



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**RESOLUÇÃO Nº 37/2011**

O COORDENADOR DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um Estado a serviços assistenciais de outra Unidade Federada;

Considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciadas;

Considerando a Resolução CIB/RR nº 01 de 30 de janeiro de 2004, que aprova a Normatização para TFD (Tratamento Fora Domicílio);

Considerando ainda, consenso entre o COSEMS e a Gestão Estadual.

**RESOLVE:**

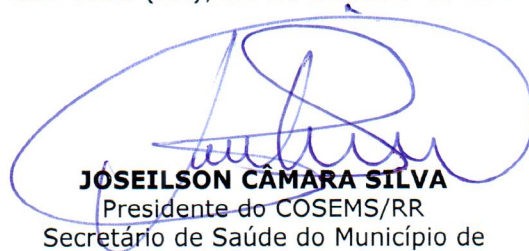
**Art. 1º** - Aprovar por pactuação a Normatização do Tratamento Fora de Domicílio -TFD Estadual. Apresentada e analisada na nona Reunião Ordinária, ocorrida em 19 de outubro de 2011, conforme ANEXO único a esta resolução;

**Art. 2º** - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado, ficando revogada a Resolução CIB de nº 30 de maio de 2008 e Resolução CIB/RR nº 22 de 19 de maio de 2008.



**MIGUEL ANGELO TEIXEIRA BRANDÃO D'ÉLIA**  
Secretário de Estado da Saúde de Roraima-Adjunto  
Coordenador da CIB Roraima

Boa Vista (RR), 20 de outubro de 2011.



**JOSEILSON CÂMARA SILVA**  
Presidente do COSEMS/RR  
Secretário de Saúde do Município de  
Alto Alegre

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL  
Nº 3674 de 24/10/11



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**NORMATIZAÇÃO DE TFD**  
(TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO)

---

# TFD

## TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

BOA VISTA – RR,  
AGOSTO/2011

**José de Anchieta Junior**  
Governador do Estado de Roraima

**Antonio Leocádio Vasconcelos Filho**  
Secretario Estadual de Saúde

**Rozineide Xavier Paixão**  
Coordenadora Geral de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle do SUS



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**Comissão de Elaboração: SESAU/GAB/PORTARIA Nº 123/2010**

Presidente:

- **Eron Feitosa Moura** – Dep. de Regulação.

Membros:

- **Nasser Laureano Sampaio** – Dep. de Regulação/TFD
- **Álvaro Túlio Fortes** – Regulador da CERAC
- **Gisele Meire Ribeiro Batista** – Dep. de Regulação
- **César Ferreira Penna de Faria** – Médico Regulador
- **Katiuscia da Silva Pires** – Dep. Regulação
- **Gerson Castro** – Dep. de Controle
- **Luiz Antonio Ribas Costa** – Dep. de Auditoria
- **Francisco Miranda Rodriguez** – Dep. Auditoria
- **Paulo Alves de Araújo** – Dep. de Sistemas
- **Vera Rute W. de Moraes** – Assistente Social/TFD

Análise Jurídica: **Carlos Wagner Guimarães Gomes.**



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**NORMATIZAÇÃO DE TFD**  
(TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO)

**ÍNDICE**

1. DO CONCEITO.....	4
2. DA HABILITAÇÃO.....	4
3. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO.....	5
4. DA JUNTA MÉDICA.....	9
5. DO TRATAMENTO .....	9
6. DAS EMERGÊNCIAS.....	10
7. DO ACOMPANHANTE .....	10
8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS.....	12
9. DA AJUDA DE CUSTO.....	13
10. DA PRESTAÇÃO DE CONTA.....	14
11. DO ÓBITO .....	15
12. DOS CASOS OMISSOS.....	15
13. FLUXOGRAMA .....	15
14. ANEXOS .....	17
15. ANEXO 1 (TERMO DE COMPROMISSO DO PACIENTE).....	18
16. ANEXO 2 (TERMO DE INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE).....	19
17. ANEXO 3 (TERMO DE ENCARGO DE ACOMPANHANTE).....	20
18. ANEXO 4 (RELATÓRIO DE CONTRA REFERÊNCIA) .....	21

**1. DO CONCEITO**

O TFD (Tratamento Fora de Domicílio) instituído pela Portaria SAS Nº. 055/99, visa garantir o deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para Municípios/Estados de referência, quando o Município/Estado de origem não dispuser do tratamento necessário ao restabelecimento de saúde do paciente.

