

PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_/2017

**“Regulamenta a concessão do auxílio para Tratamento Fora de Domicílio – TFD - em municípios mineiros e de outros estados, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências.”**

**A Câmara Municipal de Nanuque, Estado/MG, aprova, e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:**

**Artigo 1º.** O auxílio para tratamento fora de domicílio – TFD - é o 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 Nanuque-MG.

**Artigo 2º.** As despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS - do Município de Nanuque–MG para tratamento fora de domicílio – TFD, em Minas Gerais ou em outros estados, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município, procederá segundo ao que determina a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS nº. 055, de 24 de fevereiro de 1999.

**Artigo 3º.** O benefício de que trata a presente Lei, somente será deferido ao paciente usuário do Sistema Único de Saúde – SUS - do município de Nanuque-MG, bem como ao acompanhante, nas hipóteses e condições previstas nesta Lei, na Portaria/SAS n. 055, de 24 de fevereiro de 1999 e legislação correlata.

**Parágrafo Único** - Consideram-se usuários do Sistema Único de Saúde – SUS municipal, os pacientes residentes no Município de Nanuque-MG, atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS que necessitam de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, de conformidade com os princípios da universalidade e integralidade do atendimento estabelecido na Constituição Federal vigente.

**CAPÍTULO I  
DO PROCEDIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DO TFD**

**Artigo 4º.** A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão Municipal

de TFD, designada pelo Gestor Municipal de Saúde, que solicitará se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

**Artigo 5º.** O formulário de Solicitação de TFD será obrigatoriamente submetido à apreciação da Comissão Municipal de TFD da Secretaria Municipal de Saúde de origem que, se acolher a indicação, procederá à autorização do deslocamento do paciente.

**Artigo 6º.** A Secretaria Municipal de Saúde deverá organizar o controle e avaliação do TFD de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas referentes ao auxílio.

Artigo 7º. A Secretaria Municipal de Saúde providenciará, no prazo de 5 (cinco) dias, o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, marcando data, horário e local do atendimento/consulta.

**Artigo 8º.** O tratamento deverá ser realizado em Unidade Assistencial do SUS, da rede própria ou conveniada, mais próxima da residência do paciente, que dispuser de recursos assistenciais.

Artigo 9º. O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte será calculado com base no valor unitário equivalente a cada 50 km para transporte terrestre e fluvial, ou 200 milhas, que corresponde a 321,87 km para transporte aéreo percorrido.

**Artigo 10** - Os valores dos procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS relativos à remuneração para transportes são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

**Artigo 11.** Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamento menor do que 50 km de distância, bem assim nos casos de soma de percursos de frações quilométricas.

**Artigo 12.** Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmo dia será autorizado apenas deslocamento e ajuda de custo para alimentação.

**Artigo 13.** O TFD somente será concedido para pacientes em tratamento ambulatorial.

**Artigo 14.** Para todo deslocamento do paciente deverá ser fornecido o Relatório de Atendimento, conforme anexo II.

**Artigo 15.** Somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

**Artigo 16.** O Município de Nanuque não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por período superior do que o autorizado pela Comissão Municipal de TFD, salvo na hipótese de prorrogação do tratamento devidamente justificada no “Formulário de Atendimento”, caso em que o paciente/acompanhante ao retornar ao Município de origem será reembolsado das despesas com diárias de pernoite e alimentação pelo período excedente.

**Artigo 17.** Serão necessárias para liberação das passagens as seguintes documentações:

I - o Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (Formulário de TFD) preenchido e carimbado por médico da rede pública de saúde municipal;

II - cópia dos exames realizados pelo paciente;

III - 3 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);

IV - 3 (três) cópias do comprovante de endereço.

**Parágrafo Único** - Em não havendo médico especialista para preencher o formulário de TFD, este poderá ser preenchido por médico particular, devendo ser analisado pelo médico autorizador o qual poderá deferi-lo ou não.

**Artigo 18.** Nos casos em que houver necessidade de deslocamento com acompanhante para este receber ajuda de custo será necessário apresentar as seguintes documentações:

I - relatório médico do paciente esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado, juntamente com análise do médico autorizador;

II - 3 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);

III - 3 (três) cópias do comprovante de endereço.

