em natureza, não sendo admissível o seu fornecimento em espécie

4.9 As diárias devidas ao cliente por sua vez serão sempre fornecidas em espécie.

4.10 O número máximo de diárias a serem pagas é de 05 (cinco). Caso o paciente necessite de tempo maior de afastamento de sua localidade de origem poderá solicitar a complementação mediante comprovação.

4.11 A comprovação destas despesas deverá seguir as rotinas já estabelecidas e em uso corrente.

4.12 Nas internações ou hospedagens às expensas do SUS, não cabe o pagamento de diárias.

4.13 A SESA não se responsabilizará por despesas adicionais ou permanência indevida do paciente (e acompanhante) no local para onde for encaminhado.

Esta deliberação entra em vigor a partir da competência maio/99

Arnaldo Agenor Bertone

Coordenador Estadual

Anexo I

	ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde Instituto de Saúde do Paraná
	SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
Nome do Paciente	Documento de Identidade
Residência	
Profissão	Data de Nascimento
Nome do Acompanhante	Documento de Identidade
Residência	Relação com o Paciente

LAUDO MÉDICO	
1 Histórico da Doença Atual	
2 Exame Físico	
- Diagnóstico Provável	CID
- Exame (s) Complementar(es) Realizado(s). Anexar Cópia(s)	

- Tratamento(s) Realizado(s):
- Tratamento/Exame Indicado:
- Duração Provável do Tratamento

Anexo II

Chefia do Posto/Centro de Saúde/Centro Regional de Especialidades:

Não autorizo o tratamento do paciente através do TFD

Autorizo o tratamento do paciente através do TFD.

Serviço a ser encaminhado:

Especialidade

Procedimento a ser realizado

Agendar a consulta/exame/serviço a ser realizado.

Justificativa

Não dispomos no município da especialidade/SADT

Apesar de constar da estrutura de saúde deste nível a especialidade/serviço, não é possível realizar o atendimento no local, porque:

Encaminhe-se ao Setor de TFD para agendamento.

Anexo III

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO ESTADO

				DESPESA	Acompanhante				
Nome do paciente	Data	Destino	Especialidade	Valor da passagem	Nº de diárias	Valor das Diárias	Despesa Total	S	N

© Atualização 25/11/2008 - **Damtom G P Silva** (dansilva@pr.gov.br)

© 2011 - Ministério Público do Estado do Paraná - MPPR
Marechal Hermes, 751 - Centro Cívico - 80530-230 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3250-4000

PROJETO DE LEI Nº 105/2015

Autor: Executivo Municipal
Súmula: Institui o Sistema de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio – TFD no Município da Lapa – PR e dá outras providências.
Protocolado na Secretaria no Dia 26/11/2015.
Apresentado em Expediente do Dia 01/12/2015.

Encaminho às Comissões de:
Legislação, Justiça e Redação, em 27/11/2015.
Economia, Finanças e Orçamento, em 27/11/2015.

Arthur Bastian Vidal
Presidente do Poder Legislativo Municipal

Conforme contido no § 2º do Artigo 56 do Regimento Interno desta Casa de Leis, o Presidente da Comissão, no uso de suas prerrogativas regimentais, RECEBE nesta data a proposição acima citada ciente de que terá prazo de 02 (dois) dias úteis para que designe relator.

Recebi o projeto em ____/____/2015 _____ ***FENELON BUENO MOREIRA*** Presidente da Comissão de Legislação, Justiça e Redação	**DESIGNAÇÃO DO RELATOR** Fica designado para relatar sobre a matéria o Vereador _____ Lapa, em ____/____/2015. _____ ***FENELON BUENO MOREIRA - Presidente da CLJR***
Presidente da Comissão, em conformidade com o que determina o Artigo 20, § 3º, do Regimento Interno desta Casa de Leis, designa o Vereador _____, para compor a referida Comissão, na tramitação do Projeto, em SUBSTITUIÇÃO ao autor do mesmo.	Recebido pelo Relator ____/____/2015. _____ **Relator**

Recebi o projeto em ____/____/2015 _____ ***JOÃO CARLOS LEONARDI FILHO*** Presidente da Economia. Finanças e Orçamento	**DESIGNAÇÃO DO RELATOR** Fica designado para relatar sobre a matéria o Vereador _____ Lapa, em ____/____/2015. _____ ***JOÃO CARLOS LEONARDI FILHO - Presidente da CEFO***
Presidente da Comissão, em conformidade com o que determina o Artigo 20, § 3º, do Regimento Interno desta Casa de Leis, designa o Vereador _____, para compor a referida Comissão, na tramitação do Projeto, em SUBSTITUIÇÃO ao autor do mesmo.	Recebido pelo Relator ____/____/2015. _____ **Relator**

Comissão de Legislação Justiça e Redação:
Fenelon Bueno Moreira (Presidente)
João Carlos Leonardi Filho (Membro)
Wilmar José Horning (Membro)

Comissão de Economia, Finanças e Orçamento:
João Carlos Leonardi Filho (Presidente)
Élio Narlok Wesolowski (Membro)
Fenelon Bueno Moreira (Membro)

PROJETO DE LEI Nº 105/2015

Autor: Executivo Municipal
Súmula: Institui o Sistema de Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio – TFD no Município da Lapa – PR e dá outras providências.
Protocolado na Secretaria no Dia 26/11/2015.
Apresentado em Expediente do Dia 01/12/2015.

Encaminho às Comissões de:
Saúde e Bem Estar Social, em 27/11/2015.

Arthur Bastian Vidal
Presidente do Poder Legislativo Municipal

Conforme contido no § 2º do Artigo 56 do Regimento Interno desta Casa de Leis, o Presidente da Comissão, no uso de suas prerrogativas regimentais, RECEBE nesta data a proposição acima citada ciente de que terá prazo de 02 (dois) dias úteis para que designe relator.

Recebi o projeto em ____/____/2015 _____ ***MARIO JORGE PADILHA SANTOS*** Presidente da Comissão de Saúde e Bem Estar Social	**DESIGNAÇÃO DO RELATOR** Fica designado para relatar sobre a matéria o Vereador _____ Lapa, em ____/____/2015. _____ ***MARIO JORGE PADILHA SANTOS - Presidente da CSBES***
Presidente da Comissão, em conformidade com o que determina o Artigo 20, § 3º, do Regimento Interno desta Casa de Leis, designa o Vereador _____, para compor a referida Comissão, na tramitação do Projeto, em SUBSTITUIÇÃO ao autor do mesmo.	Recebido pelo Relator ____/____/2015. _____ **Relator**

Comissão de Saúde e Bem Estar Social
Mario Jorge Padilha Santos (Presidente)
Wilmar José Horning (Membro)
Dirceu Rodrigues Ferreira (Membro)