**2. DA HABILITAÇÃO:**

**2.1** A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista é responsável por todos os TFD'S Infantis, a partir de trinta (30) dias de vida, até quinze (15) anos, onze (11) meses e vinte e nove (29) dias, ficando a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima responsável pelos TFD'S de pacientes a partir de dezesseis (16) anos, e de crianças nascidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, até vinte e nove (29) dias de vida ou enquanto permanecer internada (**Resolução CIB 22/08, publicada no DOE em 06 de Agosto de 2008**).

**2.2** O Ministério da Saúde através da **Portaria GM/MS Nº. 2309 de 19 de Dezembro de 2001** instituiu a CNRAC (Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade) no âmbito da Secretaria de Atenção a Saúde/SAS, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade nas cinco (05) especialidades: **Oncologia, Traumatologia, Cardiologia, Neurocirurgia e Gastroenterologia.** (**Portaria SAS Nº. 258/09**)



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**2.3** A Secretaria de Atenção a Saúde através da **Portaria SAS Nº. 589 de 27 de Dezembro de 2001** estabelece que as solicitações à CNRAC das 05 (cinco) especialidades, deverão ser encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade), através de cadastro do paciente no sistema da CNRAC, devendo atender pacientes do Estado/Município. Os atendimentos serão agendados pela CERAC e as despesas com passagens e ajuda de custo/auxílio financeiro, serão custeadas por cada Secretaria Estadual e Municipal, conforme resolução da CIB.

**2.4** A solicitação do pedido de TFD poderá ser realizada pelas Unidades de Saúde do Estado que são: Hospital Geral de Roraima; Centro de Referência da Saúde da Mulher; Hospital Coronel Mota; Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth; Unidade de Assistência de Alta complexidade em Oncologia – UNACON; Policlínica Cosme e Silva e pela Unidade de Saúde do Município que é: Hospital da Criança Santo Antônio.

**2.5** Os pacientes cujos tratamentos não estejam previstos na Tabela de Procedimentos das cinco especialidades da CNRAC, deverão ser encaminhados para o Departamento de Regulação da CGRAC (Coordenação Geral de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle do SUS), a fim de se proceder ao agendamento.

**2.5.1** Para esses casos, o TFD deverá ser liberado somente após confirmação do agendamento.

**2.6** As Representações do Governo do Estado de Roraima se responsabilizarão em dar apoio ao deslocamento urbano, no trecho Aeroporto (ou rodoviária) / hotel / serviços de saúde / hotel / aeroporto (ou rodoviária), não se responsabilizando pelo transporte urbano dos pacientes fora deste trajeto.

### **3. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO:**

**3.1** A solicitação do TFD deverá ser feita pelo médico especialista que assiste o paciente nas unidades de saúde assistenciais e referendado pelo coordenador (a) do serviço especializado, na ausência deste, o diretor clínico deverá referendá-lo, mediante o preenchimento correto do formulário de TFD/RR, ou seja, Laudo Médico de TFD. Os referidos TFD'S serão concedidos com recursos do SUS (Portaria SAS/MS 055/99),

**3.2** O TFD será concedido, **exclusivamente** a pacientes atendidos na Rede Pública ou em Unidades Conveniadas/Cadastradas ao SUS, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município/estado. **Portaria SAS Nº 055/1999.**

**3.3** O TFD somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Estado de referência, com definição da Unidade de Saúde, com horário e data previamente agendados pelo setor responsável. **Portaria SAS Nº 055/1999.**

#### **3.4 Excluem-se deste:**

- a) Procedimentos que não constam na tabela SIA e SIH/SUS.
- b) Todos os encaminhamentos das doenças de tratamento universal como: (Tuberculose, Hemodiálise, Malária, Leishmaniose, entre outras);
- c) Tratamentos Fisioterápicos, Doenças Psiquiátricas, Pacientes em Estado Terminal e Paciente fora de possibilidades terapêuticas.