**Artigo 19.** A autorização de deslocamento utilizando ambulância como meio de transporte será precedida da avaliação do médico autorizador e de parecer social.

## **CAPÍTULO II DA AUTORIZAÇÃO DO AUXÍLIO**

**Artigo 20.** Na concessão do benefício serão observados os seguintes critérios:

I - a autorização para o TFD se dará à pacientes atendidos pela rede pública de saúde do Município de Nanuque-MG, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou credenciada pelo SUS;

II - o benefício será prestado pela Secretaria Municipal de Saúde ao usuário do SUS/MG quando esgotado todos os meios de tratamento no Município;

III - será concedido somente para pacientes em tratamento ambulatorial;

IV - o Tratamento Fora do Domicílio somente poderá ser autorizado quando estiver garantido o atendimento no município de referência, através de apazamento pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos, com o horário e data previamente definidos;

V - somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado, devendo o acompanhante ser maior de 18 (dezoito) anos, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino;

VI - o Tratamento Fora de Domicílio - TFD não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por um período maior do que o autorizado pelo Setor de TFD do Município de origem, exceto, quando houver indicação médica devidamente justificada no formulário de atendimento do município de destino.

## **CAPÍTULO III DA NÃO AUTORIZAÇÃO DO AUXÍLIO**

**Artigo 21.** O TFD não será autorizado:

I - para procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/SUS;

II - para tratamento para fora do país;

III - para pagamento de UTI móvel;

IV - para pagamento de diárias a pacientes durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;

V - em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local de tratamento;

VI – para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído;

VII - quando o deslocamento for inferior a 50 km (cinquenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

#### **CAPÍTULO IV DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO**

**Artigo 22.** Na concessão do benefício do Tratamento Fora do Domicílio – TFD é de responsabilidade do Município de origem:

I - as despesas de deslocamento do paciente e quando necessário de seu acompanhante, incluso ida e volta, até o ponto de partida mais próximo;

II - as despesas com alimentação e pernoite do paciente e acompanhante nas hipóteses e condições previstas em lei;

III - alertar o paciente e quando necessário seu acompanhante de que no local de destino não será fornecido nenhum tipo de reembolso das despesas decorrentes da viagem;

IV - reembolsar os gastos excedentes com o deslocamento do paciente/acompanhante no Tratamento Fora do Domicílio, observados os valores de tabela e os critérios definidos na presente Lei;

V - em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, o Município de Nanuque se responsabilizará pelas despesas decorrentes do transporte do corpo até a localidade do seu domicílio.

**Artigo 23.** É vedado ao Município de Nanuque cobrar qualquer valor referente a transporte ou alimentação, caso aconteça o infrator poderá ser desabilitado em consonância com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB - SUS/96 e com a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

**Artigo 24.** Fica assegurado o reembolso das despesas com alimentação e pernoite do acompanhante de pacientes hospitalizados, nas seguintes condições legais:

I - pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos, assegurado pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente;

II - pacientes internados com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos, assegurado pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;

III - pacientes portadores de doença física ou mental, assegurado pela Política Nacional de Portadores de Necessidades Especiais;

IV - gestante de alto risco durante o período de trabalho de parto, parto, pós-parto, assegurado pela Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005.

§ 1º - Nos casos em que a equipe de saúde do hospital de destino verificar a necessidade, poderá ser autorizada a permanência de acompanhante com pacientes que não se enquadram nos critérios anteriores, visando a melhor recuperação e humanização no atendimento.

§ 2º - Na hipótese do parágrafo anterior, a Solicitação de Autorização de Permanência de Acompanhante à Paciente Hospitalizado - SAPAPH, obrigatoriamente, deve ser instruída com laudo médico (LM) justificando a necessidade de permanência de acompanhante durante o período de internação.

## **CAPÍTULO V DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE DESTINO**

**Artigo 25.** Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao órgão (domicílio) de origem com o “Relatório de Atendimento” devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado.

**Artigo 26.** O médico assistente deverá preencher o campo 12 (doze) do formulário “Relatório de Atendimento”, caso seja necessário o retorno do paciente.

## **CAPÍTULO VI DA RESPONSABILIDADE DO PACIENTE**

**Artigo 27.** O paciente ou responsável tão logo retorne ao órgão de origem, terá um prazo de até 3 (três dias) úteis para encaminhar os comprovantes das passagens e o Relatório de Atendimento ao Setor TFD de origem para devida prestação de contas.