**3.5** Todos os casos com diagnóstico ou suspeito de neoplasia que necessitar de TFD será encaminhado através do UNACON, de acordo com a normatização aqui descrita.

**3.6** O retorno do paciente para controle do tratamento que motivou o TFD, dependerá sempre de prévia avaliação da Junta Médica do TFD.

**3.7** O paciente somente terá direito a um novo TFD quando este período for superior a noventa (90) dias de seu retorno a cidade de origem, **exceto os pacientes transplantados ou os casos de urgência quando justificado pelo médico solicitante.** Quando o retorno do paciente para acompanhamento do tratamento for inferior a noventa (90) dias, o mesmo deverá permanecer no Município/Estado onde **se encontra** realizando o tratamento.

**3.8** O laudo médico, assim como o paciente será obrigatoriamente submetido à avaliação da junta médica, composta por no mínimo três (03) médicos. Após a mesma concluir qual a melhor alternativa, emitirá o parecer em campo próprio do laudo.

**3.9** Após avaliação da junta médica, os processos de TFD's de Alta Complexidade nas cinco especialidades, serão repassados para a equipe técnica da CERAC, para cadastro e



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

agendamento. Caso sejam de Média Complexidade, a equipe técnica da regulação (CGRAC) realizará contato com as Secretarias de Estado da Saúde e hospitais de referências, através do envio de e-mail, transmissão de fax com folha de rosto e contato por telefone, solicitando o agendamento de consulta fora do Estado. O prazo estabelecido para resposta do possível agendamento será de 30 (trinta) dias. Caso não haja resposta, a solicitação será reiterada, após esse período.

**3.10** Tão logo tenha a confirmação da data da consulta, o setor de TFD da unidade em que o paciente estiver vinculado, encaminhará o processo para a Secretaria Estadual / Municipal de Saúde, solicitando a liberação do traslado do (a) paciente, com garantia de ida e volta do (a) mesmo (a).

**3.11** O Serviço Social do TFD realizará o Estudo de Caso do paciente, bem como, as orientações de todos os benefícios de TFD e assinaturas dos termos de compromissos do paciente e acompanhante.

**3.12** Juntamente com as passagens a SESAU / SEMSA se responsabilizará com Ajuda de Custo/Auxílio Financeiro em quantidade suficiente, a ser liberada para o paciente/acompanhante se houver, que administrarão seus gastos com hospedagem e alimentação conforme Portaria MS/SAS/Nº. 55, de 24/02/99. O valor da diária é de R\$ 24,75 (Vinte e quatro reais e setenta e cinco centavos) por dia para o paciente e R\$ 49,50 (Quarenta e nove reais e cinquenta centavos) para paciente e acompanhante por dia, conforme **Portaria SAS nº 2.488 de 02/10/2007**. Nos Estados onde houver hotéis ou pousadas conveniados com a SESAU/RR, não se pagará Ajuda de Custo/Auxílio Financeiro.

**3.13** Constará no laudo de TFD, modelo único para as Unidades Estaduais de Saúde, a ser preenchido pelo médico especialista e referendado pelo coordenador do serviço, em **letra legível**, toda informação descrita abaixo:

- a) Dados de identificação do paciente;
- b) Dados de identificação do acompanhante;
- c) Dados de identificação do médico solicitante;
- d) Principais sinais e sintomas clínicos (histórico atual da doença);
- e) Diagnóstico inicial e CID específico;
- f) Procedimento solicitado;
- g) Código do procedimento solicitado;
- h) Condições que justificam a internação;
- i) Principais resultados de provas diagnósticas;
- j) Exames complementares realizados;
- k) Tratamento (s) realizado(s);
- l) Tratamento indicado e duração provável;
- m) Necessidade de acompanhante com justificativa, nos casos de crianças, adolescentes e idosos será observada a legislação vigente;
- n) Justificativa de proposta de TFD, em função de inexistência de recursos especializados no Estado de Roraima;
- o) Assinatura e carimbo do médico solicitante e do coordenador do serviço especializado.

**3.14** Todos os campos do Laudo Médico de TFD são de **preenchimento obrigatório**.

**3.15** É de responsabilidade da Unidade que emite o TFD digitar o laudo manuscrito pelo médico, imprimir o mesmo, solicitar a nova assinatura do médico especialista e do coordenador do serviço, bem como repassar toda documentação necessária para o usuário dar entrada no Núcleo de TFD/SESAU.

**3.16** A unidade expedidora do TFD realizará os contatos necessários, para onde for encaminhado o paciente, minimizando assim as dificuldades que esse possa vir a ter durante o tratamento.

**3.17** As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão de acordo com a data do agendamento fora do Estado.

**3.18** A SESAU/SEMSA não se responsabilizará em dar apoio aos pacientes que por livre e espontânea vontade dirigirem-se a outra Unidade Federada para realizar tratamentos



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

sem que tenham seguido as Normas de TFD estabelecidas, acarretando o abandono do TFD com suspensão de todos os benefícios.

**3.19** O local de tratamento do paciente será determinado, pelos Gestores Estadual/Municipal, de acordo com a necessidade de tratamento do mesmo, dependendo da disponibilidade de vaga na Unidade de Referência em todo o território da federação.

**3.20 O tempo máximo de permanência em TFD é de 06 (seis) meses, exceto,** quando necessário a prorrogação, nesse caso deverá ser justificado com Relatório Médico detalhado, sendo reavaliado pela Junta Médica que deferirá ou não a prorrogação do TFD.

#### 4. DA JUNTA MÉDICA:

**4.1** A Junta Médica de referência do TFD formará equipe interna que será composta por representantes da equipe médica com no mínimo 03 (três) médicos e uma assistente social, que discutirão cada pedido de TFD na presença do paciente e concluirão quais as melhores formas de encaminhamento para o caso, com emissão de parecer técnico. Os TFD'S Oncológicos serão avaliados pela Junta Médica da UNACON, e os demais pela junta médica da SESAU/RR.

**4.2** As reuniões da Junta Médica acontecerão em dois encontros semanais, ficando os médicos de sobreaviso para resolução de eventualidades ou emergências, sendo dado a conhecer o cronograma das mesmas à SESAU/RR.

**4.3** A presidência da Junta Médica deverá **apresentar mensalmente** a CGRAC e ao DASUS, relatórios das atividades realizadas pela mesma ou registro em livro que deverá constar:

- a) o número de reuniões realizadas no mês;
- b) número de pacientes / pedidos de TFD analisados, com seus respectivos diagnósticos;
- c) Encaminhamentos efetuados / destinos para tratamento.

#### 5. DO TRATAMENTO:

**5.1** Durante o tratamento, a Unidade responsável pela realização do procedimento, deverá preencher o Relatório Médico de Acompanhamento, registrando a data de atendimento com carimbo e assinatura.

**5.2** Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao Órgão de origem com o Relatório de Alta ou Relatório de Contra referência, devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado no paciente. **A solicitação de retorno não significa a obrigatoriedade de novo deslocamento do paciente.**

#### 6. DAS EMERGÊNCIAS:

**6.1** Nos casos de pedido de TFD em situação de emergência, aos sábados, domingos e feriados, o pedido deverá ser encaminhado da seguinte forma:

- a) Providenciar solicitação de TFD assinada por no mínimo dois médicos do plantão, onde já será indicada a necessidade ou não de acompanhante;
- b) Contatar o responsável pelo setor de TFD designado pela SESAU / SEMSA para liberação de aeronave ou aquisição de passagem aérea comercial e;
- c) No primeiro dia útil após a emergência o caso deverá ser encaminhado ao setor de TFD da Unidade para ser dado seguimento ao processo.