**Artigo 28.** O paciente deverá solicitar com antecedência mínima de 20 (vinte) dias o auxílio para Tratamento Fora do Domicílio, ressalvados os casos de urgência ou cuja confirmação da consulta ou do procedimento médico tenha sido comunicada pelo órgão de destino em período inferior ao definido na presente Lei.

**Artigo 29.** Caso haja a impossibilidade do paciente realizar o Tratamento Fora do Domicílio, deverá devolver os valores recebidos dos cofres do Município de Nanuque no prazo de até 3 (três) dias úteis.

**Artigo 30.** No ato de recebimento dos valores correspondentes ao TFD, o usuário ou seu acompanhante deverá conferir e assinar o recibo de pagamento do TFD, conforme anexo I, assim como firmar compromisso de prestação de contas e/ou devolução de valores recebidos do TFD caso não comprove o deslocamento para o tratamento de saúde.

**Artigo 31.** A não prestação de contas por parte do paciente/acompanhante acarretará a suspensão de novos benefícios por meio de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, sem prejuízo da adoção de providências legais e administrativas cabíveis.

## **CAPÍTULO VII**

### **SETOR DO TFD – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

#### **Da Comissão Municipal Responsável pelo TFD**

**Artigo 32.** A Comissão responsável pelo TFD deverá ser composta pelo Secretário Municipal de Saúde, 1 (um) Médico, 1 (um) Assistente Social, 1 (um) Psicólogo e 1 (um) Servidor da Secretaria Municipal de Administração ou Finanças.

**Parágrafo Único** – Constitui dever funcional do servidor quando designado, participar e desempenhar funções em comissões constituídas pela autoridade municipal.

**Artigo 33.** Compete a Comissão Municipal Responsável pelo TFD da Secretaria Municipal de Saúde:

I - receber o paciente juntamente com as 3 (três) vias de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio preenchidas pelo médico solicitante nos campos de números 17 (dezesete) a 28 (vinte e oito) indicando o tratamento e/ou exames a serem realizados;

II - verificar a real necessidade do deslocamento e em caso afirmativo preencher os campos 01 (um) a 16 (dezesesseis) da Solicitação de TFD;

III - analisar as solicitações de Tratamento Fora do Domicílio, conforme roteiro de Solicitação do Auxílio TFD.

IV - autorizar o deslocamento dos pacientes;

V - providenciar o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, informando ao paciente data, horário e local do atendimento/consulta;

VI - anotar o agendamento no campo de número 30 (trinta) das 3 (três) vias do formulário de Solicitação de TFD e assinar como responsável pelo agendamento;

VII - preencher o recibo de pagamento em 3 (três) vias para paciente apresentar no Setor Financeiro do município;

VIII - encaminhar o paciente ao Setor Financeiro responsável pelo pagamento das despesas relativas ao deslocamento do paciente e acompanhante para o Tratamento Fora do Domicílio - TFD;

IX - arquivar a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e entregar ao paciente a 2ª (segunda) via, que deverá ser apresentada na Unidade Assistencial de Destino, juntamente com duas vias do Relatório de Atendimento;

X - devolver as vias de Solicitação de TFD ao paciente quando o deslocamento não for autorizado;

**Artigo 34.** A Secretaria Municipal de Saúde de origem providenciará o deslocamento do paciente prevalecendo o meio de transporte adequado (conforme formulário de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio), autorizando o valor para transporte (ida e volta), ajuda de custo, utilizando a tabela de composição de valores de procedimentos do SIA - SUS.

**Artigo 35.** É de responsabilidade da Comissão Municipal responsável pelo TFD fornecer para todo deslocamento do paciente o Relatório de Atendimento.

**Artigo 36.** A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser solicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município.

## **CAPÍTULO VIII SETOR DE PAGAMENTO/FINANCEIRO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Artigo 37.** Ao receber o processo de Solicitação de TFD devidamente autorizado pela Comissão Municipal de TFD, o Setor Financeiro providenciará a solicitação de auxílio de despesa junto à Tesouraria do Município de Nanuque.