**6.2** No caso de pedido de TFD em situação de emergência nos dias úteis, o procedimento será realizado pelo setor de TFD da Unidade, da seguinte forma:

- a) Solicitação do TFD assinado por dois médicos do plantão, indicando a necessidade ou não de acompanhante;
- b) Contatar o responsável do setor da SESAU/SEMSA, a ser designado pelo (a) Sr (a) Secretário (a), para liberação de aeronave ou aquisição de passagem comercial;
- c) Dar seguimento no processo e;
- d) Verificar se os dados do paciente foram preenchidos corretamente.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

## 7. DO ACOMPANHANTE:

### 7.1 REQUISITOS:

**7.1.1** O TFD deferido com acompanhante, de acordo com o parecer da junta médica e psicossocial deverá observar os seguintes requisitos mínimos:

- a) Ter a idade mínima de 18 anos;
- b) Ser Parente próximo ou responsável legal;
- c) Estar em boas condições física e mental para assumir as responsabilidades pelo paciente;
- d) Não poderão ser acompanhantes, pacientes usuários de TFD;

**7.1.2** Deverá ser dada preferência ao acompanhante alfabetizado.

### 7.2 Da Obrigação do Acompanhante:

**7.2.1 O Acompanhante não deverá:** Abandonar o paciente em hipótese alguma; Desrespeitar e desobedecer às normas dadas pela Representação e Casa de Apoio do Estado / Município.

**7.2.2** O não cumprimento dos requisitos acima descritos implicará na mudança de acompanhante quando ocorrer à necessidade de continuidade do tratamento do paciente em seu próximo destino.

**7.2.3** Quando o TFD for deferido com acompanhante, o mesmo deverá dispor de tempo suficiente para acompanhar o tratamento indicado ao paciente, não sendo permitido seu retorno sem que o paciente esteja de alta médica. Caso o acompanhante não permaneça com o paciente, a Secretaria de Estado da Saúde, não se responsabilizará por enviar outro acompanhante.

## 8. RESPONSABILIDADE CIVIL: Da conduta de Paciente e Acompanhante:

**8.1** Paciente e Acompanhante deverão respeitar todas as regras de condutas e procedimentos, por todos os lugares em que estiverem, enquanto beneficiários do TFD.

**8.2** A não observância dos regulamentos legais referidos importará no imediato cancelamento do TFD e tomada das medidas cabíveis.

**8.3** Eventuais danos materiais e morais causados pelo paciente ou acompanhante serão de sua inteira responsabilidade, ficando o Estado de Roraima eximido de qualquer responsabilidade.

**8.4** Paciente e Acompanhante não poderão ausentar-se dos hotéis ou pousadas, custeada pelo Governo do Estado de Roraima, sem uma prévia autorização, uma vez que, o mesmo não terá direito a uma nova hospedagem, ficando o Estado de Roraima eximido de qualquer responsabilidade com os mesmos.

## 9. DA EMISSÃO DE PASSAGENS PARA TFD:

**9.1** As passagens aéreas ou terrestres serão emitidas nominalmente, com trajeto definido, não sendo permitido:

- a) Mudança do trajeto;
- b) Não será permitida mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio;
- c) Desmembramento;
- d) Mudança de benefício;

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

**9.2 No caso de embarque em maca:** Solicitar o serviço com até 72 (setenta e duas) horas de antecedência ao voo reservado; Preenchimento do formulário eletrônico MEDIF com até 72 (setenta e duas) horas antes do voo pelo médico responsável, o qual deverá ser enviado à companhia Aérea que enviará ao Departamento Médico para análise e autorização do embarque.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**9.2.1** Tomar as providências no aeroporto de origem e destino, com relação ao transporte (ambulância), hospital ou quem se responsabilizará pela locomoção e recepção do paciente.

**9.2.2** Todo paciente que viajar em maca deverá obrigatoriamente ser acompanhado por médico, exceto quando, justificado pelo médico responsável a não necessidade do acompanhamento. Tal pedido visa cumprir as normas das Companhias Aéreas.

**9.2.3** No ato da emissão do bilhete, deverá ser apresentado o MEDIF (Formulário de Informações para passageiros com necessidades especiais).

**9.2.4** A ambulância deve chegar ao aeroporto com no mínimo 01:30h de antecedência ao horário marcado do voo, para providenciar autorização de entrada no pátio junto a INFRAERO.

#### **10. DA AJUDA DE CUSTO/AUXILIO FINANCEIRO:**

**10.1** Os valores das Ajudas de Custo/Auxilio Financeiro serão estipulados de acordo com o previsto na Norma Ministerial, conforme Portaria MS/GM Nº 2.488, de 02 de outubro de 2007. As mesmas deverão ser utilizadas somente para hospedagem e alimentação.

**10.2** A Ajuda de Custo/Auxilio Financeiro sairá em nome do paciente, exceto em casos de urgência ou menor de idade. Caso o paciente esteja impossibilitado de realizar o saque no Banco, este deverá passar uma procuração registrada em cartório para seu acompanhante.

**10.3** As diárias serão pagas conforme previsão de tratamento solicitada no TFD, podendo ser prorrogadas conforme solicitação do profissional que assiste o paciente, através do envio de relatórios médicos mensalmente.

**10.4** Nos estados em que o Governo de Roraima e / ou Município de Boa Vista disponibilizar hotel ou pousada, não serão pagas ajuda de custo/auxilio financeiro aos pacientes e acompanhantes, exceto quando excedido o quantitativo de vagas dos mesmos. Salientando que os pacientes e acompanhantes deverão cumprir as normas estabelecidas por cada estabelecimento.

**10.5** As autorizações para hospedagem do paciente e acompanhante serão de total responsabilidade do setor de TFD (Tratamento Fora de Domicílio).

**10.6** As ajudas de custo/auxilio financeiro, recebidas além dos dias permanecidos pelo paciente / acompanhante, deverão ser devolvidas ao Fundo Estadual de Saúde.

**10.7** O paciente enquanto permanecer internado não terá direito a ajuda de custo/auxilio financeiro, conforme Portaria SAS Nº. 055/99.

#### **11. DA PRESTAÇÃO DE CONTA:**

**11.1** O paciente ou acompanhante, deverá antes da viagem, assinar o Termo de Compromisso, assumindo o dever de prestar contas da viagem. **Não será autorizada a viagem enquanto não for devidamente assinado o respectivo termo.**

**11.2** Após o retorno da viagem, paciente ou acompanhante terá prazo máximo de 10 (dez) dias para apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatórios médicos originais;
- b) Bilhetes de passagens e cartões de embarque;
- c) As Prestações de Conta de Ajuda de Custo serão realizadas pela data da saída e data da chegada do paciente.

**11.3** A não prestação de contas implicará necessariamente em:

- a) No cancelamento do TFD;
- b) Proibição da concessão de qualquer outro TFD;
- c) Tomada das medidas judiciais civis e criminais cabíveis.

#### **12. DO ÓBITO:**

**12.1** Ocorrendo óbito, o Estado / Município, responsabilizar-se-á pelo embalsamamento e traslado do corpo para Roraima.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**12.2** Nos estados em que o Governo de Roraima possuírem representações as mesmas deverão contatar o responsável pelo TFD para autorização do serviço funerário.