**Artigo 38.** A liberação do recurso/auxílio financeiro para deslocamento para Tratamento Fora do Domicílio realizar-se-á mediante expedição de cheque nominal em favor do paciente beneficiado que se responsabilizará pela prestação de contas perante a Secretaria Municipal de Saúde no prazo de até 3 (três) dias úteis contados da data de retorno ao Município de origem.



**Parágrafo Único** – Em caso de pagamento de passagem, o cheque poderá ser expedido e nominal em favor da empresa de transporte em que o paciente viajara.

**Artigo 39.** A prestação de contas se efetivará mediante apresentação do Relatório de Atendimento e das passagens que comprovam o deslocamento e atendimento no município de destino.

**Artigo 40.** O processo de liberação do auxílio financeiro tramitará no prazo de até 5 (cinco) dias, devendo observar o seguinte procedimento:

I - o Setor Financeiro recebe as 3 (três) vias do recibo devidamente preenchidas pelo Setor de TFD, paga e colhe assinatura do usuário nas 3 (três) vias;

II - entrega a 2ª (segunda) via ao paciente;

III - encaminha a 1ª (primeira) via ao setor responsável pelo TFD local, para arquivo;

IV - arquiva a 3ª (terceira) via;

V - o paciente guarda a 2ª (segunda) via do Recibo de Pagamento de TFD como comprovante e desloca-se à Unidade Assistencial de Destino com 2ª (segunda) via de Solicitação de TFD e as duas vias do Relatório de Atendimento;

VI - a Unidade Assistencial de Destino atende o paciente conforme agendamento; preenche os campos de números 8 (oito) a 10 (dez) do Relatório de Atendimento nas duas vias; colhe a assinatura do paciente no campo de número 11 (onze) nas duas vias, arquiva a 2ª (segunda) via da Solicitação de TFD e do Relatório de Atendimento e devolve a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao paciente devidamente preenchida e carimbada;

VII - o paciente ao retornar ao seu Município de origem, deverá em até 3 (três) dias úteis entregar a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao Setor de TFD local para comprovar o atendimento e proceder à prestação de contas;

VIII - o Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde recebe do paciente a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva; preenche o Formulário Demonstrativo de Atendimento, anexo com a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva.

## **CAPÍTULO IX TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – FORA DO ESTADO**

**Artigo 41.** O Tratamento Fora do Domicílio para Fora do Estado é para atendimento a pacientes residentes no Município de Nanuque-MG, portadores de doenças não tratáveis no próprio Estado de Minas Gerais.

**Artigo 42.** As autorizações para TFD Fora do Estado, deverão se restringir aos casos de absoluta excepcionalidade, que não exista tratamento no Estado de Minas Gerais.

**Artigo 43.** A concessão do benefício deverá obedecer ao procedimento de Solicitação, aplicável à concessão do benefício para TFD dentro deste Estado.

## **CAPÍTULO X DAS DESPESAS**

**Artigo 44.** As despesas relativas ao TFD no Município de Nanuque são aquelas relativas a transporte terrestre rodoviário e aéreo, diárias que inclui alimentação e pernoite e traslado de corpo em caso de óbito.

**Artigo 45.** Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmo dia será autorizado apenas o deslocamento e ajuda de custo para alimentação.

**Artigo 46.** As passagens para transporte terrestre rodoviário serão fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Único** - Não havendo possibilidade de aquisição antecipada da passagem de retorno de transporte terrestre rodoviário, o valor correspondente a aquisição será fornecido ao paciente/acompanhante que deverá apresentar a passagem à Secretaria Municipal de Saúde no ato da prestação de contas.

**Artigo 47.** Os valores a serem pagos a título de auxílio de TFD serão os constantes da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS nos termos do art. 11 da Portaria/SAS/N. 055, de 24 de fevereiro de 1999, atualizados com o índice do IPC-A conforme segue abaixo:

I – Será fornecida passagem aérea para o Município de destino do tratamento do paciente, adquirida por empresa devidamente regulamentada, como requisito de menor preço entre as concorrentes.