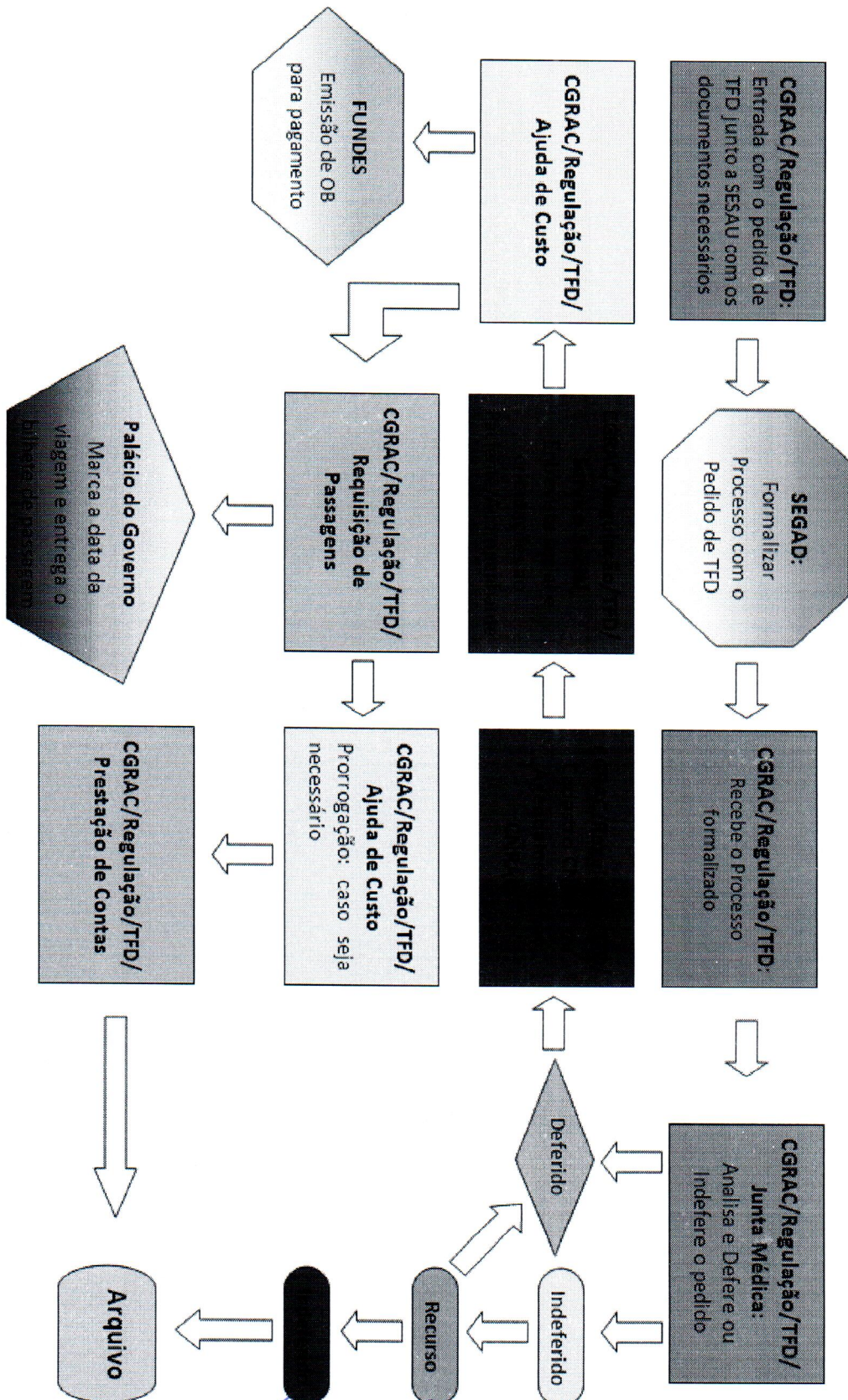
**13. DOS CASOS OMISSOS:**

Os casos que não estão explicitados nesta norma o Gestor Estadual / Municipal reservar-se-á o direito de resolvê-los à luz das normas previstas pelo Ministério da Saúde e da Constituição Federal, levando ao conhecimento dos interessados os encaminhamentos a serem dados a cada caso.

**14. FLUXOGRAMA:**

Permite saber passo a passo o fluxo de entrada em pedido de TFD do início ao término do processo, mostrando como são desempenhadas as atividades funcionais do setor, conforme fluxograma abaixo.

FLUXOGRAMA DO TFD



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



TERMO DE ENCARGO DO PACIENTE

TFD/SUS/RR/Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_  
Brasileiro (a) \_\_\_\_\_ (estado civil) usuário (a) do SUS/RR, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_  
SSP/\_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado (a) \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_.

Declaro que serei beneficiado (a) com o TFD, recebendo gratuitamente o seguinte:

19. Passagens ( ) Aérea ( ) Terrestre
20. Consulta agendada para \_\_\_\_\_
21. Hospital \_\_\_\_\_ no Estado de \_\_\_\_\_

Assim, me comprometo a apresentar, quando retornar, no prazo máximo de dez (10) dias, junto ao Setor de TFD na SESAU os seguintes documentos:

- Laudos Médicos (originais);
- Bilhetes das passagens (ida e volta), com o cartão de embarque;
- Relatório Médico original de todos os fatos ocorridos, bem como a dinâmica e resultado da terapia realizada.

Declaro ainda que, estou ciente de que a ordem bancária da ajuda de custo será emitida em meu nome ou de um representante legal, pelo que, tenho o dever de prestar contas no prazo estabelecido nas Normas do TFD das despesas realizadas, a ser feita por mim ou acompanhante, logo após nosso retorno.

Estou plenamente ciente;

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

PACIENTE



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**TERMO DE INDICAÇÃO E COMPROMISSO DO ACOMPANHANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ (paciente) portador do RG nº \_\_\_\_\_ e  
CPF nº \_\_\_\_\_, Residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_ - Estado de  
Roraima, INDICO como meu ou minha acompanhante para realização de Tratamento Fora de Domicílio o Sr (a)  
\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliada na  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_ Estado de  
Roraima.

Declaro ainda que o acompanhante ora indicado é meu ou minha: \_\_\_\_\_. o qual aceita de  
livre e espontânea vontade, comprometendo-se sob as penas da lei, os seguintes termos:

1. Declaro que preencho todos os requisitos exigidos para os acompanhantes;
2. Comprometo-me a ser acompanhante do paciente referido em tempo integral, dando-lhe assistência em tudo o que  
for necessário (acompanhar o paciente as consultas / exames, bem como agendar a consulta de retorno do mesmo),  
não deixando o (a) paciente sozinho (a), por qualquer que seja o motivo;
3. Antes de aceitar o presente termo encargo, fui previamente informado sobre seus ônus e Bônus.  
Declaro que tenho ciência e preencho todos os pré-requisitos exigidos nas Normas de TFD aos acompanhantes dos  
pacientes.
4. Comprometo-me a respeitar, observar e a fazer com que o paciente também faça as normas de ética e conduta de  
todos os locais pelos quais passar na viagem.
5. Se as despesas com hospedagem e alimentação forem em Hotel ou Pousada contratado pelo Governo do Estado de  
Roraima, comprometo-me a seguir as normas estabelecidas pelo referido local.
6. Declaro que estou ciente de todas as regras e condições estabelecidas na Normatização de TFD, comprometendo-  
me a segui-las integralmente.
7. O acompanhante só poderá retornar a cidade de origem, quando o paciente estiver de Alta Médica.  
O acompanhante não poderá abandonar o paciente durante o período de Tratamento Fora de Domicílio.
8. Tanto paciente quanto o acompanhante deverão retornar a cidade de origem juntos.

Por ser a expressão da verdade, dou fé:

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ACOMPANHANTE



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**RELATÓRIO CONTRA REFERÊNCIA.**

Caro colega,

Este Relatório é de extrema importância para manutenção / continuidade do Tratamento Fora de Domicílio.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição que o atendeu: \_\_\_\_\_

Nº do Registro (Prontuário / Boletim): \_\_\_\_\_

Diagnóstico atual: \_\_\_\_\_

Citar exames e procedimentos do tratamento realizados nesta última consulta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paciente necessita ser acompanhado neste serviço exclusivamente:

( ) Sim ( ) Não.

Justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proposta para próxima consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones e horários para contatos, uso do médico regulador: \_\_\_\_\_

Local e data do atendimento: \_\_\_\_\_

Telefone do local da hospedagem / paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do Médico Assistente.**

Enviar através do fax/TFD/SESAU/RR.  
(95) 21210547.