II – Será Fornecida passagem por via terrestre, adquirida de empresas devidamente Regulamentadas, de menor preço de mercado para os tratamentos nos Municípios de Teófilo Otoni/MG, Governador Valadares/MG e Belo Horizonte/MG

III - o valor de R\$50,00 (cinquenta reais) para ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio;

IV - o valor de R\$80,00 (oitenta reais) para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente;

V - o valor de R\$25,00 (oito reais e quarenta centavos) para ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio;

VI - o valor de R\$80,00 (oitenta reais) para ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) para acompanhante.

**Parágrafo Único** - Os valores poderão ser reajustados mediante Decreto do Gestor Municipal e ou pelas alterações estatuídas pelo sistema SIA/SUS em consonância com as disponibilidades financeiras do Município de Nanuque/MG.

## **CAPÍTULO XI DA LIBERAÇÃO DE PASSAGEM AÉREA**

**Artigo 48.** A autorização de transporte aéreo para paciente/acompanhante será precedida de rigorosa análise do gestor municipal que poderá autorizar o deslocamento nos casos de extrema necessidade médico - clínica devidamente comprovada.

**Artigo 49.** Havendo autorização de passagem aérea pelo gestor municipal, este encaminhará ao órgão estadual que providenciará a aquisição caso ratifique a autorização do gestor municipal.

**Artigo 50.** A solicitação de passagem aérea para Tratamento Fora do Domicílio tramitará mediante preenchimento em 2 (duas) vias de formulário de solicitação e autorização de passagem aérea anexa à Solicitação de TFD.

**Artigo 51.** A solicitação de passagem aérea para Tratamento Fora do Domicílio deverá ser dirigida à Secretaria Municipal de Saúde no prazo mínimo de 30 (trinta) dias anteriores à data da consulta, para dar início ao processo de solicitação junto ao Estado de Minas Gerais.

**Artigo 52.** O requerimento de passagem aérea de TFD deverá ser encaminhado à Superintendência Operacional de Saúde/Coordenadoria de Assistência Suplementar que receberá e encaminhará em 2 (duas) vias ao Secretário da SES/SUS/MG para autorização.

**Artigo 53.** Caso a solicitação de passagem aérea de TFD seja indeferida, as 2 (duas) vias deverão ser devolvidas a Secretaria Municipal de Saúde TFD local.

**Artigo 54.** Caso a solicitação seja autorizada, a passagem aérea será providenciada pela Superintendência Operacional de Saúde/Coordenação de Assistência Suplementar/Superintendência Administrativa que encaminhará à Diretoria Regional de Saúde que se responsabilizará pelo encaminhamento das passagens e Solicitação de TFD ao município de domicílio do requerente.

**Artigo 55.** A Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD local ao receber a passagem aérea e a Solicitação de TFD (01- uma via) entrará em contato com o paciente para entrega dos referidos documentos juntamente com 2 (duas) vias do Relatório de Atendimento TFD, orientando da obrigatoriedade de fazer a devolução do Relatório de Atendimento ( 2 - duas vias) devidamente preenchido, como também dos bilhetes das passagens para compor a prestação de contas.

**Artigo 56.** O paciente no retorno ao seu Município de origem com o formulário de atendimento devidamente preenchido e assinado se dirigirá a Secretaria Municipal de Saúde/Setor de TFD para prestação de contas em até 3 (três) dias úteis contados da data do retorno.

**Artigo 57.** Os procedimentos serão processados e pagos pelo SIA/SUS.

**Artigo 58.** Integram a presente Lei os seus anexos I (Recibo de Pagamento de TFD), II (Relatório de Atendimento – TFD) e III (Demonstrativo de Atendimento e Pagamento de Paciente – TFD).

**Artigo 59.** Correrão à conta de dotações do Fundo Municipal de Saúde os gastos com a execução desta Lei.

**Artigo 60.** Revogadas as disposições em contrário a presente Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Nanuque-MG, 06 de fevereiro de 2017.

**Roberto de Jesus**  
**Prefeito Municipal**

**ANEXO I DA LEI MUNICIPAL Nº \_\_\_\_/2017**

**SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Secretaria Municipal de 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 DA LEI MUNICIPAL Nº \_\_\_\_/2017

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

**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 TFD*

*Paciente: ( ) ambulância*

*( ) cadeira de rodas*

*( ) maca*

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

TERRESTRE

TIPO:  Ônibus Convencional

Ônibus leito

Ambulância

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.*

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* \_\_\_\_\_

